

POLÍTICA

Nombre de la Política:	Política De Asistencia Financiera, Planes De Pago Y Descuento Para No Asegurados				
Política #:	8227.038	Departamento de la Política:	Servicios financieros para pacientes	Población:	<input checked="" type="checkbox"/> Adulto <input checked="" type="checkbox"/> Peds
Autoridad de aprobación:	Director Financiero	Originalment e efectivo:	10/2017	Revisado Efectivo:	
Ejecutivo responsable:	Director Financiero	Revisado:	9/20/2020, 7/1/2022, 5/25/2023		
Oficina responsable:	Servicio Financiero Para Pacientes	Contacto:	Vicepresidente, Ciclo de Ingresos		

1. Declaración Política:

Es política de Erlanger Health System (**Erlanger**) otorgar a nuestros pacientes acceso a la atención esencial o no-electiva, independientemente de su capacidad de pago, a través de un sistema justo y equitativo para determinar la asistencia financiera con pautas establecidas.

2. ¿Quién Debe Leer Esta Política?

Todo el personal de Erlanger que regularmente tiene contacto con pacientes o garantes, en particular los miembros del personal que trabajan en Servicios Financieros para Pacientes y Acceso para Pacientes.

Todas las personas que puedan ser elegibles o deseen solicitar asistencia financiera conforme a esta política.

3. Propósito

El propósito de esta política es explicar la ayuda financiera disponible para los pacientes, describir el proceso de solicitud y destacar otros descuentos y planes de pago.

4. Definiciones

Cantidades Generalmente Facturadas (AGB siglas en inglés): Las cantidades generalmente facturadas por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a personas que tienen seguro que cubre dicha atención. Un cálculo del porcentaje de los cargos brutos que Erlanger factura a los individuos que tienen seguro. Según el método prospectivo de Medicare, una persona que reúna los requisitos para recibir asistencia financiera nunca pagará más que el AGB, ya que a una persona que reúna los requisitos para la asistencia financiera de acuerdo a esta política no se le cobrará por la atención médicamente necesaria ni por la atención de una condición médica de emergencia.

Periodo De Solicitud: Un paciente o garante puede solicitar ayuda financiera para la atención médicamente necesaria hasta 240 días **después** del primer estado de cuenta posterior al alta de dicha atención. Por ejemplo, una persona recibe atención médicamente necesaria el 1 de febrero y es dada de alta a mediados de febrero. El estado de cuenta de esa atención está fechado el 2 de marzo. El individuo

¹ En el caso de cualquier estado de cuenta que se envíe por correo postal, la fecha de envío es cuando se "proveyó". La fecha en que se provee un estado de cuenta también puede ser la fecha en que dicha comunicación se envió electrónicamente o se entregó en mano.

puede solicitar la ayuda financiera hasta 240 días **después del 2** de marzo, (con fecha límite el 28 de octubre). Este plazo puede ampliarse en determinadas circunstancias definidas por la legislación aplicable. Una vez que se haya presentado, procesado y aprobado una solicitud de asistencia financiera en tiempo y forma, la determinación de elegibilidad para la asistencia financiera de esa solicitud se aplicará a todas las fechas de servicio durante un período de 240 días a partir de la fecha del servicio al que se aplicó la asistencia financiera por primera vez, a menos que se especifique lo contrario. Erlanger puede aceptar solicitudes de atención prospectiva. Cualquier determinación realizada para fines de atención prospectiva también se puede utilizar para evaluar la elegibilidad para la asistencia financiera con respecto a las fechas de servicio para las cuales se proporcionó el primer estado de cuenta 240 días antes de la fecha en que se recibió la solicitud.

Condición Médica De Emergencia: Una condición médica que se manifiesta con síntomas severos y agudos, de tal manera que la ausencia de atención médica inmediata podría razonablemente resultar en: poner la salud de un individuo en grave peligro, el deterioro grave de las funciones corporales, o la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. A pesar de las limitaciones o ampliaciones contenidas en el lenguaje anterior, esta política adopta explícitamente la definición de condición médica de emergencia contenida en 42.U.S.C. § 1395dd.

La Familia: Grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Según las normas del Servicio de Impuestos Internos, si el paciente declara a alguien como dependiente en su declaración de la renta, esa persona también puede ser considerada familia a efectos de la prestación de la ayuda económica.

Ingresos Familiares: Los ingresos de todos los miembros de la Familia que residen en el mismo hogar, incluidos los ingresos, compensación por desempleo, compensación de los trabajadores, Seguro Social, Seguro de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos a los veteranos, prestaciones de supervivencia, ingresos por pensiones o jubilaciones, intereses, dividendos, alquileres, derechos de autor, ingresos de las herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia externa a la familia y otras fuentes de fondos diversas, incluyendo otros ingresos como premios, reconocimientos y ganancias de juegos de azar.

Los ingresos, a efectos de esta política, se determinan antes de impuestos y **no** incluyen: prestaciones no monetarias (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda); ni ingresos de personas ajenas a la Familia, salvo en la medida en que se utilicen en beneficio de los miembros de la Familia (asistencia). Si un miembro de la familia opera o tiene una participación de propiedad en un negocio, los ingresos brutos, las deducciones, los ingresos, los estados de ganancias y pérdidas y las operaciones comerciales de ese negocio también serán evaluadas para determinar el ingreso Familiar.

Niveles Federales De Pobreza (FPG siglas en inglés): Una medida de los ingresos emitida cada año por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) basada en el tamaño de la familia. Se puede acceder a ella en <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>. La elegibilidad para algunas de las ayudas financieras disponibles en esta política se basa en los ingresos Familiares en relación con la FPG aplicable.

Defensor Financiero: Un representante de Erlanger responsable de ayudar a los garantes a identificar y solicitar opciones de fondos públicos (Medicare, Medicaid, etc.). Estos representantes también ayudan en el proceso de solicitud y determinación de la asistencia financiera.

Cargos Brutos: El total de las tarifas establecidas por Erlanger para la prestación de servicios de atención al paciente antes de aplicar las deducciones de los ingresos.

Programa Compartido de Atención Médica (HSP siglas en inglés): programa en el que una persona paga una cuota de membresía, una prima u otro monto para unirse o permanecer activo en el programa, pero la persona no tiene derecho contractual ni garantía de que el programa de participación en la atención médica cubra y pague los servicios médicos. En cambio, el programa depende de contribuciones voluntarias para satisfacer cualquier deuda médica de sus miembros y no está obligado contractualmente a realizar ningún pago por los servicios médicos cubiertos de sus miembros. Estos programas no se administran como planes de seguro tradicionales. Estos programas no son cuentas de ahorro para gastos flexibles o de salud (comúnmente conocidas como FSA y HSA). Como cortesía a los miembros de estos programas, Erlanger puede permitir de 30 a 90 días para recibir el pago del HSP antes de que una cuenta se facture a la siguiente parte responsable.

Mercado De Seguros De Salud: Organización creada para facilitar la compra de seguros de salud en todos los estados de Estados Unidos de acuerdo con la Ley de Protección al Paciente y Atención Asequible. Los mercados ofrecen un conjunto de planes de asistencia médica regulados y estandarizados por el gobierno, en los que los individuos pueden adquirir un seguro de salud con derecho a subsidios federales.

Medicamento Necesario: Servicios o suministros que: (1) son adecuados y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una condición médica; (2) se proporcionan para el diagnóstico, la atención directa y el tratamiento de una condición médica; (3) cumplen con las normas de la buena práctica médica en el área local; y (4) no son principalmente para la conveniencia del paciente o su médico. A efectos de esta política, la atención médicamente necesaria no incluye la cirugía cosmética/plástica, electiva, bariátrica, servicios de trasplante ni los servicios prestados a precio "fijo".

Sin Seguro: Una persona no está asegurada si no tiene un seguro médico y no tiene responsabilidad/recuperación de terceros (como una reclamación legal o una demanda contra otra persona) u otra ayuda para cumplir con sus obligaciones de pago médico. En otras palabras, una persona no asegurada es una persona que es la única responsable del saldo total de sus propias facturas médicas sin ningún tipo de descuentos o reducciones debido a una relación contractual con una compañía de seguros o un plan de beneficios del gobierno y sin una obligación ejecutable contra otra persona o entidad para el pago de dichas facturas médicas. Cuando se deniega la cobertura del seguro para un servicio específico por falta de cobertura, se puede considerar que una persona no está asegurada a efectos de ese servicio donde la negación no se deba a la culpa del asegurado.

5. Alcance

Esta política se aplica a las siguientes instalaciones de Erlanger y a los médicos empleados por Erlanger que prestan servicios en estas instalaciones:

Baroness-Erlanger Hospital
975 East Third St.
Chattanooga, Tennessee
37403

Children's Hospital at Erlanger
910 Blackford St.
Chattanooga, TN 37403

Erlanger East Hospital
1751 Gunbarrel Rd.
Chattanooga, TN 37421

Erlanger North Hospital
632 Morrison Springs Rd.
Chattanooga, TN 37415

Erlanger Bledsoe Hospital
71 Wheelertown Ave.
Pikeville, TN 37367

Erlanger Western Carolina Hospital
3990 E U.S. Highway 64 Alt
Murphy, NC 28906

Esta política NO se aplica a las siguientes instalaciones de Erlanger:

Erlanger Community Health Centers
Todas las ubicaciones de Erlanger ExpressCare
The Walk-in-Clinic at Volkswagen Drive
Erlanger Behavioral Health Hospital
Erlanger Rural Health Clinics
Erlanger Western Carolina Health Clinics

Las clínicas de salud rurales, las clínicas de salud de Erlanger Western Carolina Health Clinics y los centros de salud comunitarios de Erlanger ofrecen asistencia financiera conforme a sus políticas usando una escala de ingresos individuales. Consulte esas políticas de escala de ingresos para obtener más información sobre la asistencia financiera disponible en esas clínicas y centros. Erlanger Behavioral Health Hospital ofrece asistencia financiera conforme a su política de asistencia financiera.

6. La Política

Política De Asistencia Financiera

La política de Erlanger es proporcionar atención médicamente necesaria y de emergencia a todas las personas sin discriminación e independientemente de su capacidad de pago o de su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Además, de acuerdo con la ley EMTALA y las políticas de facturación y cobro, Erlanger no exige ni requiere el pago antes de prestar servicios médicos de emergencia. Además, como se indica en la política de facturación y cobros, Erlanger no realiza prácticas de cobro que interfieran con la prestación de cualquier atención médica de emergencia.

Erlanger proporciona asistencia financiera para la atención médicamente necesaria o de emergencia para pacientes internos y externos proporcionada por Erlanger a aquellos que califican, como se describe más detalladamente a

continuación. La lista de proveedores cubiertos por esta política de asistencia financiera, así como la lista de proveedores excluidos de esta política, puede encontrarse en <https://www.erlanger.org/patient-and-family-resources/billing-insurance-information/ehs-fap-providers-covered> o haciendo clic en el enlace "Proveedores Cubiertos por la Asistencia Financiera" en www.erlanger.org/fap. También se puede obtener una copia en papel de esta lista de forma gratuita a través de los Embajadores/PSR o poniéndose en contacto con los Servicios Financieros para Pacientes (PFS siglas en inglés) en persona o por correo o teléfono en

Servicios financieros para pacientes (PFS)
1501 Riverside Dr., Suite 105
Chattanooga, TN 37406
423-778-5150

Servicios financieros para pacientes (PFS)
3990 E. US Hwy. 64 Alt.
Murphy, NC 28906
828-835-3662/ 828-837-3897

La atención recibida en los centros "Erlanger ExpressCare", las Clínicas de Salud Comunitaria de Erlanger, las Clínicas de Salud Rural, Volkswagen Drive o el Hospital de Salud Mental de Erlanger no está cubierta por esta política de asistencia financiera, excepto cuando se indique explícitamente.

Parte I. Ayuda Financiera Disponible

Erlanger ofrece atención gratuita médicamente necesaria y atención para condiciones médicas de emergencia cubiertas por esta póliza a aquellas personas que califican para recibir asistencia financiera.

Parte II. Elegibilidad

Para ser elegible para la atención gratuita, un paciente también debe ser inelegible para la cobertura completa de TennCare, Medicaid o el seguro disponible en el Mercado de Seguros Médicos. Si un paciente tiene un seguro o una posible reclamación de responsabilidad civil, el paciente debe agotar primero estas fuentes de pago, que puede incluir la búsqueda de atención de proveedores dentro de la red, antes de solicitar cualquier asistencia financiera para las facturas médicas. Los miembros de HSP no son elegibles para recibir asistencia financiera.

Para tener derecho a la atención gratuita, un paciente **debe** tener unos ingresos familiares iguales o inferiores al 200% de los Niveles de Pobreza Federales (FPG) para el proceso de presunta elegibilidad (o iguales o inferiores al 250% para el proceso de solicitud) y **no debe** tener activos suficientes para indicar que el paciente puede pagar su atención. Erlanger considera el ingreso familiar y los bienes del paciente al evaluar la elegibilidad para la asistencia financiera. Además de los activos que el paciente o el garante declaren por sí mismos, Erlanger puede confiar en sus propios registros, registros de bienes raíces, presentaciones de quiebras, presentaciones de sucesiones, informes de crédito y otros datos que se puedan buscar y estén disponibles públicamente para validar y evaluar una solicitud de asistencia financiera. Erlanger también tendrá en cuenta factores temporales, como el despido a corto plazo, desempleo, discapacidad u otras dificultades demostradas. Por lo general, si existen activos para pagar la deuda médica, se denegará la asistencia financiera.

Un paciente cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores a la FPG indicada anteriormente y que no posea bienes suficientes para pagar su atención no es responsable económicamente de ningún cargo relacionado con la atención proporcionada en virtud de esta póliza, después de la aplicación de cualquier pago del seguro, de cualquier programa de beneficios o del pago de un tercero (como el producto de una demanda).

Dado que las personas que reúnen los requisitos para recibir atención gratuita no pagarán ningún cargo cubierto relacionado con una Condición Médica de Emergencia o una atención Médicamente Necesaria, no pagarán más que los importes generalmente facturados por esos servicios cubiertos.

Si el paciente ha fallecido, un miembro de la familia o un albacea testamentario puede solicitar asistencia financiera en nombre del paciente fallecido. Erlanger puede basarse en informes crediticios anteriores, presentaciones de sucesiones, presentaciones de quiebras, registros de bienes raíces, declaraciones de impuestos anteriores y todos los demás datos disponibles para evaluar la idoneidad de la solicitud de asistencia financiera en tales casos. La solicitud y la documentación de respaldo deben reflejar las circunstancias del difunto antes de su muerte, incluidos los miembros del hogar, ingresos familiares y activos, incluidos los bienes raíces.

Parte III. Cómo Solicitar La Ayuda Financiera

Los pacientes pueden optar a la asistencia gratuita a través de dos vías: (a) el proceso de presunción de elegibilidad o (b) el proceso de solicitud. Sin embargo, el proceso de presunción de elegibilidad sólo está disponible para los pacientes no asegurados. Todos los demás pacientes deben solicitar la ayuda financiera mediante el proceso de solicitud.

A. Proceso De Presunción De Elegibilidad

Un paciente no asegurado puede calificar presuntamente para recibir atención gratuita si su ingreso familiar es igual o inferior al 200% de FPG, según lo determinado por el software de terceros utilizado por Erlanger en el momento del tratamiento o periodo cercano. Si se determina que un paciente reúne los requisitos para recibir atención gratuita, no se le facturará por la atención Médicamente Necesaria o la atención de una Condición Médica de Emergencia cubierta por esta póliza. Sin embargo, Erlanger buscará el pago de las pólizas de seguro, así como de otros terceros apropiados. Si un paciente ha fallecido sin patrimonio conocido u otra parte responsable conocida, dicho paciente es presuntamente elegible para recibir asistencia financiera. Si un paciente es presuntamente elegible para la atención gratuita, no recibirá una factura por la atención recibida.

Erlanger se reserva el derecho de denegar o revertir la asistencia financiera basándose en una revisión presuntiva si se llega al conocimiento de activos o ingresos significativos disponibles para pagar la atención médica, como activos o ingresos revelados en procedimientos de sucesión o quiebra, por ejemplo.

Toda persona no asegurada que no reúna los requisitos para recibir atención gratuita según el método presuntivo puede solicitarla mediante el proceso de solicitud que se describe a continuación.

B. Proceso De Solicitud

Cualquier persona puede optar a la ayuda financiera a través del proceso de solicitud: (1) llenar el formulario de solicitud y aportar los documentos que se indican a continuación; (2) tener unos ingresos familiares iguales o inferiores al 250% de FPG; y (3) no tener activos suficientes que indiquen que el paciente puede pagar su atención.

Para solicitar la asistencia gratuita, el paciente debe llenar el formulario de solicitud de asistencia financiera y presentar la documentación requerida dentro del periodo de solicitud. Los siguientes documentos son necesarios para una solicitud completa:

- Las declaraciones de impuestos más recientes de todos los miembros de la familia. Esto incluye las declaraciones de impuestos de ambos cónyuges que no declaran conjuntamente y las declaraciones de impuestos de cualquier persona relacionada que esté obligada a presentar una declaración de impuestos y que resida en el mismo hogar que el paciente. Si algún miembro de la familia trabaja por cuenta propia o es propietario de una empresa, deberá presentar también el Anexo C, el Anexo F y el Anexo K-1, según corresponda. Un miembro de la familia también puede presentar colillas de cheques recientes en lugar de una declaración de impuestos si no tiene otra fuente de ingresos que el trabajo reflejado en las colillas. Si un miembro de la familia tiene una participación de propiedad en una entidad comercial, se deben proporcionar declaraciones de impuestos para esa entidad si la entidad presenta declaraciones por separado.

Y

- Los estados de cuenta más recientes de todas y cada una de las cuentas bancarias, de cheques, de ahorro, de inversión o de otro tipo de depósito en las que un miembro de la familia tenga un interés de propiedad o autoridad para retirar, firmar o emitir cheques.

Y

- Una lista de las posibles reclamaciones o juicios pendientes que puedan dar lugar a la recuperación de dinero o bienes para un paciente o miembro de la familia.

Un paciente también puede incluir una carta de explicación de dificultades con su solicitud para justificar la imposibilidad de pagar. Sin embargo, no es un requisito. El formulario de solicitud y los documentos justificativos deben enviarse a

Servicios financieros para pacientes (PFS)
1501 Riverside Dr., Suite 105

Servicios financieros para pacientes (PFS)
3990 E. US Hwy. 64 Alt.

La solicitud de asistencia financiera, esta política de asistencia financiera y un resumen en lenguaje sencillo de esta política pueden encontrarse en línea en www.erlanger.org/fap o solicitarla poniéndose en contacto con el Servicio Financiero para Pacientes en persona, por correo o por teléfono en las direcciones y números indicados anteriormente. Estos documentos también están disponibles a petición en las áreas de admisión/registro de Erlanger. Estos documentos están disponibles en español en el sitio web indicado y a solicitud previa.

Por lo general, hay que presentar el formulario de solicitud y todos los documentos justificativos. Si un paciente no tiene uno de los documentos requeridos, debe proporcionar una declaración escrita con el formulario de solicitud explicando por qué el paciente no incluye el documento requerido con el formulario de solicitud. En circunstancias apropiadas, Erlanger trabajará con el paciente para determinar la documentación de apoyo alternativa.

Si no se puede determinar la elegibilidad para la asistencia financiera debido a la falta de información o documentos en el paquete de solicitud, el paciente recibirá un aviso por escrito indicando la información o los documentos necesarios y proporcionando un plazo para que esa información o documentación requerida sea presentada. El hecho de no proporcionar la información solicitada en el plazo previsto puede dar lugar a la negación de la ayuda financiera.

Una persona puede solicitar la ayuda financiera durante el periodo de solicitud. Las solicitudes de ayuda se revisan tan pronto como sea posible después de recibir el formulario completo y toda la documentación requerida. Sin embargo, la determinación de si un paciente tiene derecho a recibir asistencia financiera puede retrasarse hasta que se resuelvan las reclamaciones pendientes con otras posibles fuentes de pago, como demandas o programas de seguros u otras prestaciones.

La asistencia financiera puede ser negada bajo esta política si existe una sospecha razonable de la veracidad de una solicitud. Si el paciente o el garante proporciona la documentación y/o información necesaria solicitada para aclarar la solicitud dentro del tiempo proporcionado, la solicitud de asistencia financiera puede ser reconsiderada. La reconsideración se revisará y manejará caso por caso.

Erlanger tiene defensores financieros disponibles para ayudar a obtener, completar y/o presentar la solicitud de asistencia financiera. Para ponerse en contacto con un defensor financiero, póngase en contacto con PFS en la dirección y el número de teléfono indicados anteriormente.

Parte IV. Otras Fuentes Utilizadas Para Determinar La Elegibilidad Y El Uso De Las Solicitudes De Ayuda Financiera

Además del software de terceros utilizado para la presunta elegibilidad y el paquete de solicitud proporcionado en el proceso de solicitud, Erlanger puede realizar investigaciones de activos(bienes) y otras investigaciones financieras o crediticias de las personas como parte de la selección de elegibilidad. Si se determina que existen activos o que el paciente puede pagar de otro modo la atención, se puede negar la ayuda financiera.

Erlanger utiliza habitualmente datos proporcionados por agencias externas para verificar la información proporcionada y evaluar las solicitudes, como informes y puntuaciones de tipo crediticio, búsquedas de activos, registros públicos, etc. Esta información externa (combinada con la información proporcionada por el paciente o el garante) se utiliza para decidir si el paciente es elegible para la asistencia financiera, determinar la indigencia médica, la selección para otros fondos y programas, así como para evaluar la viabilidad para el uso de compañía de cobros de la cuenta del paciente.

Toda persona que falsee sus ingresos o su patrimonio será descalificada para la consideración de la ayuda financiera y se le podrá negar el beneficio de cualquier ayuda financiera proporcionada anteriormente. En el caso de que el solicitante cometa falsificaciones importantes, el saldo de la cuenta se facturará a la parte responsable, en lugar de cancelarlo como atención gratuita.

Parte V. Término De Elegibilidad Para La Asistencia Financiera

Si se determina que un paciente es presuntamente elegible para recibir atención gratuita en el momento del servicio o cerca de ese periodo, los cargos por ese servicio se cancelarán como atención gratuita según lo dispuesto en esta política

de asistencia financiera. Además, una persona presuntamente cualificada puede recibir asistencia financiera en virtud de esta política durante un periodo de 240 días después de la determinación de la presunta elegibilidad, suponiendo que se sigan cumpliendo todos los requisitos enumerados en la Parte II y la Parte III. Si una persona que es presuntamente elegible pasa a estar cubierta por un seguro, esta debe solicitar ayuda financiera a través del proceso de solicitud para recibir cualquier otra ayuda financiera.

Si un paciente reúne los requisitos para recibir atención gratuita a través del **proceso de solicitud**, la atención gratuita se proporcionará durante un plazo de 240 días a partir de la fecha de servicio a la que se aplicó por primera vez la asistencia de atención gratuita, a pesar de la fecha real en que se recibió dicha solicitud dentro del periodo de solicitud. Al final de ese periodo de 240 días, el paciente puede volver a solicitar la atención gratuita mediante los procesos descritos anteriormente.

Parte VI. Ampliación Adicional De La Ayuda Financiera

Erlanger se reserva el derecho de extender la asistencia financiera a individuos fuera de las pautas identificadas anteriormente, incluyendo la ampliación de los servicios médicos cubiertos, la extensión del período de tiempo para solicitar la asistencia financiera o la oferta de asistencia financiera a aquellos para quienes el pago de la deuda médica sería una dificultad particular, a pesar de tener un ingreso familiar superior al 200% (o 250%, según corresponda) del FPG. Cualquier ampliación de la ayuda financiera queda a la discreción del Vicepresidente del Ciclo de Ingresos o de la persona que éste designe; sin embargo, dicha discreción no se utilizará para discriminar a personas por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, identidad de género (incluida la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad o creencias políticas.

Erlanger extiende la asistencia financiera a aquellos individuos que son elegibles y están inscritos en el programa Project Access(STPA) del Sureste de Tennessee. Estos pacientes tienen derecho a recibir atención gratuita para las Condiciones Médicas de Emergencia y la atención Medicamente Necesaria sin tener que solicitar la asistencia financiera mientras tengan derecho a la STPA, como se indica en su tarjeta de identificación de STPA. El paciente debe proporcionar su tarjeta STPA en el momento de recibir el servicio.

Parte VII. Facturación Y Cobros

Las acciones que Erlanger puede tomar en caso de falta de pago se describen en la Política de Facturación y Cobros por colección, Política No. 8227.1000, a la que se puede acceder en www.erlanger.org/fap. Las personas también pueden solicitar una copia gratuita en papel de esa política a los embajadores/PSR o poniéndose en contacto con los Servicios Financieros para Pacientes en la dirección o los números de teléfono indicados.

Planes De Pago

Por lo general, Erlanger no ofrece planes de pago directamente. Sin embargo, se asocia con un proveedor externo que ofrece financiamiento sin intereses para los pacientes de Erlanger con opciones de reembolso mensual. Si un paciente decide acogerse a los planes de pago que ofrece ese proveedor, éste le facturará directamente. Los pacientes pueden obtener más información sobre los planes de pago y solicitar que sus cuentas se transfieran al proveedor del plan de pago poniéndose en contacto con los Servicios Financieros para Pacientes.

Descuento Para Pacientes de Tennessee Sin Seguro

De acuerdo con la ley de Tennessee, Erlanger no exigirá a un paciente "sin seguro: que pague más de las cantidades permitidas por la ley de Tennessee. Código Ann. § 68-11-262 para los cuidados o servicios prestados en Tennessee. Para estos fines, un "paciente sin seguro" es una persona que no tiene una fuente pública o privada de pago por servicios médicos, incluidos, pero no limitado a, Medicare, TennCare, un contrato de seguro, un plan de salud patrocinado por el empleador u otra obligación exigible según la cual una persona es responsable del pago de los servicios de atención médica brindados al paciente.

El cálculo del descuento adecuado que se aplica a los gastos brutos es realizado por la Asociación de Hospitales de Tennessee, y la cantidad del descuento varía entre los centros hospitalarios situados en Tennessee. Cuando Erlanger determina que un paciente no tiene seguro, el descuento descrito en este párrafo se aplica a los servicios y cargos aplicables.

Comité(s) Local(es) de Aprobación (según corresponda)

Aprobado por _____ Fecha _____

Aprobado por _____ Fecha _____

Aprobado por _____ Fecha _____

Aprobación del Director Médico (según corresponda)

Aprobado por _____ Fecha _____

Aprobación del Comité de Políticas (según corresponda)

Aprobado por _____ Fecha _____

Aprobación del Ejecutivo Responsable del Comité de Aprobación Final

Aprobado por _____ Fecha _____ Junio 1, 2023 _____