

MID-COLUMBIA MEDICAL CENTER 1700 East 19th Street The Dalles, OR 97058		ALCANCE: Todos los proveedores e instalaciones de MCMC
ASUNTO/TÍTULO: ASISTENCIA FINANCIERA		
DEPARTAMENTO: Finanzas		PROPIETARIO: Director, ciclo de ingresos

Propósito:

La filosofía de MCMC es humanizar, personalizar y desmitificar la experiencia de la atención médica para los pacientes y sus familias. Nuestros valores son servicios de atención médica rentables y de alta calidad para cada paciente, independientemente de su capacidad de pago. De acuerdo con esta Filosofía, reconocemos que las facturas médicas por los servicios médicamente necesarios son a menudo inesperadas y, en ocasiones, difíciles de pagar. El Programa de Asistencia Financiera de MCMC ofrece apoyo financiero y orientación para respaldar nuestra misión de brindar una excelente atención al paciente en la región de Mid-Columbia.

Esta política proporciona pautas para administrar las solicitudes de asistencia financiera de los pacientes que reciben atención en Mid-Columbia Medical Center (MCMC). Actualmente, MCMC incluye a pacientes que reciben atención en Mid-Columbia Medical Center y en las Clínicas para Pacientes Ambulatorios que opera MCMC. De manera específica, esta política:

- Incluye los motivos de elegibilidad para la asistencia financiera, incluyendo la atención gratuita y con descuento;
- Describe cómo MCMC decide la cantidad que pagarán los pacientes que califiquen para asistencia financiera según esta política;
- Describe cómo los pacientes solicitan asistencia financiera;
- Describe cómo el centro publicará esta política en la comunidad a la que sirve;
- Describe cómo el centro limita los montos facturados a los pacientes que califican para asistencia financiera; y
- Describe las prácticas de facturación y cobranza del centro.

PERSONAS AFECTADAS:

Esta política se aplica a los pacientes de MCMC que reciben atención tanto en entornos hospitalarios como ambulatorios.

POLÍTICA:

MCMC cumple con las obligaciones de la comunidad de brindar asistencia financiera de manera justa, coherente y objetiva. Según la elegibilidad, MCMC ayuda a las personas con necesidades económicas al ofrecer descuentos o eximir todo o parte de los cargos por los servicios provistos.

DEFINICIONES:

1. **Asistencia financiera:** La asistencia financiera se define como la condonación de cargos en una cuenta por servicios médicamente necesarios proporcionados a pacientes que no pueden pagar según su nivel de ingresos, análisis financiero o indicadores demográficos.
2. **Servicios médicamente necesarios:** Médicamente necesario se refiere a los servicios de atención médica para pacientes hospitalizados o ambulatorios proporcionados con el propósito de evaluación, diagnóstico y/o tratamiento de una lesión, enfermedad, condición o sus síntomas que, si no se tratan, podrían representar una amenaza para el estado de salud continuo del paciente; los servicios deben ser clínicamente apropiados y estar dentro de los estándares de práctica médica generalmente aceptados. MCMC utiliza la "Lista priorizada de

Las copias impresas se consideran documentos no controlados.

Consulte la versión actual en <https://mcmc.elucid.com>.

Si debe utilizar una versión impresa de un documento, asegúrese de utilizar la versión más actual.

ASUNTO/TÍTULO:

ASISTENCIA FINANCIERA

servicios de salud” del Plan de Salud de Oregon (OHP) - División de Programas de Asistencia Médica (DMAP) a fin de determinar si un servicio es médicamente necesario y elegible para asistencia financiera. Los servicios cosméticos, experimentales o que son parte de un programa de investigación clínica no se consideran servicios médicamente necesarios para los fines de esta política.

3. Área de servicio principal: La comunidad de pacientes que reciben atención de MCMC y que son elegibles para asistencia financiera incluye a todos los residentes del estado de Oregon y a pacientes que residen en los siguientes condados del estado de Washington adyacentes a Oregon: Benton, Clark, Klickitat, Skamania y Walla Walla. Se requiere la tarjeta de identificación de Oregon y Washington, un contrato de arrendamiento residencial o documentación adecuada (es decir, uso de refugio, asistencia emitida por el estado, etc.) para mostrar prueba de residencia.
4. Paciente internacional: Toda persona que busque y/o reciba atención médica en MCMC y que no tenga prueba de residencia en los EE. UU. (por ejemplo, tarjeta de identificación emitida por el estado, contrato de arrendamiento residencial o documentación adecuada (es decir, uso de refugio, asistencia emitida por el estado, etc.)).
5. Activos del hogar: Todos los activos en efectivo o no monetarios que son propiedad de un miembro de un hogar que se pueden convertir en efectivo, incluyendo:
 - a) Efectivo en cuentas de ahorros y cuentas de cheques.
 - b) Valor en efectivo de acciones, bonos, letras del tesoro, certificados de depósito y cuentas del mercado monetario.
 - c) Suma global o recibo único de fondos, como herencia, ganancias de lotería y liquidaciones de seguros.
6. Activos calificados: Los activos que cumplan con los criterios definidos y que superen los \$100,000 se agregarán a los ingresos anuales al tomar una determinación.
7. Miembros del hogar/familia: Un hogar es un individuo soltero de 18 años o más, o un individuo y su cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes menores de 18 años, que viven en el mismo hogar, y cualquier otra persona de la que el individuo es financieramente responsable, y declarada como dependiente en los impuestos del individuo.
8. Pautas federales de pobreza: Nivel de ingresos que usa el gobierno federal para definir la pobreza.
9. Ingresos del hogar: Ingresos de todos los familiares que viven en el mismo hogar que el paciente o en el domicilio que el paciente usa en las declaraciones de impuestos o en otros documentos gubernamentales.
10. Asistencia financiera presunta: Cuando se asume que un paciente calificará para recibir asistencia financiera según la información disponible (es decir, estado actual del programa de Medicaid, evaluación financiera basada en el crédito, etc.).
11. Servicios no cubiertos de DMAP/OHP: La Comisión de Revisión de Evidencia de Salud de Oregon mantiene una lista de combinaciones de condiciones y tratamientos conocida como la “Lista de Servicios de Salud Priorizados”. Estas combinaciones han sido clasificadas por el Estado en prioridad de más importante a menos importante y, posteriormente, se les asignó un número de línea. Los servicios priorizados como los más importantes los financia el estado como parte del Plan de Salud de Oregon. El nivel de financiación se establece en una línea que designa el estado. Esto significa que cualquier combinación que ocurra por encima de la línea se considera financiado. Cualquier combinación que se produzca por debajo de la línea no se financia. Los servicios por debajo de la línea por lo general se clasifican como tratamientos que no tienen resultados beneficiosos, tratamientos por razones cosméticas y condiciones que se resuelven por sí solas. Además, algunos servicios médicos están excluidos de la financiación por el estatuto de la ORS 410-120-1200 “Servicios excluidos y limitaciones”.
12. Montos generalmente facturados (AGB): El monto promedio que se recibe de Medicare, Medicaid, otros pagadores y pagos de pacientes por servicios, procedimientos y pruebas. Esto por lo general se describe como un porcentaje de los cargos brutos.

Las copias impresas se consideran documentos no controlados.

Consulte la versión actual en <https://mcmc.elucid.com>.

Si debe utilizar una versión impresa de un documento, asegúrese de utilizar la versión más actual.

ASUNTO/TÍTULO:

ASISTENCIA FINANCIERA

13. Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA): Los pacientes que requieran atención médica de emergencia o urgente y las mujeres embarazadas en trabajo de parto activo recibirán tratamiento sin tener en cuenta su capacidad de pago.

RESPONSABILIDADES: El personal de Patient Business Services (servicios comerciales para pacientes) que participa en la gestión de una solicitud de asistencia financiera de un paciente que está o ha recibido atención en MCMC es responsable de comprender y cumplir esta política.

REQUISITOS DE LA POLÍTICA:

1. Comunicación de asistencia financiera y educación del paciente
 - a. MCMC hará todo lo posible para que la información de asistencia financiera esté disponible para nuestros pacientes, incluyendo, entre otros:
 - i. Señalización en las principales áreas de admisión en idiomas predominantes;
 - ii. Los folletos que explican la asistencia financiera estarán disponibles en todas las áreas de atención al paciente;
 - iii. Los estados de cuenta de facturación incluirán información sobre la disponibilidad de asistencia financiera;
 - iv. El sitio web contendrá información sobre la disponibilidad de asistencia financiera. La Guía de asistencia financiera y de facturación se puede encontrar en <https://www.mcmc.net/for-patients-quests/financial-assistance/>;
 - v. MCMC ofrecerá servicio al cliente de asistencia financiera, de lunes a viernes, con disponibilidad de correo de voz;
 - i. El personal de Patient Business Services (servicios comerciales para pacientes) estará disponible para ayudar a los pacientes a comprender y solicitar los recursos disponibles, incluyendo el Programa de Asistencia Financiera;
 - vi. MCMC pondrá a disposición copias de esta política en las principales áreas de admisión, a pedido;
 - vii. MCMC ofrecerá la Política de Asistencia Financiera, las instrucciones y la aplicación disponibles en los idiomas predominantes;
 - viii. MCMC ofrece servicios de interpretación para traducir documentos o ayudar con el proceso de solicitud, según sea necesario;
 - ix. MCMC exigirá a todas las agencias de cobranza, a las que se refieran las cuentas, que proporcionen un número de teléfono al que un paciente pueda llamar para solicitar asistencia financiera. El personal de Patient Business Services (servicios comerciales para pacientes) está disponible por teléfono para ayudar a los pacientes a identificar las opciones financieras o los programas de asistencia adecuados.
2. Atención calificada bajo esta política
 - a. MCMC utiliza la lista priorizada de servicios de salud del Plan de Salud de Oregon (OHP) - División de Programas de Asistencia Médica (DMAP) para determinar los servicios médicamente necesarios. Los servicios que no son elegibles para asistencia financiera bajo esta política incluyen:
 - i. Servicios que el Plan de Salud de Oregon (OHP) - División de Programas de Asistencia Médica (DMAP) considera como no cubiertos o no médicamente necesarios;
 - ii. Los servicios provistos a un paciente para quien MCMC se considera fuera de la red y que bajo la red de su plan de seguro por lo general no están cubiertos. Se pueden hacer excepciones cuando se obtienen las autorizaciones correspondientes fuera de la red y después de recibir el pago de la compañía de seguros;

Las copias impresas se consideran documentos no controlados.

Consulte la versión actual en <https://mcmc.elucid.com>.

Si debe utilizar una versión impresa de un documento, asegúrese de utilizar la versión más actual.

ASUNTO/TÍTULO:

ASISTENCIA FINANCIERA

- iii. Pacientes que no son responsables de la factura (por ejemplo, Apoyo financiado por la comunidad/agencia);
- iv. Pacientes que tienen seguro pero que deciden no utilizar la cobertura;
- v. Procedimientos electivos de cirugía estética;
- vi. Otros procedimientos electivos (por ejemplo, incluyen, entre otros, servicios de infertilidad, servicios de andrología, esterilización con la excepción de la ligadura de trompas bilateral posparto interna, reversión de la esterilización, circuncisión y exámenes de la vista de rutina);
- vii. Trasplante y terapia CAR-T;
- viii. Recetas o suministros para llevar a casa entregados por la farmacia;
- ix. Equipo médico (es decir, anteojos, lentes de contacto o equipo utilizado en el tratamiento de la apnea del sueño); y
- x. Servicios experimentales o servicios que forman parte de una prueba de investigación.

3. Elegibilidad

- a. La elegibilidad para la asistencia financiera se determinará para los pacientes que tienen costos médicos y que no están asegurados, que tienen seguro insuficiente o que no pueden pagar por su atención. Los requisitos de elegibilidad se describen a continuación:
 - i. Los pacientes pueden calificar para asistencia financiera bajo esta política si el ingreso de su hogar/familia es igual o inferior al 400% del nivel federal de pobreza (FPL). Los niveles de elegibilidad se detallan a continuación en la sección Niveles de asistencia financiera.
 - ii. La asistencia financiera por lo general es secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, incluyendo los seguros, los programas gubernamentales, los planes de costos compartidos médicos, la responsabilidad de terceros y los activos.
 - iii. La consideración de asistencia incluye una revisión de los ingresos del hogar del paciente o de la parte responsable (por ejemplo, el cónyuge, la pareja de hecho, el tutor legal, etc.). el número de personas en el hogar, los activos, el historial crediticio y otros indicadores de la capacidad de pago de la parte. Se puede hacer una determinación de la asignación por dificultades económicas por separado para circunstancias atenuantes cuando se determina que el hogar del paciente no cumple con las pautas de ingresos para la asistencia financiera.
 - iv. El nivel de asistencia financiera se basa en el tamaño del hogar y los ingresos. También se pueden tener en cuenta los activos. Las pautas federales de pobreza actuales se pueden encontrar en <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>
 - v. MCMC mantendrá la confidencialidad de todas las solicitudes y la documentación de respaldo. MCMC puede, por su propia cuenta, solicitar un informe de crédito para verificar aún más la información en la solicitud.
 - vi. La asistencia financiera no se considerará sin una solicitud de asistencia financiera o una evaluación completa. Si se puede obtener suficiente información mediante la evaluación que permita una determinación final, es posible que no se necesite una solicitud financiera.
 - vii. El paciente reside en el área de servicio principal de MCMC.
 - viii. Los servicios son emergentes, lo que se define como servicios provistos en el departamento de emergencias o atención de urgencia. MCMC sigue las regulaciones de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA). Las regulaciones actuales de la EMTALA se pueden encontrar en <https://www.cms.gov/regulations-and-guidance/legislation/emtala>.
 - ix. La asistencia financiera no está disponible para pacientes internacionales.

ASUNTO/TÍTULO:

ASISTENCIA FINANCIERA

- x. MCMC y las agencias de cobranza no brindarán asistencia una vez que una cuenta haya entrado en un proceso judicial.
4. Niveles de asistencia financiera
- Se proporcionará asistencia financiera completa a una parte responsable con un ingreso familiar bruto igual o inferior al 200% del nivel federal de pobreza (FPL). Consulte el Apéndice A para conocer los ingresos actuales del nivel de pobreza federal.
 - Se proporcionará asistencia financiera parcial a una parte responsable con un ingreso familiar bruto entre el 201% y el 400% del nivel federal de pobreza, según la escala móvil que se muestra a continuación. El porcentaje de ajuste se aplica al monto generalmente facturado. Consulte el Apéndice B para conocer cómo se calcula el monto generalmente facturado.

<u>Escala móvil de asistencia financiera</u>	
Ingresos como porcentaje de nivel federal de pobreza	Porcentaje de ajuste de asistencia financiera
<u>0 a 200%</u>	<u>100%</u>
<u>201 a 300%</u>	<u>75%</u>
<u>301 a 350%</u>	<u>50%</u>
<u>351 a 400%</u>	<u>25%</u>

Fuente: ORS 442.610 vigente al 1/ene/2021

5. Cómo solicitan asistencia financiera los pacientes
- Las solicitudes de asistencia financiera pueden hacerse de forma verbal o por escrito en cualquier momento antes, durante o después de la provisión de atención.
 - La información sobre la Política de Asistencia Financiera se puede obtener de forma gratuita por teléfono, en persona o por escrito. Consulte el Apéndice D para obtener información de contacto.
 - Las solicitudes de asistencia financiera pueden ser propuestas por fuentes distintas al paciente, tales como el médico del paciente, familiares, grupos comunitarios o religiosos, servicios sociales o personal del hospital. El personal se comunicará con el paciente/persona responsable para completar una evaluación.
 - Toda persona que solicite asistencia financiera de MCMC será evaluada para determinar si cumple con los requisitos de los programas médicos antes de recibir una solicitud de asistencia financiera, que incluye instrucciones sobre cómo solicitarla.
 - La consideración de la asistencia financiera se producirá una vez que el solicitante haya completado la Evaluación de asistencia financiera y/o proporcione una Solicitud de asistencia financiera completa con los documentos de respaldo, incluyendo la verificación de ingresos. La verificación aceptable de ingresos incluye lo siguiente:
 - Talones de nómina de los últimos tres meses;
 - Copia de la declaración de impuestos del IRS del año más actual;
 - Verificación de beneficios de Seguro Social o desempleo;
 - Verificación de activos, incluyendo el estado de cuenta bancario más actualizado;

Las copias impresas se consideran documentos no controlados.

Consulte la versión actual en <https://mcmc.elucid.com>.

Si debe utilizar una versión impresa de un documento, asegúrese de utilizar la versión más actual.

ASUNTO/TÍTULO:

ASISTENCIA FINANCIERA

En ausencia de ingresos, se aceptará una carta de apoyo de las personas que atienden las necesidades básicas de vida del paciente. MCMC puede requerir verificación adicional de ingresos y activos.

- f. MCMC hará todo lo posible para tomar determinaciones de asistencia dentro de los 21 días posteriores a la recepción de una Solicitud de asistencia financiera completa.
 - g. Las solicitudes de asistencia financiera que no estén completas se retendrán por un período de 90 días. Si no se recibe la documentación adecuada dentro de esos 90 días, es posible que se requiera una nueva solicitud.
 - h. La notificación de las determinaciones de asistencia financiera se enviará por correo a la parte responsable. Si un paciente recibe atención con descuento (en lugar de atención gratuita), se extenderán los arreglos de pago razonables de acuerdo con la capacidad de pago de la parte responsable para los montos pagaderos por el paciente.
6. Elegibilidad para otros programas
- a. La asistencia financiera es secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, incluyendo los seguros, los programas gubernamentales, la responsabilidad de terceros, los pagos del programa de costos compartidos médicos y los activos líquidos.
 - b. Los pacientes deben solicitar cualquier otra cobertura disponible antes de considerar la asistencia financiera. Esto incluye, entre otros, programas financiados por el estado o el gobierno federal, como Medicaid y Medicare.
7. Presunta elegibilidad para asistencia financiera
- a. La asistencia financiera se puede otorgar en ausencia de una solicitud completa en situaciones en las que el paciente no la solicite, pero otra información disponible corrobore una dificultad financiera que haría que la deuda prácticamente no se pueda cobrar. Algunos ejemplos de estas excepciones en las que no se aplican los requisitos de documentación incluyen, entre otros:
 - i. Una evaluación financiera independiente basada en el crédito que indica indigencia;
 - ii. Se aplica una determinación automática de asistencia financiera del 100% en las siguientes situaciones, siempre y cuando se cumplan otros criterios de elegibilidad:
 - 1) El paciente tiene un plan de Medicaid activo limitado, que incluye servicios médicos de emergencia exentos de ciudadano extranjero (cobertura CAWEM o un plan de ahorros de Medicare como SMF, SMB o QI-1; o
 - iii. A los pacientes con cobertura de Medicaid activa actual se les solicitará asistencia para las fechas de servicio anteriores.
8. Período de elegibilidad
- a. La notificación de asistencia financiera indicará un período de aprobación para la asistencia financiera. En general, el período de aprobación para la asistencia financiera se aplicará a los saldos existentes de los pacientes a partir de la fecha de aprobación e incluye los servicios elegibles provistos por MCMC dentro de los seis meses (180 días) a partir de la fecha de vigencia de la aprobación.
 - b. El período de aprobación puede reducirse si el paciente tiene otra elegibilidad para la cobertura.
 - c. Los pacientes deberán volver a solicitar asistencia financiera si se necesitan servicios adicionales después del vencimiento de la aprobación.

ASUNTO/TÍTULO:

ASISTENCIA FINANCIERA**9. Apelación sobre la aplicación de la política**

- a. Los pacientes pueden enviar una solicitud por escrito de reconsideración al Gerente de Patient Business Services (servicios comerciales para pacientes) si consideran que su solicitud de Asistencia Financiera no fue aprobada de acuerdo con esta política.

10. Proveedores cubiertos

- a. Las solicitudes y determinaciones de asistencia financiera solo cubren los saldos de MCMC. Puede encontrar una lista de proveedores de MCMC que brindan atención de emergencia o medicamento necesaria en <https://www.mcmc.net/find-a-provider/>.
- b. Consulte el Apéndice C para obtener una lista de proveedores no cubiertos.

11. Descuentos para pacientes sin seguro

- a. MCMC ofrece descuentos a pacientes que no tienen cobertura de seguro médico. Este descuento no se aplica a pacientes internacionales.
- b. La escala de descuento se estableció calculando los montos promedio generalmente facturados mediante un método retrospectivo. Consulte el Apéndice B.

12. Prácticas de facturación/cobranza

- a. MCMC enviará un mínimo de tres (3) estados de cuenta al paciente, informándole sobre el monto adeudado y la oportunidad del paciente de completar una Solicitud de asistencia financiera. MCMC también intentará comunicarse con el paciente por teléfono al número proporcionado por el paciente (si lo hubiera) para informarle sobre el monto adeudado y la oportunidad del paciente de completar una Solicitud de asistencia financiera, y declarar que completar dicha solicitud puede pagar la atención gratuita u ofrecer un descuento.
- b. No se le cobrarán intereses sobre los montos pendientes a un paciente que esté realizando pagos a tiempo en todos los arreglos de pago a plazos acordados internamente para el pago de los servicios de atención médica. Los intereses sobre los montos adeudados no excederán el rendimiento promedio semanal de la tesorería con vencimiento constante a un año según lo publicado por la Junta de Gobernadores del Sistema de la Reserva Federal, para la semana anterior a la fecha en que se facturó por primera vez al paciente, excepto que el interés no podrá ser menos del dos por ciento anual o más del cinco por ciento anual.
- c. Si hay un saldo adeudado después de la determinación de la asistencia financiera y el paciente no cumple con los arreglos de pago acordados, MCMC hará dos intentos para proporcionar al paciente un aviso por correo. Si la situación financiera del paciente ha cambiado, se le dará la oportunidad de trabajar en nuevos arreglos de pago.
- d. Si el paciente no hace arreglos de pago o si el paciente no cumple con alguno de los arreglos de pago realizados, MCMC puede remitir el saldo pendiente de la cuenta a una agencia de cobranza. Antes de enviar a un paciente a cobranza, MCMC completará una evaluación de presunta asistencia financiera para el paciente.
- e. MCMC puede optar por clasificar las cuentas morosas como “presuntamente de beneficiencia” cuando los resultados independientes indiquen una incapacidad para pagar; utilizando la evaluación de proveedores previa al cobro/que se hizo la primera vez.

ASUNTO/TÍTULO:

ASISTENCIA FINANCIERA**APÉNDICE A****Tabla de Niveles Federales de Pobreza (FPL) de 2022**

La ASPE por lo general divulga los montos de la FPL en enero de cada año. La tabla FPL se actualizará anualmente el 1 de febrero de cada año y será válido hasta el 31 de enero del siguiente año.

Personas en la familia/hogar	48 estados contiguos y el distrito de Columbia
1	\$13,590
2	\$18,310
3	\$23,030
4	\$27,750
5	\$32,470
6	\$37,190
7	\$41,910
8	\$46,630
En el caso de familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$4,720 por cada persona adicional.	

Fuente: Pautas federales de pobreza en EE. UU. de ASPE: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

ASUNTO/TÍTULO:

ASISTENCIA FINANCIERA**APÉNDICE B****Tabla y cálculos del AGB**

El método utilizado para calcular el AGB es un método retrospectivo histórico basado en los reclamos pagados reales, incluyendo las porciones pagadas por las personas aseguradas, y excluye Medicaid, Pago por cuenta propia y Compensación al trabajador. Un solo porcentaje promedio de cargos brutos o múltiples porcentajes para categorías separadas de atención o artículos o servicios separados. La tarifa AGB se actualizará anualmente el 1 de enero de cada año y se implementará con 120 días de cualquier cambio de AGB.

Centro	Servicio	Fecha de entrada en vigor	Tasa AGB	Descuento por pago por cuenta propia
Hospital de MCMC	Todos los servicios	1/ene/2022	37.6%	62.4%
Profesional de MCMC	Todos los servicios	1/ene/2022	55.5%	44.5%

Fuente: R:\PA\PROCED FIN ASSISTANCE Amounts Generally Billed (AGB) Calculation.xlsx

ASUNTO/TÍTULO:

ASISTENCIA FINANCIERA**APÉNDICE C**

A continuación se muestra una lista de entidades afiliadas a MCMC, pero que toman sus determinaciones de asistencia financiera independientemente de MCMC y pueden o no respetar una carta de determinación que MCMC le haya proporcionado previamente al paciente:

- a. Diagnostic Radiologists, P.C. (honorarios de interpretación del radiólogo)
- b. Columbia Gorge Pathology Assoc LLP (honorarios de interpretación de patólogos)
- c. Northwest Regional Heart and Vascular (Cardiólogos)
- d. Oxford Anesthesia Management, LLC (honorarios del anestesiólogo)

ASUNTO/TÍTULO:

ASISTENCIA FINANCIERA**APÉNDICE D****INFORMACIÓN DE CONTACTO**

La información sobre la Política de Asistencia Financiera se puede obtener de forma gratuita por teléfono, en persona o por escrito.

Para obtener ayuda para completar la solicitud, llame al **(541) 296-7500**, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 4:30 p. m.

Correo o fax:

Mid-Columbia Medical Center
Patient Financial Services
PO Box 1580
The Dalles, OR 97058
Fax (541) 296-7619

En persona:

Patient Business Services, 2nd Floor (segundo piso)
Water's Edge Health & Wellness Center
Dirección física: 551 Lone Pine Blvd.
The Dalles, OR 97058

ASUNTO/TÍTULO:

ASISTENCIA FINANCIERA**Procedimiento:****REFERENCIAS:**Mid-Columbia Medical Center: <https://www.mcmc.net/for-patients-guests/financial-assistance/>Pautas federales de pobreza en EE. UU. de ASPE: <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>Comisión de Revisión de Evidencia de Salud: <https://www.oregon.gov/oha/HPA/DSI-HERC/Pages/index.aspx>Lista priorizada de servicios de salud: <https://www.oregon.gov/oha/HPA/DSI-HERC/Pages/Prioritized-List.aspx>Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA): <https://www.cms.gov/regulations-and-guidance/legislation/emtala>**DOCUMENTOS RELACIONADOS/ENLACES EXTERNOS:**

- Solicitud de asistencia financiera

Fecha de revisión	Título	Descripción del cambio
<i>Creado en 1991</i>		
<i>Revisado el 25/may/2004</i>		<i>Ninguno</i>
<i>Revisado el 19/abr/2005</i>		
<i>Revisado el 26/feb/2010</i>		<i>Ninguno</i>
<i>Revisado el 1/may/2010</i>		<i>Ninguno</i>
<i>Revisado el 1/may/2011</i>		
<i>Revisado el 1/ago/2011</i>		
<i>Revisado el 27/jun/2012</i>		
<i>Revisado el 1/nov/2013</i>		
<i>Revisado el 3/abr/2018</i>		
<i>Revisado el 23/jun/2021</i>		<i>Descripción detallada del proceso y los componentes de asistencia financiera. Lenguaje actualizado para cambios regulatorios/cumplimiento. Tabla de ingresos de FPL actualizada.</i>
<i>Revisado el 1/feb/2022</i>		<i>Apéndice A y B actualizado</i>