

*Marshall Medical Centers*  
**Departamento: Servicios Financieros para los Pacientes**  
**Sección: Para todo el Hospital**  
**Título: Política de Ayuda Financiera**

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <b>Aprobado por:</b>                                   | <b>Marshall County Health Care Authority Board</b>                              |   |  |
| <u>Fecha de entrada en vigor</u><br>9 de junio de 2000 | <u>Fechas de evaluación</u><br>Sept 2007<br>Sept 2009<br>Sept 2011<br>Sept 2013 | <u>Fechas de revisión</u><br>April, 2004<br>July, 2006<br>December 2015 |  |

**Propósito / objetivos:**

Es el objetivo de Marshall Health System (MHS) brindar servicios de salud necesarios desde un punto de vista médico a los pacientes que se encuentran en el área de servicio del hospital, según definición del Marshall Health System. Las directrices que se incluyen a continuación tienen la intención de establecer una política y procedimientos apropiados para su uso en circunstancias en las que, de conformidad con todas las leyes federales, estatales y locales, MHS ofrezca ayuda financiera a sus pacientes que no tienen cobertura de seguro.

**Definiciones:**

Para los fines de este programa, los términos que se incluyen a continuación se definen como:

- “Por “cuidado de emergencia” se entenderá el cuidado o tratamiento para una condición de emergencia médica, según definición de la ley EMTALA.
- “EMTALA: Por “EMTALA” se entenderá la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (Sección 1395dd del Código 42 de los Estados Unidos)
- Por “cuidado necesario desde un punto de vista médico” se entenderá los servicios razonables y necesarios para diagnosticar y brindar tratamiento preventivo, paliativo, curativo o restaurador para afecciones físicas o mentales de conformidad con normas de cuidado de la salud reconocidas a nivel profesional y generalmente aceptadas cuando se brinden los servicios.
- Por “paciente” se entenderá un individuo que recibe cuidado en el MHS y la persona que es responsable del cuidado del paciente desde un punto de vista financiero.
- “Paciente sin cobertura de seguro” se define como una persona que no tiene cobertura de seguro o no es elegible para ningún programa del gobierno o privado que brinde cobertura para cualquiera de los servicios brindados y ya sea que:
  - Califique para cuidado de caridad como se define en el presente;
  - No califique para cuidado de caridad pero califique para un cierto descuento de sus cargos por servicios hospitalarios sobre la base de una evaluación sustantiva de su capacidad de pagar, como por ejemplo ingresos totales, facturas médica totales, activos, pagos de hipoteca, servicios públicos, número de miembros de la familia, consideraciones por incapacidad, etc.;
  - Tiene ciertos medios para pagar pero califica para un descuento sobre la base de esta política.

## **Política para cuidado de emergencia y cuidado necesario desde un punto de vista médico**

1. Esta política se aplica a todo cuidado de emergencia y cuidado necesario desde un punto de vista médico brindado en la instalación de cuidado agudo para paciente hospitalizado o ambulatorio, lo que incluye salud conductual, y se aplica a todo el cuidado de este tipo brindado en las instalaciones del hospital por una entidad sustancialmente relacionada según lo definido en la Sección 1.501(r)-1(b)(28) de las Normas del Departamento de Hacienda y promulgadas bajo el Código de Rentas Internas de 1986, en su forma enmendada. Esta política no se aplica a los arreglos para el pago de procedimientos electivos según definición del MHS.
2. La política de MHS es brindar cuidado de emergencia y cuidado necesario desde un punto de vista médico a pacientes sin importar cuál sea su raza, religión o capacidad de pagar. Estando esto sujeto a los términos y condiciones que se establecen a continuación, los pacientes que no tienen cobertura de seguro que no tienen los medios para pagar por servicios brindados en las instalaciones del MHS pueden solicitar que se les considere para recibir ayuda financiera según los términos de la Política de Ayuda Financiera. Los criterios de elegibilidad para ayuda financiera y los procedimientos para recibir ayuda financiera presentados en esta Política de Ayuda Financiera tienen como propósito el asegurar que tendremos los recursos financieros necesarios para cumplir con nuestro compromiso de brindar cuidado a los pacientes con la mayor necesidad financiera.
3. De conformidad con la ley EMTALA, el MHS brindará un examen médico apropiado a todo individuo, sin importar cuál sea su raza, religión o capacidad de pagar, que solicite tratamiento para una posible afección médica de emergencia. Si, después de un examen médico apropiado, el personal del MHS determina que el individuo presenta una afección médica de emergencia, el MHS suministrará los servicios, en la medida de la capacidad de su instalación, necesarios para estabilizar la afección médica de emergencia del individuo, o realizará una transferencia apropiada, según lo define la ley EMTALA.

## **Principios**

1. Todas las prácticas de facturación y cobranza reflejarán nuestro compromiso de tratar a todos los pacientes de manera equitativa, con dignidad, respeto y compasión.
2. De conformidad con la misión y los valores del MHS, estas políticas reflejan nuestro compromiso de brindar ayuda financiera a pacientes que no pueden pagar por parte o todo el cuidado que reciben, a la vez que se tiene presente la capacidad del MHS de brindar dicho cuidado.
3. Cuando sea posible, el MHS ayudará a los pacientes a obtener cobertura de seguro de salud de fuentes privadas o públicas (lo que incluye pero no se limita a Medicaid y AllKids).

## **Directrices**

El Marshall Health System se asegura que:

1. Sus empleados y agentes se comporten de una manera que refleje las políticas y valores del MHS, lo que incluye tratar a los pacientes y a sus familiares con dignidad, respeto y compasión.
2. A los pacientes que no califican para cuidado de caridad pero necesitan ayuda financiera se les ofrezca una extensión apropiada de las condiciones de pago u otras opciones de pago que tomen en consideración la condición financiera del paciente.

3. Se trate de cobrar los saldos pendientes de pago en las cuentas de los pacientes imparcial y coherentemente, de una manera que refleje los valores y compromisos de nuestro hospital en la comunidad a la que sirve.
4. Haya asesores financieros a la disposición de todos los pacientes.
5. Las políticas de ayuda financiera se apliquen de manera coherente a todos los pacientes.
6. Se mantenga el equilibrio entre la ayuda financiera para los pacientes individuales con la responsabilidad más amplia del hospital de mantener sus puertas abiertas para todas las personas que puedan necesitar atención en la comunidad.
7. A los pacientes y familiares se les informe cuál es su responsabilidad financiera, sobre la base de su capacidad individual de pagar.

### **Medidas para dar amplia publicidad a la política de ayuda financiera del Marshall Health System en la comunidad**

1. Se informa a los pacientes y a sus familias acerca de las políticas del hospital aplicables, inclusive el cuidado de caridad y la disponibilidad de ayuda financiera sobre la base de la necesidad económica en términos fáciles de comprender, así como en cualquier idioma usado comúnmente por los pacientes en la comunidad.
2. Se coloca información, inclusive un resumen de esta política en lenguaje sencillo, en las áreas de admisión y en todas las áreas de registro, inclusive la sala de emergencias, acerca de las políticas de ayuda financiera y cuidado de caridad.
3. A los pacientes se les ofrece una copia del resumen de esta política en lenguaje sencillo como parte del proceso de registro.
4. Los pacientes pueden llamar al Departamento de Servicios Financieros para los Pacientes del MHS al (256) 894-6600 de lunes a viernes, de las 8 a.m. a las 5:00 p.m., para confidencialmente hacer preguntas acerca de la ayuda financiera después de que se les dé de alta y para solicitar que se les envíe por correo una copia de esta política, un resumen de esta política en lenguaje sencillo y el formulario de solicitud de ayuda financiera (que se adjunta al presente como Anexo A) a la dirección de su hogar sin cargo alguno.

Esta política, un resumen de esta política en lenguaje sencillo y el formulario de solicitud de ayuda financiera pueden encontrarse en: [www.mmcenters.com/index.php/about/financial](http://www.mmcenters.com/index.php/about/financial)

5. Los estados de cuenta contienen un aviso conspicuo por escrito que informa a los destinatarios que hay disponible ayuda financiera, y suministran el número de teléfono del Departamento de Servicios Financieros para los pacientes del MHS de manera que los destinatarios puedan hacer preguntas acerca de la ayuda financiera y dirige a los destinatarios a la dirección de Internet directa donde pueden encontrar esta política, un resumen de esta política en lenguaje sencillo y el formulario de solicitud.

### **Descuento para los pacientes que no tienen cobertura de seguro**

1. El MHS brindará cuidado necesario desde un punto de vista médico a través de los departamentos de servicios para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios (inclusive servicios en la sala de emergencias) a pacientes que no tienen cobertura de seguro, sin importar cuáles sean los niveles de ingresos familiares. A estos pacientes se les ofrecerá un descuento por pago inmediato del 60% de los cargos que deberán pagarse en un plazo de 30 días de cuando se les dé de alta.

2. El MHS basará la responsabilidad financiera de los pacientes sin cobertura de seguro aplicando un descuento del 60% si el pago se hace en un plazo de 30 días. Favor de también ver “Limitaciones de los montos facturados usualmente” más adelante. A las personas a las que se considere elegibles para recibir ayuda financiera que cubra menos del 100% de los cargos por servicios suministrados no se les cobrará más o de manera distinta de los montos cobrados usualmente a los pacientes con cobertura de seguro por cuidado de emergencia o por otro cuidado necesario desde un punto de vista médico cuando completen y califiquen para recibir ayuda financiera.
3. Esta política no es aplicable a médicos, miembros de la familia inmediata de un médico (como se define en la Sección 417.351 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales, en su forma enmendada) ni a ningún paciente que sea una fuente de derivación al MHS.
4. Esta política se aplica a médicos que brindan cuidado de emergencia y cuidado necesario desde un punto de vista médico en áreas de departamentos para pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios y de emergencia y no es aplicable a honorarios profesionales, a menos que dichos honorarios sean por servicios suministrados por un médico de emergencias empleado por el MHS.
5. Cuando así se solicite, los pacientes que no tienen cobertura de seguro y son elegibles para los descuentos descritos en esta política deben llenar una solicitud para la participación en Medicaid o para la cobertura por otros programas gubernamentales de pago.
6. Un paciente que incurra en gastos médicos catastróficos o que haya muerte se clasifica como indigente desde un punto de vista médico cuando el pago exija la venta de activos esenciales para la vida o cause una dificultad financiera excesiva al sistema de apoyo familiar. El Coordinador de Ayuda Financiera determinará los descuentos para los pacientes indigentes desde un punto de vista médico caso por caso.
7. El Consejo de Administración considerará otros descuentos no cubiertos por esta política caso por caso.

### **Procedimiento de ayuda financiera**

1. El personal del hospital entregará a los pacientes el resumen de la política de ayuda financiera en lenguaje sencillo y una solicitud para ayuda financiera del MHS, una vez que se haya identificado al paciente como un paciente que no tiene cobertura de seguro. El momento de la entrega de esta Política y de la Solicitud de ayuda financiera dependerá de si la identificación se hace cuando se prestan los servicios, durante el proceso de facturación o durante la cobranza. El paciente que no tiene cobertura de seguro debe llenar la solicitud de ayuda financiera y suministrar la información descrita en el párrafo (2) más adelante. Una vez que el paciente haya llenado la solicitud, el personal del hospital examinará la solicitud y la comparará con los criterios de elegibilidad. El paciente que no tiene cobertura de seguro suministrará al MHS documentación que respalde la información sobre su nivel de ingresos.
2. En la evaluación de la necesidad de ayuda financiera de un paciente que no tiene cobertura de seguro, el MHS podrá examinar los formularios W-2 de retención fiscal del paciente que no tiene cobertura de seguro, las declaraciones de impuestos del año anterior, 1099, una carta del empleador que verifique los ingresos, verificación de compensación por desempleo, verificación de las circunstancias de la persona o las personas que brindan apoyo, la verificación de la ayuda suministrada por una agencia del gobierno, así como la verificación de cuentas bancarias y activos
3. El personal del MHS usará la información sobre el nivel federal de pobreza disponible para el año civil de la solicitud para determinar la elegibilidad del paciente que no tiene cobertura de seguro para recibir ayuda financiera.

4. Si un paciente cumple con los criterios de elegibilidad, el paciente debe firmar una declaración de certificación que verifique el nivel de ingresos familiar. El personal del MHS puede comunicarse con el empleador del paciente, de haberlo, para verificar la condición del paciente o puede solicitar documentación adicional de ingresos.
5. El MHS cumplirá con el Programa de Ayuda Financiera para determinar el monto que se descontará de la cuenta de un paciente y/o el pago mínimo requerido. El Programa de Ayuda Financiera está basado en los ingresos familiares. Las personas que estén al nivel o por debajo del 200% del nivel federal de pobreza recibirán un descuento del 60% de los cargos y después de la aprobación de la ayuda financiera, un acuerdo de pago para el saldo adeudado sobre la base de la escala de pago. Las personas que ganan entre el 200% y el 300% del nivel federal de pobreza recibirán un descuento del 60% de los cargos y se les ofrecerá un acuerdo de pago.
6. La ayuda financiera a pacientes que no tienen cobertura de seguro que se ofrece según los términos de esta política está sujeta a examen por el Director de Servicios Financieros para los Pacientes del MHS para garantizar el cumplimiento de esta política.

### **Limitación en los montos facturados usualmente**

Sin perjuicio de todo lo anterior, cuando se otorga ayuda financiera que no cubre el 100% de los cargos por el servicio, los montos que se cobrarán a los pacientes elegibles para el cuidado con descuento no serán mayores de los montos usualmente facturados por el MHS a los pacientes y las compañías de seguros.

### **Medidas bajo la política de cobranzas en caso de falta de pago**

Las medidas que el MHS puede tomar en cuanto a la falta de pago por parte de un paciente que puede pagar por servicios, inclusive medidas de cobranza y reporte a agencias de crédito, se explican en la Política de Cobranza del MHS, la que puede encontrarse en [www.mmcenters.com](http://www.mmcenters.com).

### **Notificación de determinación de la elegibilidad**

1. Se debe suministrar directrices claras en cuanto al tiempo requerido para el examen de la solicitud y para comunicar una decisión al paciente cuando se presente la solicitud. Se suministrará una respuesta rápida y una decisión por escrito, la que brindará una razón de la negativa, usualmente en un plazo de 6 semanas de cuando se haya recibido la solicitud llenada.
2. Se suspenderán las medidas de cobranza extraordinarias durante la consideración de una solicitud de cuidado de caridad llenada. Antes de su colocación con una agencia, se ingresará una nota en la cuenta del paciente relacionada con el cuidado de caridad para que se suspenda la actividad de cobranza. Si la cuenta se ha colocado con la agencia, se notificará a la agencia por teléfono para que suspenda los esfuerzos de cobranza hasta que se haya hecho una determinación. Si la determinación de cuidado de caridad permite la reducción de un porcentaje pero deja al paciente con un saldo que el paciente mismo debe pagar, se establecerán condiciones de pago sobre la base de la escala de pago del Programa de Ayuda Financiera.

### **Esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para ayuda financiera antes de medidas de cobranza extraordinarias**

Sin perjuicio de cualquier otra disposición de cualquier otra política del MHS pertinente a asuntos de facturación y cobranza, inclusive la política de cobranza a la que se hizo referencia anteriormente, el MHS no tomará medidas de cobranza extraordinarias antes de hacer esfuerzos razonables para determinar si un individuo que adeuda el monto de una factura del MHS es elegible para recibir ayuda financiera bajo los términos de esta política de ayuda financiera.

Como se usa en el presente documento, el término “medidas de cobranza extraordinarias” tendrá el significado establecido en las Normas del Departamento de Hacienda promulgadas bajo la Sección 501(r) del Código de Rentas internas e incluye la venta de la deuda del paciente a otra parte (con excepciones limitadas); el reporte de información adversa a agencias de reporte de información del consumidor o agencias de crédito; la prórroga, denegación o exigir pago antes de brindar cuidado necesario desde un punto de vista médico sobre la base de la falta de pago previa; y acciones legales, como la imposición de un embargo sobre una propiedad, el embargo o confiscación de cuentas bancarias, acciones civiles, arresto, orden de arresto o embargo de sueldos.

De la manera que se usa en este documento, el término “esfuerzos razonables” tendrá el significado establecido en las Normas del Departamento de Hacienda promulgadas bajo la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas. Para cumplir con esta obligación, el MHS:

- Garantizará que esta política se haya “difundido ampliamente” (en el sentido de las normas)
- Se abstendrá de iniciar medidas de cobranza extraordinarias durante por lo menos 120 días de la fecha del primer estado de cuenta por el cuidado después del alta
- Suministrará un aviso por escrito acerca de esta política (inclusive una copia del resumen en lenguaje sencillo, una declaración en cuanto a toda medida de cobranza extraordinaria que el hospital o un tercero autorizado tiene la intención de iniciar, y esfuerzos razonables de notificar al individuo verbalmente acerca de esta política) 30 días antes de iniciar cualquier medida de cobranza extraordinaria
- Aceptará solicitudes de ayuda financiera durante por lo menos 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta después del alta
- Notificará a individuos que presenten una solicitud incompleta durante el período de solicitud sobre cómo llenar la solicitud (y brindará información de contacto para la ayuda), y suspenderá toda medida de cobranza extraordinaria para estos individuos hasta que se haya determinado la elegibilidad
- Determinará si los individuos son elegibles cuando las solicitudes llenadas se presentan durante el período de solicitud de 240 días

Luego, si se presenta una solicitud llenada durante el período de solicitud de 240 días, el MHS, de manera oportuna:

- Suspenderá toda medida de cobranza extraordinaria para obtener el pago del cuidado
- Hará una determinación en cuanto a la elegibilidad y notificará al individuo por escrito acerca de esta determinación (inclusive la ayuda para la que el individuo es elegible)
- Suministrará un estado de cuenta que indicará el monto adeudado y cómo se determinó este monto, en caso de que el individuo no sea elegible para el cuidado gratis
- Reembolsará los montos pagados que excedan el monto exigido por esta política
- Revertirá toda medida de cobranza extraordinaria (por ejemplo, retirará la información adversa del reporte de crédito)

El MHS garantiza que las agencias de cobranza que brindan servicios en nombre del MHS están enteradas de esta política de ayuda financiera y se ciñen a los requerimientos contenidos en el presente documento y en la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986, en su forma enmendada, con la firma de un Apéndice al Acuerdo de Servicios de Agencia de Cobranza. Se adjunta al presente documento una copia de dicho Apéndice al Acuerdo de Servicios de Agencia de Cobranza como Anexo B.

## **Lista de proveedores**

En el Anexo C adjunto a este documento se encuentra una lista de proveedores, que no son el MHS, que brindan cuidado de emergencia y otro cuidado necesario desde un punto de vista médico en las instalaciones del MHS, la que especifica qué proveedores están cubiertos por esta política de ayuda financiera.

**Esta Política de Ayuda Financiera también está disponible en inglés.**



SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Dirección del paciente \_\_\_\_\_  
 Número de años que ha vivido en esta dirección \_\_\_\_\_  
 Número(s) de teléfono del paciente \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social del Paciente \_\_\_\_\_  
 Parte responsable (*Nombre*) \_\_\_\_\_  
 Parte responsable (*Fecha de nacimiento*) \_\_\_\_\_  
 Parte responsable (*Dirección*) \_\_\_\_\_  
 Nombre(s) de familiares que actualmente viven con usted: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

EMPLEO

Actualmente está:      Empleado ( )      Desempleado ( )

Indique su empleo actual o su último empleo a continuación:

|                        |           |                  |
|------------------------|-----------|------------------|
| Empleador del paciente | Dirección | Núm. de teléfono |
|------------------------|-----------|------------------|

|        |                  |
|--------|------------------|
| Puesto | Núm. de años ahí |
|--------|------------------|

|                                   |           |                  |
|-----------------------------------|-----------|------------------|
| Empleador de la parte responsable | Dirección | Núm. de teléfono |
|-----------------------------------|-----------|------------------|

|        |                  |
|--------|------------------|
| Puesto | Núm. de años ahí |
|--------|------------------|

Describa brevemente la razón por la que está solicitando ayuda financiera. (Incluya todas las razones de empleo, salud, discapacidad, muerte, divorcio, etc. involucradas.)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_





DECLARACIÓN DE INGRESOS Y RECURSOS

INGRESOS:

|                                    | <i>PACIENTE</i> | <i>CÓNYUGE Y/O PARTE RESPONSABLE</i> |
|------------------------------------|-----------------|--------------------------------------|
| Salario (mensual)                  | _____           | _____                                |
| Seguro Social (SSI) / Incapacidad  | _____           | _____                                |
| Jubilación                         | _____           | _____                                |
| Negocios                           | _____           | _____                                |
| Estampillas de alimentos           | _____           | _____                                |
| Otros ingresos                     | _____           | _____                                |
| <b>INGRESOS TOTALES COMBINADOS</b> | _____           |                                      |

RECURSOS

(Valor actual de cada recurso)

|   | <i>PACIENTE</i> | <i>CÓNYUGE Y/O PARTE RESPONSABLE</i> |
|---|-----------------|--------------------------------------|
| Cuentas corrientes (cuentas de cheques) | _____           | _____                                |
| Cuentas de ahorros                      | _____           | _____                                |
| Otros bienes                            | _____           | _____                                |
| Otros                                   | _____           | _____                                |

¿Está su vivienda pagada?                      Sí ( )                      No ( )

¿Está comprando una vivienda? \_\_\_\_\_      ¿Alquilando? \_\_\_\_\_      Monto del pago \_\_\_\_\_

GASTOS MENSUALES

|                     |          |                           |          |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|
| Vivienda            | \$ _____ | Comida                    | \$ _____ |
| Seguro              | \$ _____ | Pensión de menores        | \$ _____ |
| Préstamo de auto    | \$ _____ | Tarjetas de crédito       | \$ _____ |
| Préstamo de tierras | \$ _____ | Médicos / Atención dental | \$ _____ |
| Servicios públicos  | \$ _____ | Medicinas                 | \$ _____ |

\*\* Para uso interno solamente \*\*  
(For Internal use only)

Monthly Income \$ \_\_\_\_\_

Monthly Expenses \$ \_\_\_\_\_

Difference \$ \_\_\_\_\_



**DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO: LEA DETENIDAMENTE**

Para asegurar la consideración plena de su solicitud y ayudarnos a tomar una decisión informada, **ES NECESARIO** presentar lo siguiente:

- Documentación de ingresos (incluye: talón(es) de cheques de pago, estampillas de alimentos, etc.)
- Declaración de impuestos federales o formulario W-2 del año anterior
- Estado de cuenta de tarjetas de crédito del mes actual o del mes anterior
- Prueba de residencia (incluye: licencia de conducir, cuenta de servicios públicos (electricidad, agua, etc.)

*(\*Puede usar la parte inferior o el dorso de este formulario o incluir anexos para su respuesta.)*

Certifico que la información antes mencionada es veraz y correcta. Comprendo que la información presentada en el presente está sujeta a verificación y examen por parte de agencias responsables del cumplimiento federales y estatales y otras agencias según se requiera.

Firmado: \_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

Fecha: \_\_\_\_\_

**\*\* Si no se suministra documentación de respaldo con esta solicitud, se negará la ayuda financiera. La solicitud TIENE que llenarse en su totalidad y devolverse a la dirección que aparece en la primera página en un plazo de 21 días.**

## Apéndice al acuerdo de servicios de agencia de cobranza

\_\_\_\_\_ [el Hospital] y \_\_\_\_\_ [la Agencia de Cobranza], para mutua consideración reconocida por el presente, acuerdan, a partir de éste el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, enmendar el acuerdo actual de servicios de cobranza entre las partes de manera que incluya lo siguiente:

1. El [Hospital] ha adoptado una nueva política (la “política”) con el propósito de garantizar prácticas de facturación y cobranza socialmente justas para los pacientes [del Hospital] que no tienen cobertura de seguro.

Se ha suministrado una copia de la política a [la agencia de cobranza].

2. Estando esto sujeto al Párrafo 4 de este Apéndice, [la agencia de cobranza] se compromete a regirse por esta política en sus actividades relacionadas con la cobranza que tienen que ver con pacientes del [hospital] que no tienen cobertura de seguro. Dichas actividades incluyen pero no se limitan a las siguientes:

- a. Todas las comunicaciones con cualquier paciente del [hospital] que no tenga cobertura de seguro o con personas con responsabilidad financiera a la que se haya remitido a [la agencia de cobranza] para fines de cobranza de montos adeudados al [hospital]; y con responsabilidad financiera a la que se haya remitido [agencia de cobranza] para fines de cobranza de montos adeudados al [hospital].

4. [La agencia de cobranza] se compromete a no apartarse de las normas y requerimientos establecidos en la política sin el consentimiento previo del [hospital] por escrito.
5. [La agencia de cobranza] se compromete a adherirse a las normas establecidas en la Sección 501(r).

Anexo C

Proveedores de servicios cubiertos por el Marshall Health System

EMERGENCY PHYSICIANS NORTH  
SOUTH EMERGENCY PHYSICIANS

Esta lista de proveedores de servicios se actualizó el 23 de diciembre de 2015