

**DIRECTRICES DE SOLICITUD Y POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE ATENCIÓN CARITATIVA DE NORTH MISSISSIPPI HEALTH SERVICES**

**I. POLÍTICA**

La política de asistencia financiera de North Mississippi Health Services ("NMHS") para su sistema de Hospitales consiste en proporcionar servicios de atención médica médicamente necesarios a los pacientes de su área de servicio, tal y como la define NMHS de vez en cuando. La intención de esta política es proporcionar asistencia financiera para su uso en circunstancias en las que se ofrezca asistencia financiera, de acuerdo con todas las leyes federales (IRC 501(r)) y estatales aplicables, a los pacientes del Hospital que no puedan pagar sus servicios de atención médica.

**II. PROPÓSITO**

Esta política sirve para establecer y garantizar un método justo y coherente para la revisión y realización de solicitudes de asistencia financiera a nuestros pacientes necesitados.

**III. DEFINICIONES DE ELEGIBILIDAD**

Las siguientes definiciones son aplicables a todas las secciones de esta política:

1. **HOSPITALES:** Hospitales cubiertos por esta política, sujetos a las modificaciones y ajustes de los Hospitales locales: North Mississippi Medical Center, Inc. dba NMMCTupelo; Clay County Medical Corporation dba NMMC-West Point; Marion Regional Medical Center, Inc. dba NMMC-Hamilton; Webster Health Services, Inc. dba NMMC-Eupora; Tishomingo Health Services, Inc. dba NMMC-Iuka; Pontotoc Health Services, Inc. dba NMMC-Pontotoc. También se incluyen las Clínicas de Salud Rurales y las Clínicas Basadas en Proveedores que forman parte de cualquiera de los Hospitales.
2. **INGRESOS:** Cualquier ingreso del hogar (incluido el cónyuge/pareja), ya sea de actividades activas o pasivas, como alquileres, seguro social, incapacidad, jubilación, pensión alimenticia o manutención de los hijos, prestaciones por desempleo, herencias, inversiones, pagos de rentas vitalicias, venta de activos a largo plazo, productos de seguros de vida, liquidaciones de terceros o pagos de rentas vitalicias a tanto alzado, se considerarán ingresos; las prestaciones no monetarias (cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no se consideran ingresos.
3. **RESPONSABILIDAD MÁXIMA DEL PACIENTE:** La cantidad que los ingresos anuales del hogar del paciente superan las Directrices Federales de Pobreza aplicables.
4. **DIRECTRICES DE ASISTENCIA FINANCIERA:** Cada año se elabora una matriz para determinar la responsabilidad del paciente en el pago de los cargos facturados por los Hospitales. Esta matriz incluye las pautas federales de pobreza. Las Directrices Federales de Pobreza se ajustan anualmente. En la matriz se incluye el número de individuos en el hogar.
5. **ÁREA DE SERVICIO DEL HOSPITAL:** Para el North Mississippi Medical Center, Inc., el área de servicio de 24 condados en el norte de Mississippi y el noroeste de Alabama, incluyendo estos condados: Lee, Prentiss, Pontotoc, Itawamba, Monroe, Chickasaw, Choctaw, Alcorn, Tishomingo, Union, Benton, Calhoun, Clay, Lafayette, Lowndes, Marshall, Oktibbeha, Tippah, Webster y Yalobusha en Mississippi, y Colbert, Franklin, Lamar y Marion en Alabama. Para los Hospitales comunitarios de NMHS: el condado en el que se encuentra el Hospital afiliado:

Pontotoc Health Services, Inc. - Condado de Pontotoc; Tishomingo Health Services, Inc. - Condado de Tishomingo; Clay County Medical Corporation - Condado de Clay; Webster Health Services, Inc. - Condado de Webster y Condado de Montgomery.

6. **IMPORTES GENERALMENTE FACTURADOS (AGB):** El AGB se basa en una mirada retrospectiva de un (1) año de la suma de todos los importes de las reclamaciones que han sido permitidas por las aseguradoras de salud, dividida por la suma de los cargos brutos asociados para esas reclamaciones, descontados los datos de las reclamaciones pagadas para todos los planes de seguros. El AGB incluye la totalidad de los importes permitidos por los planes de seguros, los importes pagados por los planes de seguros y los importes adeudados por los pacientes. El AGB puede diferir para cada hospital. Se aplicará la tasa de descuento del AGB correspondiente al lugar donde se prestó la atención.

7. **ATENCIÓN CARITATIVA:** La atención caritativa es el resultado de la política del proveedor de proporcionar servicios de atención de salud de forma gratuita a las personas que cumplen los criterios establecidos.

8. **ACCIÓN DE COBRO EXTRAORDINARIA (ECA):** Acciones tomadas por un Hospital en un intento de cobrar la deuda de un paciente que incluye la presentación de informes de crédito, embargos de salarios, embargos de bienes personales u otras acciones legales civiles.

9. **ASISTENCIA FINANCIERA:** La asistencia financiera es el resultado de la política del proveedor de proporcionar servicios de atención de salud con un descuento a las personas que cumplen los criterios establecidos.

10. **FAMILIA/HOGAR:** Según la definición de la Oficina del Censo, un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las normas del Servicio de Impuestos Internos, si el paciente declara a alguien como dependiente en su declaración de la renta, puede ser considerado como dependiente a efectos de la prestación de asistencia financiera.

11. **CARGOS BRUTOS:** Los cargos totales según las tarifas completas establecidas por la organización para la prestación de servicios de atención al paciente antes de aplicar las deducciones de los ingresos.

12. **SIN SEGURO:** El paciente no tiene ningún nivel de seguro o ayuda de terceros para ayudar a cumplir con sus obligaciones de pago.

13. **SUBASEGURADO:** El paciente tiene algún nivel de seguro o asistencia de terceros, pero todavía tiene gastos de bolsillo que exceden sus capacidades financieras.

14. **RECLAMACIONES DE RESPONSABILIDAD DE TERCEROS:** Cualquier reclamación que un paciente pueda tener contra otro individuo, aseguradora o entidad responsable de cubrir el coste de los servicios médicos de ese paciente. Condiciones médicas de emergencia: Definida en el sentido de la sección 1867 de la Ley de Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd).

#### **IV. ASISTENCIA FINANCIERA:**

1. Los Hospitales proporcionarán servicios hospitalarios de emergencia y médicamente necesarios para pacientes internos y externos (incluidos los servicios de la sala de emergencias) a pacientes con niveles de ingresos familiares iguales o inferiores al 100 % de las directrices federales de pobreza de forma

gratuita. La cantidad de caridad elegible será cualquier saldo restante en la cuenta menos la responsabilidad máxima del paciente. Aquellos que se encuentren por encima del 100 % de las directrices federales de pobreza son elegibles para descuentos como en la sección 6. El Hospital proporcionará sin discriminación y en cumplimiento de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo (EMTALA) atención para afecciones médicas de emergencia a las personas independientemente de su elegibilidad para la atención caritativa, la asistencia financiera o la ayuda gubernamental. De acuerdo con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo (EMTALA), la atención de emergencia y médicamente necesaria no se retrasará ni se retendrá en función de la capacidad de pago del paciente. Cualquier evaluación de los arreglos financieros ocurrirá solo después de que se haya realizado un examen médico apropiado y se hayan proporcionado los servicios estabilizadores necesarios de acuerdo con la EMTALA y todas las regulaciones estatales y federales aplicables.

2. A. El FAP de NMHS no cubre los cargos de pacientes o tratamientos con las siguientes condiciones:

- i. El paciente tiene cualquier cobertura de seguro de terceros. Se puede hacer una excepción discrecional para los pacientes asegurados es la provisión para los médicamente subasegurados.
- ii. La residencia principal del paciente está fuera del área de servicio.
- iii. El paciente está actualmente bajo la custodia de un centro penitenciario.
- iv. El paciente es elegible para recibir asistencia financiera en virtud de otro programa de asistencia de la ciudad, el condado, el estado, el gobierno federal u otro programa de asistencia que sustituya al FAP.
- v. Si los cargos del paciente son resultado de un accidente laboral, los pacientes no son elegibles para solicitar a menos que puedan proporcionar prueba de que no tienen cobertura de terceros.
- vi. Si los cargos del paciente fueron resultado de un accidente de automóvil, los pacientes no son elegibles para solicitar a menos que puedan proporcionar una prueba de que no hay cobertura de terceros.

B. El FAP de NMHS no cubre los cargos por los siguientes servicios no cubiertos:

- i. Los cargos por servicios relacionados de proveedores que no participan en el Programa FAP de NMHS no están cubiertos por el FAP. Una lista no exhaustiva de ejemplos de los cuales puede consistir en servicios de laboratorio externos o especializados, radiólogos, patólogos, servicios de ambulancia, médicos no participantes, así como servicios prestados en instalaciones que no son propiedad de NMHS. Puede encontrar una lista de instalaciones que no son propiedad de NMHS en el sitio web de NMHS, en la sección de asistencia financiera.
- ii. Esta política se aplica a los servicios de hospitalización, ambulatorios o de sala de emergencias que sean médicamente necesarios y no se aplica solo a los honorarios de los profesionales (médicos), excepto los que figuran en cualquier apéndice.

3. La asistencia financiera para la atención caritativa de NMHS es aplicable únicamente a los artículos y servicios definidos como "artículos y servicios cubiertos" para tratamientos de emergencia y médicamente necesarios. "Los artículos y servicios cubiertos" incluirán, como mínimo, los artículos y servicios cubiertos por el Programa Medicaid de Mississippi que sean proporcionados por el/los Hospital(es).

4. Los Hospitales pueden dirigir a los pacientes a los entornos de atención más adecuados para los servicios necesarios, pero, en ningún caso, los pacientes urgentes serán dirigidos a entornos de atención

no urgentes. Los Hospitales podrán dirigir a los pacientes no urgentes a los entornos asistenciales adecuados cuando exista capacidad disponible.

5. Esta política se aplica únicamente a las personas que residen en el área de servicio del Hospital, tal como se define en la sección de definiciones de esta política.

6. Esta política no es aplicable a los médicos ni a sus familiares inmediatos.

7. Esta política se aplica únicamente a las personas que cooperan plenamente con la solicitud de información del Hospital para verificar la elegibilidad del paciente, incluida la identificación apropiada. Es responsabilidad del paciente responder de forma veraz, rápida y completa a la solicitud de información de los Hospitales, pero en ningún caso más de 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta. Además, se requiere la plena cooperación del paciente para solicitar Medicaid o la cobertura de otros programas gubernamentales, si así se solicita.

## **V. PROCEDIMIENTO**

### **1. AVISO DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE HOSPITAL DE NMHS**

A. El Hospital publicará, en las áreas de admisión de pacientes internos y externos, un aviso de su política de atención caritativa.

B. El Hospital pondrá a disposición en las áreas de admisión de pacientes hospitalizados y ambulatorios las directrices de pobreza y la política de asistencia financiera más actualizadas y la solicitud, en su página web ([www.nmhs.net](http://www.nmhs.net)) y previa solicitud por escrito a la Oficina de Negocios al 662-377-3219 para hacer preguntas o para que se les envíe una solicitud por correo.

### **2. DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD:**

A. i. El personal de los Hospitales proporcionará a los pacientes una copia de su política de asistencia financiera y una solicitud de asistencia financiera cuando lo soliciten o una vez que se identifique a un paciente como potencialmente elegible para recibir asistencia financiera. Se ofrecerá a los pacientes un resumen en lenguaje sencillo en el momento del ingreso o del alta. El momento de la entrega de esta política y de la solicitud dependerá de cuándo se realice la identificación y puede ser en el momento del servicio, durante el proceso de facturación o durante el cobro. El paciente debe rellenar la solicitud de atención para atención caritativa y proporcionar la información solicitada. A continuación, el personal del Hospital revisará la solicitud y la información de apoyo y determinará la elegibilidad.

ii. Es preferible, pero no obligatorio, que la solicitud de determinación de asistencia financiera se produzca antes de la prestación de servicios médicamente necesarios no urgentes. Sin embargo, la determinación puede realizarse en cualquier momento del ciclo de cobro. La necesidad de atención caritativa y de asistencia financiera puede reevaluarse en cada momento posterior de los servicios si la última evaluación financiera se realizó más de un año antes, o en cualquier circunstancia inusual que surja relevante para la elegibilidad del paciente.

B. i. Al evaluar la necesidad de atención caritativa de un paciente, el personal del Hospital podrá revisar los W-2 del paciente (o de la parte responsable, si el paciente es su cónyuge o un menor), las declaraciones de impuestos, los talones de pago, los extractos bancarios, la verificación escrita del salario por parte del empleador y la verificación escrita de una agencia de bienestar público, de una agencia gubernamental, u otra información que acredite la situación de ingresos del paciente. El paciente deberá proporcionar información relacionada con posibles incidentes de responsabilidad civil de terceros, el total de los ingresos del hogar y, en su caso, incluyendo informes de accidentes y copias de las pólizas de seguro del vehículo. El paciente deberá suministrar toda la documentación razonablemente necesaria para verificar su

elegibilidad. El hecho de no proporcionar toda la información solicitada puede dar lugar a la denegación de la asistencia financiera.

La evaluación de la asistencia financiera también puede incluir:

- ii. incluir el uso de fuentes de datos externas disponibles públicamente que proporcionen información sobre la capacidad de pago del paciente o de su garante (como la puntuación de crédito);
- iii. realizar esfuerzos razonables por parte de los Hospitales para explorar fuentes alternativas de pago y cobertura adecuadas de programas de pago públicos y privados, y ayudar a los pacientes a solicitar dichos programas;
- iv. tener en cuenta los activos disponibles de los pacientes y todos los demás recursos financieros de los que disponga el paciente; y v. una revisión de las cuentas pendientes de cobro del paciente por servicios anteriores prestados y el historial de pagos del paciente.

C. El personal del Hospital utilizará la matriz de información del nivel de pobreza federal más disponible actualmente para determinar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera según esta política.

D. Criterios de elegibilidad. Se considerará la elegibilidad para la atención caritativa o la asistencia financiera para aquellas personas que no tengan seguro, que estén subaseguradas, que no sean elegibles para ningún programa gubernamental de beneficios de atención médica y que no puedan pagar su atención, sobre la base de una determinación de necesidad financiera de acuerdo con esta política.

La concesión de atención caritativa o asistencia financiera se basará en una determinación individualizada de la necesidad financiera, y no tendrá en cuenta la edad, el sexo, la raza, la condición social o de inmigrante, la orientación sexual o la afiliación religiosa. Los Hospitales determinarán si los pacientes son o no elegibles para recibir atención caritativa o asistencia financiera para los deducibles, coseguros o responsabilidades de copago.

## **VI. REVISIÓN Y APROBACIÓN:**

1. Se debe determinar individualmente si cada paciente es elegible para recibir asistencia financiera según la política. Esta determinación será realizada por la Oficina Comercial del Hospital. Un paciente puede solicitar la determinación de su elegibilidad hasta 240 días después de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta.
2. El Hospital hará todo lo posible para notificar al paciente/solicitante por escrito dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de una solicitud completa.
3. La asistencia financiera de atención caritativa ofrecida en virtud de esta política está sujeta a la revisión de la dirección y el consejo de administración de NMHS para garantizar el cumplimiento de esta política.

## **VII. PRESUNTA ELEGIBILIDAD:**

Hay casos en los que un paciente puede parecer elegible para la atención caritativa o la asistencia financiera, pero no hay una solicitud de asistencia financiera en el archivo debido a la falta de documentación de apoyo. En el caso de que no haya pruebas que respalden la elegibilidad de un paciente para recibir atención caritativa o asistencia financiera, los hospitales harán un esfuerzo razonable para determinar si el individuo es elegible para recibir asistencia antes de emprender cualquier actividad de cobro extraordinaria (ECA). La presunta elegibilidad puede determinarse en función de las circunstancias vitales individuales y puede incluir información

como: programas de prescripción financiados por el estado; personas sin hogar o que hayan recibido atención de una clínica para personas sin hogar; participación en el programa para mujeres, bebés y niños (WIC); y elegibilidad para cupones de alimentos.

**VIII. EXCEPCIONES:**

El Hospital se reserva el derecho de conceder asistencia financiera en circunstancias extraordinarias a los pacientes que no cumplan las directrices de atención caritativa. El Hospital también se reserva el derecho de negar la asistencia de atención caritativa a los pacientes que no cooperen con los esfuerzos del Hospital para verificar la elegibilidad, que proporcionen información falsa, que se nieguen a solicitar (cuando sean potencialmente elegibles) los beneficios de Medicaid u otros programas gubernamentales, o que no respondan a las solicitudes de información dentro del tiempo requerido.

**XI. SERVICIOS ELEGIBLES BAJO ESTA POLÍTICA:**

Servicios elegibles bajo esta política: Para los fines de esta política, "asistencia financiera" se refiere a los servicios de atención médica proporcionados por los Hospitales sin cargo o con un descuento a los pacientes que reúnen los requisitos. Los siguientes servicios de atención médica son elegibles para la atención caritativa o la asistencia financiera:

1. Servicios médicos de emergencia prestados en un entorno de sala de emergencias;
2. Servicios para una condición que, si no se trata con prontitud, conduciría a un cambio adverso en el estado de salud de un individuo;
3. Servicios no electivos prestados en respuesta a circunstancias que amenazan la vida en un entorno de sala de emergencias; y
4. Servicios médicamente necesarios, evaluados caso por caso a discreción de los Hospitales; utilizando la determinación de medicamento necesario del Programa de Medicaid del Estado de Mississippi.

**X. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD Y MONTOS FACTURADOS A LOS PACIENTES:**

Los servicios elegibles en virtud de esta Política se pondrán a disposición del paciente en una escala de tarifas, de acuerdo con la necesidad financiera, según se determine en referencia a los Niveles Federales de Pobreza (FPL) vigentes en el momento de la determinación. Una vez que los Hospitales hayan determinado que un paciente es elegible para recibir atención caritativa o asistencia financiera. La base de los importes que los Hospitales cobrarán a los pacientes que reúnan los requisitos para recibir asistencia es la siguiente:

1. Los pacientes cuyos ingresos familiares brutos sean iguales o inferiores al 100 % (entre el 0 % y el 100 %) del FPL tienen derecho a recibir atención gratuita (caritativa);
2. Los pacientes cuyos ingresos familiares brutos estén entre el 101 % y el 150 % del FPL son elegibles para recibir servicios con una tarifa de descuento. El descuento se prorrateará en función de los ingresos familiares brutos del paciente como porcentaje del FPL.

Ejemplos: 1. Un paciente cuyos ingresos familiares brutos sean del 120 % del FPL recibiría un descuento del 80 % del saldo del paciente. 2. Un paciente cuyos ingresos familiares brutos sean del 150 % del FPL recibiría un descuento del 50 % del saldo del paciente.

3. Los pacientes cuyos ingresos familiares brutos sean iguales o superiores al 150 % del FPL pueden ser elegibles para recibir tarifas con descuento en función de sus circunstancias específicas, como una enfermedad catastrófica o una indigencia médica, a discreción de los Hospitales; sin embargo, el saldo con descuento no será mayor que el AGB de los Hospitales.

## **XII. RELACIÓN CON LA POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO:**

Los Hospitales tienen una política de facturación y cobro separada para las prácticas de cobro internas y externas (incluyendo las acciones que los Hospitales pueden tomar en caso de falta de pago, incluyendo las acciones de cobro y el reporte a las agencias de crédito) que toman en cuenta el grado en que el paciente califica para la atención caritativa o la asistencia financiera, el esfuerzo de buena fe del paciente para solicitar un programa gubernamental o de caridad de los Hospitales, y el esfuerzo de buena fe del paciente para cumplir con sus otros acuerdos de pago con los Hospitales. Para los pacientes que reúnan los requisitos para recibir atención caritativa o asistencia financiera y que cooperen de buena fe para resolver sus facturas descontadas del Hospital, los Hospitales podrán ofrecer planes de pago ampliados, no enviarán las facturas impagadas a agencias de cobro externas y cesarán todas las gestiones de cobro. Los Hospitales no impondrán acciones de cobranza extraordinarias (ECAs) tales como reportes de crédito; embargos de salarios; embargos sobre la propiedad del individuo, u otras acciones legales civiles para cualquier paciente sin primero hacer esfuerzos razonables para determinar si ese paciente es elegible para atención caritativa o asistencia financiera bajo esta Política.

Se puede obtener una copia gratuita de esta política en la página web de NMHS o poniéndose en contacto con la oficina de facturación del centro donde se recibieron los servicios.

NMHS no participará en la ECA antes de hacer un esfuerzo razonable para determinar si un paciente es elegible para la asistencia financiera en virtud de esta política