

**NORTH MISSISSIPPI HEALTH SERVICES, INC.
POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE BENEFICENCIA
Y PAUTAS PARA LA SOLICITUD**

I. POLÍTICA

La política de asistencia financiera de North Mississippi Health Services (ANMHS@) para su sistema de hospitales consiste en proporcionar los servicios del cuidado de la salud necesarios para los pacientes de su área de servicio, como la define NMHS periódicamente. La intención de esta política es proporcionar asistencia financiera para su uso en circunstancias en las que se ofrece asistencia financiera, de acuerdo con todas las leyes federales (IRC 501(r)) y estatales vigentes, a los pacientes del hospital que no pueden pagar los servicios del cuidado de la salud de NMHS.

II. PROPÓSITO

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

III. DEFINICIONES DE ELEGIBILIDAD

Las siguientes definiciones aplican 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. con nombre comercial NMMC-Tupelo; Clay County Medical Corporation con nombre comercial NMMC-West Point; Marion Regional Medical Center, Inc. con nombre comercial NMMC-Hamilton; Webster Health Services, Inc. con nombre comercial NMMC-Eupora; Tishomingo Health Services, Inc. con nombre comercial NMMC-luka; Pontotoc Health Services, Inc. con nombre comercial NMMC-Pontotoc, Monroe Health Services, Inc. con nombre comercial NMMC Gilmore-Amory. También se incluyen las clínicas rurales de salud 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, discapacidad, jubilación, pensión alimenticia o manutención de los hijos, prestaciones por desempleo, herencias, inversiones, pagos de rentas vitalicias, venta de activos a largo plazo, ingresos de seguros de vida, liquidaciones de terceros o pagos únicos de rentas vitalicias 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 en la que los ingresos anuales del hogar del paciente superan las Pautas Federales de Pobreza vigentes.
4. **PAUTAS 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 base incluye las Pautas Federales de Pobreza. Las Pautas Federales de Pobreza se ajustan anualmente. En la base se incluye el número de personas en el hogar.

5. **ÁREA DE SERVICIO DEL HOSPITAL.** Para North Mississippi Medical Center, Inc., el área de servicio de veinticuatro (24) condados en el norte de Misisipi 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 Misisipi, y Colbert, Franklin, Lamar y Marion en Alabama. Para los hospitales comunitarios de NMHS: el condado principal es el condado en el que se encuentran los hospitales afiliados:

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 el Condado de Montgomery; Monroe Health Services, Inc.- Condado de Monroe.
6. **IMPORTES GENERALMENTE FACTURADOS (IGF).** Los IGF se basan en una mirada retrospectiva de un (1) año de la suma de todos los montos de las reclamaciones que se han permitido 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. Los IGF incluyen la totalidad de las cantidades permitidas por los planes de seguros, las cantidades pagadas por los planes de seguros y las cantidades adeudadas por los pacientes. Los IGF pueden diferir para cada hospital. Se aplicará la tasa de descuento de los IGF correspondientes al lugar donde se prestó la atención. Si tiene alguna pregunta sobre los IGF o cómo se calculan, contacte con Revenue Integrity al 662-377-7530.
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 EXTRAORDINARIA DE COBRO (AEC).** 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 de los EE. UU., 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 impuestos, puede considerarse como dependiente a efectos de la prestación de asistencia financiera.
11. **CARGOS BRUTOS.** Los cargos totales según las tarifas establecidas completas de las organizaciones@ 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 ayudarle a cumplir con sus obligaciones de pago.

13. **INFRASEGURADO**. 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, compañía aseguradora o entidad responsable de cubrir el costo de los servicios médicos de ese paciente. Emergencias hospitalarias: Definidas 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 necesarios por razones médicas para pacientes hospitalizados y ambulatorios (lo que incluye los servicios de la sala de emergencias) a pacientes con niveles de ingresos familiares iguales o inferiores al 150 % de las pautas federales de pobreza de forma gratuita. La cantidad de caridad elegible será cualquier saldo restante en la cuenta menos la responsabilidad máxima del paciente. Las personas que superan el 150 % de las pautas federales de pobreza tienen derecho a los descuentos indicados en la sección 6. El hospital proporcionará sin discriminación y en cumplimiento de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés) atención para las urgencias hospitalarias a las personas, independientemente de su elegibilidad para la atención caritativa, la asistencia financiera o la asistencia gubernamental. De acuerdo con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés), la atención de emergencia y necesaria por razones médicas 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 vigentes.
2. El Programa de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) de NMHS no cubre los cargos de pacientes o tratamientos en las siguientes condiciones:
 - a.
 - 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 infrasegurados.
 - 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 presentar una solicitud a menos que puedan proporcionar prueba de que no tienen cobertura de terceros.
 - vi. Si los cargos del paciente fueron resultado de un accidente automovilístico, los pacientes no son elegibles para presentar una

solicitud a menos que puedan proporcionar una prueba de que no tienen 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 centros que no son propiedad de NMHS. Puede encontrar una lista de centros 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 necesarios por razones médicas 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 aplica únicamente a los artículos y servicios definidos como Artículos y servicios cubiertos@ para tratamientos de emergencia y necesarios por razones médicas. A Los artículos y servicios cubiertos@ incluirán, como mínimo, los artículos y servicios cubiertos por el Programa Medicaid de Misisipi que se proporcionen 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 que estén en urgencias se dirigirán a entornos de atención no urgentes. Los hospitales podrán dirigir a los pacientes que no estén en urgencias, a los entornos asistenciales adecuados cuando haya capacidad disponible.
- 5. Esta política aplica únicamente a las personas que residen en el área de servicio del hospital, como se indica en la sección de definiciones de esta política.
- 6. Esta política no aplica a los médicos ni a sus familiares inmediatos.
- 7. Esta política aplica únicamente a las personas que cooperan plenamente con la solicitud de información del hospital para verificar la elegibilidad del paciente. Si la documentación completa no está disponible para su revisión, el hospital, a su entera discreción, aún puede calificar para la caridad total o parcial según la información real recibida y la cantidad de dinero que el paciente debe. El hospital se reserva el derecho de utilizar sistemas de evaluación externos y de puntuación para predecir la propensión a pagar y la elegibilidad de la asistencia financiera. Es responsabilidad exclusiva del paciente responder de forma veraz y rápida, pero en ningún caso, en más de 240 días a partir de la fecha de la primera facturación. Además, según se solicite, es responsabilidad del paciente, cuando corresponda, solicitar Medicaid u otros programas gubernamentales.
- 8. Los pacientes asegurados pueden solicitar y tal vez optar a una asistencia financiera cuando la parte del saldo a cargo del paciente sea de una cantidad que no pueda pagar según su capacidad económica.

V. PROCEDIMIENTO

1. Aviso de la Política de Asistencia Financiera Hospitalaria de NMHS
 - a.
 - i. El hospital publicará, en las áreas de admisión de pacientes ambulatorios y hospitalizados, un aviso de su política de atención caritativa.
 - ii. El hospital pondrá a disposición en las áreas de admisión de pacientes hospitalizados y ambulatorios las pautas de pobreza y la política de asistencia financiera más actualizadas y la solicitud, en su página web: (www.nmhs.net) y previa solicitud por escrito a la Oficina Comercial 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 completar la solicitud para los servicios de atención caritativa y proporcionar la información solicitada. 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 necesario por razones médicas que no sean de emergencia. No obstante, 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 estados de cuenta 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. el uso de fuentes de datos externas disponibles públicamente que proporcionen información sobre la capacidad de pago del paciente o el garante del paciente (como la evaluación 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. considerar los activos disponibles del paciente y todos los demás recursos financieros de que dispone.
 - v. una revisión de las cuentas por cobrar del paciente por servicios anteriores prestados y el historial de pagos del paciente.
- c. El personal del hospital utilizará la base 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 estén aseguradas, que estén infraseguradas, que no sean elegibles para ningún programa gubernamental de beneficios de atención médica y que no puedan pagar su atención médica, 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, el estado civil o condición 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 las responsabilidades de deducibles, coaseguros o copagos.

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 de la primera facturación 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. Basándose en otros datos e información de los que dispone el hospital, este puede presumir que el paciente es elegible para recibir atención caritativa/asistencia financiera.

4. La asistencia financiera para la atención caritativa ofrecida en virtud de esta política está sujeta a la revisión por parte 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 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 la persona es elegible para recibir asistencia antes de emprender cualquier actividad de cobro extraordinaria (ACE). La presunta elegibilidad puede determinarse en función de las circunstancias de vida 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, por sus siglas en inglés); 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 pautas 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.

IX. SERVICIOS ELEGIBLES BAJO ESTA POLÍTICA

Servicios elegibles bajo esta política: A efectos de esta política o Asistencia financiera@ se refiere a los servicios del cuidado de la salud proporcionados por los hospitales sin cargo o con un descuento a los pacientes que reúnen los requisitos. Los siguientes servicios de cuidado de la salud son elegibles para la atención caritativa o la asistencia financiera:

1. Servicios médicos de emergencia prestados en una sala de urgencias.
2. Servicios para una enfermedad que, si no se trata con prontitud, conduciría a un cambio adverso en el estado de salud de una persona;
3. Servicios no electivos prestados en respuesta a circunstancias que amenazan la vida en un entorno de una sala que no es de urgencias.
4. Servicios necesarios por razones médicas, evaluados caso por caso a discreción de los hospitales; utilizando la determinación de necesario por razones médicas del Programa de Medicaid del Estado de Misisipi.

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, por sus siglas en inglés) 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 montos 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 150 % (entre el 0 % y el 150 %) de los FPL tienen derecho a recibir atención gratuita (caritativa).
2. Los pacientes cuyos ingresos familiares brutos sean iguales o superiores al 200 % de los FPL pueden ser elegibles para recibir tarifas con descuento caso por caso según sus circunstancias específicas, como enfermedades catastróficas o indigencia médica, deducible del seguro a un alto porcentaje de ingresos, a criterio de los Hospitales. Sin embargo, el saldo con descuento no será mayor que el IGF de los hospitales.
3. El hospital se reserva el derecho de utilizar sistemas de evaluación externos para predecir la elegibilidad de la asistencia financiera. En estos casos, el hospital puede considerar que una persona es elegible para recibir asistencia financiera, lo que incluye la atención gratuita (caridad).

XI. 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, lo que incluye 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. Los hospitales pueden ofrecer planes de pago extendidos, no enviar las facturas no pagadas a agencias de cobro externas y cesar todos los esfuerzos de cobro para los pacientes que reúnen los requisitos para recibir atención caritativa o asistencia financiera y que cooperan de buena fe para resolver sus facturas con descuento del hospital. Los hospitales no impondrán acciones de cobranza extraordinarias (ACE) 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 las ACE antes de hacer un esfuerzo razonable para determinar si un paciente es elegible para la asistencia financiera en virtud de esta política.