

MID-COLUMBIA MEDICAL CENTER 1700 East 19th Street The Dalles, OR 97058		ALCANCE: Todos los proveedores e instalaciones de MCMC
TEMA/TÍTULO:  <b>AYUDA FINANCIERA</b>		
DEPARTAMENTO: Finanzas		PROPIETARIO: director de servicios de reembolso

**Propósito:**

La misión de MCMC (Mid-Columbia Medical Center) es ofrecer servicios y experiencias sanitarias excepcionales a través de una atención centrada en la persona. Nuestros valores son ofrecer compasión, integridad, bienestar, trabajo en equipo y servicios de salud de calidad a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. En consonancia con esta misión, reconocemos que las facturas médicas por servicios médicamente necesarios suelen ser inesperadas y, a veces, difíciles de pagar. El programa de ayuda financiera de MCMC ofrece apoyo financiero y orientación para respaldar nuestra misión de proporcionar servicios y experiencias de salud excepcionales a la región de Mid-Columbia.

Esta política proporciona pautas para gestionar las solicitudes de asistencia financiera de los pacientes que reciben atención en Mid-Columbia Medical Center (MCMC). Actualmente, MCMC incluye a los pacientes atendidos en el Mid-Columbia Medical Center y en las clínicas ambulatorias gestionadas por MCMC. En concreto, esta política:

- Incluye las razones de elegibilidad para recibir ayuda financiera, tanto gratuita como con descuento.
- Describe cómo MCMC decide el monto que pagarán los pacientes que reúnen los requisitos para recibir ayuda financiera en virtud de esta política.
- Describe cómo los pacientes solicitan ayuda financiera.
- Describe cómo dará a conocer el centro esta política en la comunidad a la que sirve.
- Describe cómo el centro limita los importes facturados a los pacientes que reúnen los requisitos para recibir ayuda financiera.
- Describe las prácticas de facturación y cobro del centro.

**PERSONAS AFECTADAS:**

Esta política se aplica a los pacientes de MCMC que reciben atención tanto en régimen hospitalario como ambulatorio.

**POLÍTICA:**

MCMC cumple con las obligaciones comunitarias de proporcionar asistencia financiera de forma justa, coherente y objetiva. En función de los requisitos, MCMC ayuda a las personas con necesidades económicas ofreciéndoles descuentos o eximiéndolas total o parcialmente del pago de los servicios prestados.

**DEFINICIONES:**

1. **Ayuda financiera:** se define como la anulación de cargos en una cuenta por servicios médicamente necesarios prestados a pacientes que no pueden pagar en función de su nivel de ingresos, análisis financiero o indicadores demográficos.
2. **Servicios médicamente necesarios:** se refiere a los servicios sanitarios para pacientes hospitalizados o ambulatorios prestados con el fin de evaluar, diagnosticar o tratar una lesión, enfermedad, dolencia o sus

Las copias impresas se consideran documentos no controlados.  
 Consulte la versión actual en <https://mcmc.ellucid.com>.

Si debe utilizar una versión impresa de un documento, asegúrese de que utiliza la versión más reciente.

TEMA/TÍTULO:

**AYUDA FINANCIERA**

síntomas que, de no tratarse, supondrían una amenaza para el estado de salud actual del paciente; los servicios deben ser clínicamente apropiados y estar dentro de las normas de práctica médica generalmente aceptadas. MCMC utiliza la "lista priorizada de servicios de salud" del Plan de Salud de Oregón (Oregon Health Plan, OHP), División de Programas de Asistencia Médica (Division of Medical Assistant Programs, DMAP), para determinar si un servicio es médicamente necesario y elegible para recibir asistencia económica. Los servicios cosméticos, experimentales o que forman parte de un programa de investigación clínica no se consideran servicios médicamente necesarios a efectos de esta política.

3. **Área de servicio principal:** la comunidad de pacientes atendidos por MCMC y elegibles para recibir ayuda financiera incluye a todos los residentes del estado de Oregón y a los pacientes que residen en los siguientes condados del estado de Washington adyacentes a Oregón: Benton, Clark, Klickitat, Skamania y Walla Walla. Para demostrar la residencia se requiere un documento de identidad de Oregón y Washington, un contrato de arrendamiento de vivienda o documentación adecuada (por ejemplo, uso de un albergue, ayuda emitida por el estado, etc.).
4. **Paciente internacional:** cualquier persona que busque 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 de vivienda o documentación adecuada [por ejemplo, uso de albergue, asistencia emitida por el estado, etc.]).
5. **Activos del hogar:** todos los activos monetarios o no monetarios propiedad de un miembro de un hogar que puedan convertirse en efectivo, incluidos:
  - a) Efectivo en cuentas de ahorro y cuentas corrientes.
  - b) Valor en efectivo de acciones, bonos, letras del tesoro, certificados de depósito y cuentas del mercado monetario.
  - c) Suma global o recepción única de fondos, como herencias, premios de lotería y liquidaciones de seguros
6. **Activos calificados:** los activos que cumplan los criterios definidos y superen los \$100,000 se sumarán a los ingresos anuales a la hora de tomar una decisión. Los activos solo se tendrán en cuenta para servicios hospitalarios o para solicitantes por encima del 200% del nivel de pobreza federal (Federal Poverty Level, FPL). En los centros del Cuerpo Nacional de Servicios de Salud (National Health Service Corps, NHSC), los ingresos y el tamaño del núcleo familiar se considerarán únicamente para los pacientes en o por debajo del 200% del FPL.
7. **Miembros del hogar/familia:** se considera hogar a una persona soltera mayor de 18 años, o a una persona y su cónyuge, su pareja de hecho y los hijos menores de 18 años a su cargo que vivan en el mismo hogar, así como a cualquier otra persona de la que la persona sea responsable económicamente y que figure como dependiente en su declaración de la renta.
8. **Pautas federales de pobreza:** nivel de ingresos que el gobierno federal utiliza para definir la pobreza.
9. **Ingresos familiares:** ingresos de todos los miembros de la familia que viven en el mismo hogar que el paciente, o en el domicilio que el paciente utiliza en la declaración de la renta o en otros documentos oficiales.
10. **Asistencia financiera presunta:** cuando se asume que un paciente cumplirá los requisitos para recibir asistencia financiera basándose en la información disponible (es decir, estado actual del programa Medicaid, evaluación financiera basada en el crédito, etc.).
11. **Servicios no cubiertos por DMAP/OHP:** la Comisión de Revisión de Pruebas Sanitarias de Oregón mantiene una lista de emparejamientos de afecciones y tratamientos conocida como "lista priorizada de servicios de salud". Estos emparejamientos han sido clasificados por el estado en orden de prioridad de más importante a menos importante y posteriormente se les ha asignado un número de línea. Los servicios prioritarios son financiados por el estado como parte del Plan de Salud de Oregón. El nivel de financiación se fija en una línea designada por el estado, lo que significa que cualquier emparejamiento que se produzca por encima de la línea se

TEMA/TÍTULO:

**AYUDA FINANCIERA**

considera financiado. Cualquier emparejamiento que se produzca por debajo de la línea no se financia. Los servicios por debajo de la línea se suelen clasificar como tratamientos que no tienen resultados beneficiosos, tratamientos por razones estéticas y afecciones que se resuelven por sí solas. Además, algunos servicios médicos están excluidos de la financiación por el estatuto 410-120-1200 de los Estatutos Revisados de Oregon (Oregon Revised Statutes, ORS) "Servicios excluidos y limitaciones".

12. Cantidades generalmente facturadas (Amount Generally Billed, AGB): importe medio recibido de Medicare, Medicaid, otros pagadores y pagos de pacientes por servicios, procedimientos y pruebas. Suele describirse como un porcentaje de los gastos brutos.
13. Ley de Tratamiento Médico de Urgencia y Trabajo de Parto Activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA): los pacientes que requieran atención médica de urgencia o emergencia y las mujeres embarazadas en trabajo de parto activo serán atendidos sin tener en cuenta su capacidad de pago.

**RESPONSABILIDADES:** los representantes de cuentas de pacientes que participan en la gestión de una solicitud de ayuda financiera de un paciente que recibe o ha recibido atención en MCMC son responsables de comprender y cumplir esta política.

**REQUISITOS DE LA POLÍTICA:**

1. Comunicación de ayuda financiera y educación del paciente
  - a. MCMC hará todo lo posible para poner a disposición de nuestros pacientes información sobre la ayuda financiera, lo que incluye, entre otros, lo siguiente:
    - i. Señalización en las principales zonas de admisión en las lenguas predominantes.
    - ii. En todas las zonas de atención al paciente habrá folletos explicativos sobre la ayuda financiera.
    - iii. Las facturas incluirán información sobre la disponibilidad de ayuda financiera.
    - iv. El sitio web contendrá información sobre la disponibilidad de ayuda financiera. Encontrará información sobre facturación y asistencia financiera en <https://www.mcmc.net/for-patients-guests/financial-information/>.
    - v. MCMC ofrecerá un servicio de atención al cliente de ayuda financiera de lunes a viernes con disponibilidad de buzón de voz.
      - i. Un representante de cuentas de pacientes estará disponible para ayudar a los pacientes a comprender y solicitar los recursos disponibles, incluido el programa de ayuda financiera.
    - vi. MCMC pondrá a su disposición copias de esta política en las principales áreas de admisión, previa solicitud.
    - vii. MCMC ofrecerá la política de ayuda financiera, las instrucciones y la solicitud 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 que todas las agencias de cobranza, a las que se remitan las cuentas, proporcionen un número de teléfono al que el paciente pueda llamar para solicitar ayuda financiera. Los representantes de cuentas de pacientes están disponibles por teléfono para ayudar a los pacientes a identificar las opciones financieras adecuadas o los programas de asistencia.
2. Cuidados cubiertos por esta póliza
  - 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. Entre los servicios que no pueden optar a la ayuda financiera en virtud de esta política se incluyen:

TEMA/TÍTULO:

**AYUDA FINANCIERA**

- i. Servicios considerados no cubiertos o no necesarios desde el punto de vista médico por el Plan de Salud de Oregón (OHP) y la División de Programas de Asistencia Médica (DMAP).
- ii. Los servicios prestados a un paciente para quien MCMC se considera fuera de la red y bajo la red de su plan de seguro generalmente no están cubiertos. Se pueden hacer excepciones cuando se obtienen las autorizaciones fuera de la red apropiadas y después de recibir el pago de la compañía de seguros.
- iii. Pacientes que no son responsables de la factura (p. ej., ayuda financiada por la comunidad/agencia).
- iv. Pacientes que tienen seguro, pero deciden no utilizar la cobertura.
- v. Procedimientos electivos de cirugía estética.
- vi. Otros procedimientos electivos (por ejemplo, entre otros, servicios de infertilidad, servicios de andrología, esterilización con excepción de la ligadura de trompas bilateral posparto interna, reversión de la esterilización, circuncisión y exámenes rutinarios de la vista).
- vii. Trasplante y terapia CAR-T.
- viii. Recetas para llevar a casa o suministros expedidos por la farmacia.
- ix. Equipos médicos (es decir, gafas, lentes de contacto o equipos utilizados en el tratamiento de la apnea del sueño).
- x. Servicios experimentales o que forman parte de un ensayo de investigación.

**3. Elegibilidad**

- a. Se determinará si reúnen los requisitos para recibir ayuda financiera los pacientes que tengan gastos médicos y no estén asegurados, tengan un seguro insuficiente o no puedan pagar de otro modo su asistencia. A continuación, se exponen los requisitos de admisibilidad:
  - i. Los pacientes pueden optar a la ayuda financiera en virtud de esta política si los ingresos de su hogar/familia son iguales o inferiores al 400% de las directrices federales de pobreza. Los niveles de elegibilidad se detallan en la tabla de ayuda financiera.
  - ii. La ayuda financiera suele ser secundaria a todos los demás recursos financieros de los que dispone el paciente, incluidos seguros, programas gubernamentales, planes de reparto de gastos médicos, responsabilidad civil de terceros y activos.

La prestación de la asistencia incluye la revisión de los ingresos familiares del paciente o de la parte responsable (por ejemplo, cónyuge, pareja de hecho, tutor legal, etc.), número de personas en el hogar, activos, historial crediticio y otros indicadores de la capacidad de pago de la parte. Se puede determinar por separado una prestación por dificultades económicas en caso de circunstancias atenuantes cuando se determine que la unidad familiar del paciente no cumple las directrices de ingresos para recibir asistencia económica. El nivel de ayuda financiera se basa en el tamaño de la unidad familiar y en los ingresos. Los activos se considerarán únicamente para los servicios hospitalarios o para los solicitantes que estén por encima del 200% del FPL. En los centros del NHSC, los ingresos y el tamaño del núcleo familiar se considerarán únicamente para los pacientes que estén en o por debajo del 200% del FPL. Las actuales directrices federales de pobreza pueden consultarse en <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.
  - iv. MCMC mantendrá la confidencialidad de todas las solicitudes y de la documentación justificativa. MCMC podrá, a sus expensas, solicitar un informe crediticio para verificar la información contenida en la solicitud.
  - v. No se tendrá en cuenta la asistencia financiera si no se ha completado la solicitud de asistencia financiera o el examen. Si se puede obtener suficiente información a través del examen que permita una determinación final, puede que no sea necesaria una solicitud financiera.

Las copias impresas se consideran documentos no controlados.

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

Si debe utilizar una versión impresa de un documento, asegúrese de que utiliza la versión más reciente.

TEMA/TÍTULO:

**AYUDA FINANCIERA**

- vi. El paciente reside en el área de servicio principal de MCMC.
- vii. Los servicios son emergentes, definidos como servicios prestados en el servicio de urgencias o de cuidados urgentes. MCMC sigue la normativa de la Ley de Tratamiento Médico de Urgencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA). La normativa vigente sobre EMTALA puede consultarse en <https://www.cms.gov/regulations-and-guidance/legislation/emtala>.
- viii. No se conceden ayudas financieras a pacientes internacionales.
- ix. MCMC y las agencias de cobro no prestarán asistencia económica después de que una cuenta haya entrado en un procedimiento judicial.

4. Niveles de asistencia financiera

- a. Se proporcionará asistencia financiera completa a una parte responsable con ingresos familiares brutos iguales o inferiores al 200% de las directrices federales de pobreza. Consulte el apéndice A para conocer las directrices federales de pobreza actuales.
- b. Se proporcionará ayuda financiera parcial a las partes responsables con ingresos familiares brutos entre el 201% y el 400% del nivel federal de pobreza en base a la escala móvil que se indica a continuación. El porcentaje de ajuste se aplica al importe generalmente facturado. Consulte el apéndice B para saber cómo se calcula el importe generalmente facturado.

<b><u>Ayuda financiera variable</u></b>	
<b>Ingresos como porcentaje del nivel federal de pobreza</b>	<b>Porcentaje de ajuste de la ayuda financiera</b>
<u>0-200%</u>	<u>100%</u>
<u>201-300%</u>	<u>75%</u>
<u>301-350%</u>	<u>50%</u>
<u>351-400%</u>	<u>25%</u>

Fuente: ORS 442.610 fecha efectiva 1.º de enero de 2021

5. Cómo los pacientes solicitan ayuda financiera

- a. Las solicitudes de asistencia económica pueden presentarse verbalmente o por escrito en cualquier momento antes, durante o después de la prestación de asistencia.
- b. La información sobre la política de ayuda financiera puede obtenerse gratuitamente por teléfono, en persona o por escrito. Consulte la información de contacto en el apéndice D.
- c. Las solicitudes de ayuda financiera pueden ser propuestas por fuentes distintas del paciente, como el médico del paciente, familiares, grupos comunitarios o religiosos, servicios sociales o personal del hospital. El personal se pondrá en contacto con el paciente/la persona responsable para completar un chequeo.
- d. Toda persona que solicite ayuda financiera a MCMC será examinada para determinar si reúne los requisitos de los programas médicos antes de que se le entregue una solicitud de asistencia económica, que incluye instrucciones sobre cómo presentar la solicitud.
- e. Se tendrá en cuenta la solicitud de ayuda financiera una vez que el solicitante haya completado el proceso de selección de ayuda financiera o presente una solicitud de ayuda financiera completa con los

TEMA/TÍTULO:

**AYUDA FINANCIERA**

documentos justificativos, incluida la comprobación de ingresos y bienes. La documentación aceptable incluye lo siguiente:

- i. Recibos de nómina de los tres últimos meses.
- ii. Copia de la declaración de la renta del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) del año más reciente.
- iii. Comprobación de las prestaciones de la Seguridad Social o de desempleo.
- iv. Verificación de los activos, incluido el más reciente estado de cuenta bancaria.

En ausencia de ingresos, se aceptará una carta de apoyo de personas que cubran las necesidades básicas del paciente. MCMC puede exigir una comprobación adicional de los ingresos y el patrimonio.

- f. MCMC hará todo lo posible para tomar decisiones de asistencia dentro de los 21 días siguientes a la recepción de una solicitud de ayuda financiera completa.
- g. Las solicitudes de ayuda financiera que no estén completas se retendrán durante un plazo de 90 días. Si no se recibe la documentación adecuada en esos 90 días, puede ser necesario presentar una nueva solicitud.
- h. La notificación de las decisiones de asistencia económica se enviará por correo a la parte responsable. Cuando un paciente reciba atención con descuento (en lugar de atención gratuita), se ampliarán los acuerdos de pago razonables coherentes con la capacidad de pago de la parte responsable para las cantidades a pagar por el paciente.

6. Elegibilidad para otros programas

- a. La ayuda financiera es secundaria a todos los demás recursos financieros de los que dispone el paciente, incluidos los seguros, los programas gubernamentales, la responsabilidad de terceros, los pagos de programas de participación en los gastos médicos y los activos líquidos.
- b. Los pacientes deben solicitar cualquier otra cobertura disponible antes de que se considere la ayuda financiera. Esto incluye, pero no se limita a, programas financiados con fondos estatales o federales, como Medicaid y Medicare.

7. Presunto derecho a recibir ayuda financiera

- a. La ayuda financiera puede concederse en ausencia de una solicitud cumplimentada en situaciones en las que el paciente no la solicite, pero otra información disponible corrobore una dificultad financiera que haría la deuda prácticamente incobrable. Entre los ejemplos de estas excepciones en las que se exime de los requisitos de documentación se incluyen, aunque no exclusivamente, los siguientes:
  - i. Una evaluación financiera independiente basada en el crédito indica indigencia
  - ii. Se aplica una determinación automática de ayuda financiera del 100% en las siguientes situaciones, siempre que se cumplan otros criterios de admisibilidad:
    - 1) El paciente tiene un plan de Medicaid limitado activo, incluida la cobertura médica de emergencia exenta para extranjeros (Citizen Alien Waived Emergency Medical, CAWEM), o un plan de ahorro de Medicare como los Programas de Beneficiarios Especificados de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiaries, SMB and SMF) o el Programa para Individuos Calificados (Qualifying Individual, QI-1)
  - iii. A los pacientes con cobertura activa actual de Medicaid se les aplicará la asistencia para las fechas de servicio anteriores

8. Periodo de admisibilidad

- a. En la notificación de ayuda financiera se indicará un periodo de aprobación de esta. En general, el periodo de aprobación de la asistencia financiera se aplicará a los saldos existentes de los pacientes a la

TEMA/TÍTULO:

**AYUDA FINANCIERA**

fecha de la aprobación e incluye y los servicios elegibles prestados por MCMC dentro de los seis meses (180 días) a partir de la fecha de vigencia de la aprobación.

- b. El periodo de aprobación puede acortarse si el paciente reúne otros requisitos para recibir cobertura.
- c. Los pacientes tendrán que volver a solicitar la ayuda financiera si necesitan servicios adicionales tras la expiración de la aprobación.

9. Recurso relativo a la aplicación de la política

- a. Los pacientes pueden presentar una solicitud de reconsideración por escrito al director del ciclo de ingresos de la oficina comercial de MCMC si consideran que su solicitud de asistencia económica no fue aprobada de acuerdo con esta política.

10. Proveedores cubiertos

- a. Las solicitudes y determinaciones de ayuda financiera solo cubren los saldos de MCMC. Encontrará una lista de los proveedores de MCMC que prestan atención de urgencia o médicamente necesaria en <https://www.mcmc.net/physician-directory/>.
- b. Consulte en el apéndice C la lista de proveedores no cubiertos.

11. Descuentos para pacientes no asegurados

- a. MCMC ofrece descuentos a los pacientes que no tienen seguro médico. Este descuento no es aplicable a los pacientes internacionales.
- b. El escalado de descuentos se ha establecido calculando la media de los importes generalmente facturados mediante un método retrospectivo. Consulte el apéndice B.

12. Prácticas de facturación/cobro

- a. MCMC enviará un mínimo de tres (3) estados de cuenta al paciente, informándole del monto adeudado y de la oportunidad que tiene 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 el monto adeudado y la oportunidad que tiene el paciente de completar una solicitud de ayuda financiera, y para informarle que completar dicha solicitud puede permitirle recibir atención gratuita o con descuento.
- b. No se cobrarán intereses sobre los importes pendientes a los pacientes que paguen puntualmente todos los plazos acordados en la empresa para el pago de los servicios sanitarios. El interés sobre las cantidades adeudadas no superará el rendimiento medio semanal del tesoro a un año con vencimiento constante publicado por la Junta de Gobernadores del Sistema de la Reserva Federal, correspondiente a la semana anterior a la fecha en que se facturó por primera vez al paciente, con la salvedad de que el interés no podrá ser inferior al dos por ciento anual ni superior al cinco por ciento anual.
- c. Si hay un saldo adeudado después de la determinación de la ayuda financiera y el paciente no cumple con los acuerdos de pago acordados, MCMC hará dos intentos de notificar al paciente por correo. Si la situación financiera del paciente ha cambiado, se le dará la oportunidad de llegar a nuevos acuerdos de pago.
- d. Si el paciente no realiza los arreglos de pago, o si no cumple con los arreglos de pago realizados, MCMC puede derivar el saldo de la cuenta pendiente a una agencia de cobranzas. Antes de enviar a un paciente a cobranzas, MCMC completará una presunta evaluación de ayuda financiera para el paciente.
- e. MCMC puede optar por clasificar las cuentas morosas como de "presunta beneficencia" cuando los resultados independientes indiquen una incapacidad de pago; se utilizará la detección previa al cobro/primer salida del proveedor.

TEMA/TÍTULO:

**AYUDA FINANCIERA****APÉNDICE A****Directrices federales de pobreza 2023**

Por lo general, el ASPE publica las directrices federales de pobreza en enero de cada año. La tabla que figura a continuación se actualizará anualmente el 1.º de febrero de cada año y será válida hasta el 31 de enero del año siguiente.

<b>Personas en la familia/hogar</b>	<b>48 estados contiguos y Distrito de Columbia</b>
1	\$14,580
2	\$19,720
3	\$24,860
4	\$30,000
5	\$35,140
6	\$40,280
7	\$45,420
8	\$50,560
<b>Para familias/hogares con más de 8 personas, añade \$5,140 por cada persona adicional.</b>	

Fuente: directrices federales de pobreza de los EE. UU. según ASPE: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>



TEMA/TÍTULO:

**AYUDA FINANCIERA****APÉNDICE B****Cálculos y tabla de AGB**

El método utilizado para calcular el AGB es un método histórico retrospectivo basado en los siniestros pagados reales, incluidas las partes pagadas por los asegurados, y excluye Medicaid, los pagos por cuenta propia y la indemnización de los trabajadores. Un porcentaje promedio único de los gastos brutos o varios porcentajes para distintas categorías de asistencia o distintos artículos o servicios. La cuota de AGB se actualizará anualmente el 1.º de enero de cada año y se aplicará con 120 días de antelación a cualquier cambio de AGB.

<b>Instalación</b>	<b>Servicio</b>	<b>En vigencia el</b>	<b>Cuota AGB</b>	<b>Descuento por autopago</b>
Hospital MCMC	Todos los servicios	1.º ene 2023	37.9%	62.1%
Profesional de MCMC	Todos los servicios	1.º ene 2023	61.2%	38.8%

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

TEMA/TÍTULO:

**AYUDA FINANCIERA**

TEMA/TÍTULO:

**AYUDA FINANCIERA****APÉNDICE C**

A continuación, se incluye una lista de entidades afiliadas a MCMC, pero que toman sus determinaciones de ayuda financiera independientemente y pueden o no respetar una carta de determinación proporcionada previamente al paciente por MCMC:

- a. Diagnostic Radiologists, P.C. (honorarios por interpretación radiológica)
- b. Adventist Health Portland (cardiólogos)
- c. Oxford Anesthesia Management, LLC (honorarios del anestesista)

TEMA/TÍTULO:

**AYUDA FINANCIERA****APÉNDICE D****INFORMACIÓN DE CONTACTO**

La información sobre la política de ayuda financiera puede obtenerse gratuitamente por teléfono, en persona o por escrito.

Si necesita ayuda para rellenar la solicitud, llame al **(541) 296-7504**, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 5:00 p. m.

**Correo o fax:**

Mid-Columbia Medical Center  
A/A: Patient Accounts  
PO Box 1580  
The Dalles, OR 97058  
**Fax:** (541) 296-7619

**En persona:**

Patient Accounts, 2<sup>nd</sup> Floor  
Water's Edge Health & Wellness Center  
Dirección física: 551 Lone Pine Blvd.  
The Dalles, OR 97058

TEMA/TÍTULO:

**AYUDA FINANCIERA****Procedimiento:****REFERENCIAS:**Mid-Columbia Medical Center: <https://www.mcmc.net/for-patients-guests/financial-information/>Directrices federales de pobreza de los EE. UU. según ASPE: <http://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>Comisión de Revisión de la Evidencia Sanitaria: <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 Urgencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA): <https://www.cms.gov/regulations-and-guidance/legislation/emtala>**DOCUMENTOS RELACIONADOS/ENLACES EXTERNOS:**

- Solicitud de ayuda financiera

Fecha de revisión	Cargo	Descripción del cambio
<i>Creado en 1991</i>		
<i>Revisado el 25 de mayo de 2004</i>		<i>Ninguno</i>
<i>Revisado el 19 de abril de 2005</i>		
<i>Revisado el 26 de febrero de 2010</i>		<i>Ninguno</i>
<i>Revisado el 1.º de mayo de 2010</i>		<i>Ninguno</i>
<i>Revisado el 1.º de mayo de 2011</i>		
<i>Revisado el 1.º de agosto de 2011</i>		
<i>Revisado el 27 de agosto de 2012</i>		
<i>Revisado el 1.º de noviembre de 2013</i>		
<i>Revisado el 3 de abril de 2018</i>		
<i>Revisado el 23 de junio de 2021</i>		<i>Descripción detallada del proceso y los componentes de la ayuda financiera. Lenguaje actualizado para cambios normativos/cumplimiento. Tabla de ingresos FPL actualizada.</i>
<i>Revisado el 1.º de febrero de 2022</i>		<i>Apéndices A y B actualizados</i>
<i>Revisado el 1.º de febrero de 2022</i>		<i>Lenguaje actualizado para cambios normativos/cumplimiento/apéndices A, B, C.</i>
<i>Revisado el 5 de abril de 2023</i>		<i>Definiciones actualizadas Sección 6 y Elegibilidad Sección 3.a.ii, en cumplimiento con el NHSC</i>