

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 Ejecutivo	Originalmente efectivo:	10/2017	Revisado Efectivo:	4/1/2026
Ejecutivo responsable:	Director Financiero	Revisado:	9/20/2020, 7/1/2022, 5/25/2023, 3/3/2026		
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. Las AGB es 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 con 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. En el caso de cualquier estado de cuenta que se envíe por correo, la fecha de envío es aquella en la que se considera «proporcionado». La fecha en que se proporciona un estado de cuenta también puede ser la fecha en que dicha comunicación se envía por vía electrónica o se entrega en mano. 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 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. Tenga en cuenta que, si un solicitante ha presentado previamente una solicitud completa, cualquier aprobación derivada de una solicitud posterior surtirá efecto a partir del Periodo de Aplicación, tal como se define anteriormente, o de la fecha de la solicitud anterior, según cuál sea la más reciente.

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.

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 para efectos de la prestación de asistencia financiera.

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. Erlanger puede remitirse a la línea de «Ingresos Brutos» del Anexo C; no obstante, debido a la naturaleza variable de los negocios y de los gastos relacionados, la evaluación de cualquier negocio propio u operado se realiza caso por caso. Cualquier determinación de denegar la asistencia financiera bajo el argumento de que existen activos o ingresos comerciales que podrían utilizarse para costear la atención médica o el seguro de salud queda a la entera discreción de Erlanger.

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. Erlanger adopta las FPG el 1 de julio de cada año, y dichas pautas son vigentes y vinculantes hasta el 30 de junio del año siguiente.

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 tarifa 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 de gastos médicos compartidos 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 prepagados o a precio "fijo". A pesar de esta definición, si la compañía de seguros de un paciente deniega la cobertura de determinados servicios por considerarlos no médicamente necesarios, dichos servicios se considerarán no médicamente necesarios a los efectos de esta política. Para ciertos servicios programados destinados a pacientes sin seguro, Erlanger podrá requerir que el Departamento de Gestión de la Utilización revise la necesidad médica de dichos servicios antes de que estos sean prestados.

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.

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

Esta política también se aplica a todas las oficinas y clínicas de Erlanger, a excepción de aquellas ubicaciones y servicios que se excluyan específicamente. Esta política NO es aplicable a las siguientes instalaciones, clínicas y ubicaciones 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
Erlanger Western Carolina Hospital
Erlanger Retail Specialty Pharmacy

Las Clínicas de Salud Rurales, Erlanger Western Carolina Health Clinics, Erlanger Western Carolina Hospital 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. Erlanger Behavioral Health Hospital ofrece asistencia financiera conforme a su política de asistencia financiera.

6. 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 en persona o por correo o teléfono en:

Erlanger Financial Assistance
975 E 3rd Street
Box 243
Chattanooga, TN 37403
423-778-9805

Para solicitar más información o para contactar a un defensor que pueda asistirlo, por favor llame a los números indicados arriba o solicite un defensor financiero en la Oficina de Registro, ubicada en el primer piso del Medical Mall, en el campus Erlanger Baroness.

Parte I. Asistencia 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 calificar para recibir atención gratuita, el paciente **debe** tener un ingreso familiar igual o inferior al 300% de las Pautas Federales de Pobreza (FPG) y **no debe** poseer activos suficientes que indiquen que puede costear su atención. Si Erlanger determina a su entera discreción, que existen activos disponibles para el pago de la atención médica, se exigirá al paciente que utilice dichos activos para cubrir el costo de la atención. Cualquier saldo pendiente que subsista tras la utilización de dichos activos podrá, posteriormente, ser objeto de asistencia financiera conforme a la presente política.

Erlanger considera los ingresos familiares y los activos del paciente al evaluar su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Además de los ingresos y activos que el paciente o el garante declaren por cuenta propia, Erlanger puede basarse en sus propios registros, registros de bienes raíces, expedientes de bancarrota, expedientes sucesorios, informes de crédito y otros datos disponibles y consultables para validar y evaluar una solicitud de asistencia financiera. Erlanger también considerará factores temporales, tales como despidos a corto plazo, desempleo, discapacidad u otras dificultades económicas demostradas. Por lo general, si existen activos suficientes para cubrir la deuda médica, se denegará la asistencia financiera.

Un paciente cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al Nivel Federal de Pobreza (FPG) indicado anteriormente, y que no posea activos suficientes para costear su atención médica, no será financieramente responsable de ningún cargo asociado a la atención prestada bajo los términos de esta política, una vez aplicados los pagos provenientes de seguros, programas de beneficios o terceros (tales como indemnizaciones procedentes de demandas judiciales). El paciente debe agotar primero todas las fuentes de pago disponibles incluyendo, entre otras, beneficios de seguros, programas federales, estatales y locales de asistencia médica, otras formas de asistencia proporcionadas por terceros y las posibles reclamaciones o indemnizaciones/procedentes de la responsabilidad civil de terceros antes de que se aplique la asistencia

financiera a cualquier cuenta. El requisito de agotar las fuentes de pago puede incluir aunque no se limita a ello, exigir al paciente que: (i) aplicar por cobertura de atención médica según se detalla más adelante; (ii) acudir a un proveedor que forme parte de la red de su seguro; (iii) cumpla con las pautas de necesidad médica/manejo de utilización o decisiones establecidas por su aseguradora o plan de salud; y (iv) gestione el cobro de pagos a través de un HSP.

Para los servicios de imágenes, cirugía, terapia de infusión y oncología radioterápica, que no sean de carácter urgente todos los pacientes sin seguro médico deberán también:

- (1) haber agotado todas las fuentes de pago al haber sido declarados no elegibles para recibir cobertura de beneficios de salud a través de TennCare, CHIP, Medicaid ofrecido por otro estado, Medicare, VA/TriCare, cualquier otro programa de asistencia médica, otras formas de asistencia proporcionadas por terceros, o un plan de beneficios de salud asequible ofrecido por un empleador, a través de COBRA o mediante el Mercado de Seguros de Salud (*Healthcare Insurance Marketplace*); **y**
- (2) ser residentes de los condados de Bledsoe, Bradley, Grundy, Hamilton, Marion, McMinn, Meigs, Polk, Rhea o Sequatchie, en Tennessee, o de los condados de Catoosa, Dade, Walker o Whitfield en Georgia.

La asequibilidad de cualquier cobertura de atención médica obtenida a través de un empleador, COBRA o del Mercado de Seguros Médicos es determinada exclusivamente por Erlanger; no obstante, las tarifas generalmente se considerarán asequibles si la parte que el paciente debe pagar (una vez aplicados los subsidios, créditos, asistencias, reembolsos o beneficios similares correspondientes) es igual o inferior al 9% de los ingresos brutos del hogar o de la familia. Este requisito de elegibilidad, relativo al agotamiento de otras opciones de cobertura, puede cumplirse mediante una evaluación telefónica con un Defensor Financiero y/o la presentación de documentos adicionales, los cuales pueden incluir solicitudes para obtener seguros o para acceder a programas de asistencia médica de índole federal, estatal, local o de terceros. Cuando Erlanger determina que esta evaluación adicional de agotamiento de opciones es necesaria, Erlanger iniciará este proceso. No obstante a lo anterior, si Erlanger determina, a su entera discreción, que un paciente carece de un acceso adecuado a la atención médica, podrá otorgarle Asistencia Financiera en virtud de la presente política.

Dado que aquellos pacientes que califiquen para recibir asistencia financiera bajo esta política no pagaran cargo alguno asociado a una Condición Médica de Emergencia o a una atención Médicamente Necesaria cubierta bajo esta política, ellos no pagaran más de las Cantidades Generalmente Facturadas por tales servicios.

Parte III. Cómo Solicitar La Ayuda Financiera

Los pacientes pueden calificar a la asistencia gratuita a través de dos vías: (a) el proceso de presunción de elegibilidad o (b) el proceso de solicitud.

A. Proceso De Presunción De Elegibilidad

Un paciente no asegurado puede calificar presuntamente para recibir atención gratuita si:

- i. el paciente es un beneficiario inscrito en Medicaid;
- ii. el paciente está inscrito en el programa Southeast Tennessee Project Access (STPA) durante el período de atención. El paciente deberá presentar su tarjeta del STPA en el momento de recibir el servicio;
- iii. el paciente ha fallecido y no se conoce la existencia de un patrimonio sucesorio ni de ninguna otra parte responsable; o
- iv. el paciente carece de seguro médico y sus ingresos Familiares se sitúan en el 200% o por debajo del Nivel Federal de Pobreza (FPG) en el momento de la evaluación presuntiva, según lo determinado por un software de terceros utilizado por Erlanger o mediante otra información disponible para Erlanger, tal como se describe en esta política.

Si se determina que un paciente califica para recibir atención gratuita, no se le exigirá el pago por la atención médicamente necesaria ni por la atención de una afección médica de emergencia que esté cubierta por esta política y sujeta a los términos de la Parte II relativos al agotamiento de beneficios y residencia. No obstante, Erlanger procurará obtener el pago a través de los beneficios o pólizas de seguro, así como de otras partes terceras que corresponda. Si el paciente es presuntamente elegible en virtud de los criterios (i) o (ii), no recibirá un estado de cuenta de facturación por la atención recibida. La evaluación presuntiva de elegibilidad bajo el criterio (iv) se llevará a cabo antes de que la cuenta sea remitida

a una agencia de cobranza externa, a fin de garantizar un plazo suficiente para evaluar la necesidad económica y verificar el estado del seguro médico.

Erlanger puede negar 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, Ejemplos incluyen, entre otros: la afirmación de un individuo de que puede costear su atención; activos o ingresos declarados en procedimientos sucesorios o de bancarrota; demandas por lesiones personales; y la notificación de la existencia de un seguro vigente a través de cualquier fuente.

Toda persona no asegurada que no califique para atención gratuita según el método presuntivo, o cuya asistencia presunta sea revocada, puede solicitarla mediante el proceso de solicitud que se describe a continuación.

B. Proceso De Solicitud

Cualquier persona puede calificar para recibir asistencia financiera a través del proceso de solicitud mediante: (1) completar el formulario de solicitud y proporcionar los documentos requeridos; (2) tener un Ingreso Familiar igual o inferior al 300% de las Pautas Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés); y (3) no poseer activos suficientes que indiquen que el paciente puede pagar por su atención médica.

Para solicitar atención gratuita, el paciente debe completar el formulario de solicitud de asistencia financiera y proporcionar la documentación requerida dentro del Período de Solicitud y, si corresponde, cumplir con los estándares de agotamiento de recursos exigidos. Los documentos requeridos para una solicitud completa se enumeran en el formulario de solicitud.

El paciente también puede incluir una carta de dificultades económicas junto con su solicitud para justificar su incapacidad de pago. Sin embargo, dicha carta no es obligatoria. El formulario de solicitud y la documentación de respaldo deben enviarse a:

Erlanger Financial Assistance
975 E 3rd Street
Box 243
Chattanooga, TN 37403
423-778-9805

El formulario de solicitud de asistencia financiera, la presente política de asistencia financiera y un resumen de esta política redactado en lenguaje sencillo pueden encontrarse en línea en www.erlanger.org/fap, o solicitarse contactando a un Defensor Financiero (Financial Advocate) en persona, por correo postal o por teléfono, utilizando la dirección y el número indicados anteriormente. Estos documentos también están disponibles a petición en las áreas de admisión/registro de Erlanger. Asimismo, estos documentos están disponibles en español tanto en el sitio web mencionado como a petición del interesado.

Por lo general, es obligatorio presentar el formulario de solicitud junto con todos los documentos de respaldo. Si el paciente carece de alguno de los documentos requeridos, deberá adjuntar al formulario de solicitud una declaración por escrito explicando el motivo por el cual no incluye dicho documento. En circunstancias apropiadas, Erlanger colaborará con el paciente para determinar qué documentación de respaldo alternativa podría presentarse.

Si no es posible determinar la elegibilidad para la asistencia financiera debido a la falta de información o documentos en el paquete de solicitud, el paciente recibirá una notificación por escrito indicando la información o los documentos faltantes, así como la fecha límite para su presentación. La omisión en la presentación de la información solicitada dentro del plazo establecido podría resultar en la denegación de la asistencia financiera.

Una persona puede solicitar asistencia financiera durante el Período de Solicitud. Las solicitudes de asistencia se revisan a la mayor brevedad posible tras recibir el formulario debidamente completado y de toda la documentación requerida. Sin embargo, la determinación de si un paciente califica para recibir asistencia financiera podría retrasarse hasta que se resuelvan los reclamos pendientes con otras posibles fuentes de pago, tales como demandas judiciales o programas de seguros u otros beneficios.

La asistencia financiera podrá ser denegada, conforme a esta política, si existe una sospecha razonable respecto a la veracidad de la solicitud. Si el paciente o el garante proporcionan la documentación y/o información necesaria solicitada

para aclarar la solicitud dentro del plazo establecido, la petición de asistencia financiera podrá ser reconsiderada. Dicha reconsideración será revisada y gestionada caso por caso.

Erlanger cuenta con Defensores Financieros disponibles para brindar asistencia en la obtención, cumplimentación y/o presentación de la solicitud de asistencia financiera. Puede comunicarse con los Defensores Financieros a través de 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 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 de la prestación del servicio o en una fecha cercana a este, o bien tras una revisión de elegibilidad presunta de una cuenta abierta, los cargos por **esa** fecha de servicio se cancelaran como concepto de atención gratuita, tal como se estipula en esta política de asistencia financiera. Asimismo, una persona presuntamente elegible **podría** recibir asistencia financiera en virtud de esta política durante un periodo de 60 días a partir de la determinación de elegibilidad presunta, siempre y cuando se sigan cumpliendo todos los requisitos enumerados en las Partes II y III. Si una persona presuntamente elegible con base en los factores presuntos (ii) o (iv) mencionados anteriormente, obtiene cobertura de seguro, deberá solicitar la asistencia financiera a través del proceso formal de solicitud para poder recibir cualquier asistencia financiera adicional.

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 otorgar asistencia financiera a personas que se encuentren fuera de las pautas identificadas anteriormente, lo cual incluye ampliar los servicios médicos cubiertos, extender el plazo para solicitar asistencia financiera u ofrecer asistencia financiera a aquellas personas para quienes el pago de la deuda médica representaría una dificultad particular, a pesar de tener un Ingreso Familiar superior al 300% de las Pautas Federales de Pobreza (FPG). Cualquier extensión de asistencia financiera de este tipo queda a discreción del Vicepresidente del Ciclo de Ingresos o de la persona designada por este; sin embargo, dicha discreción no deberá utilizarse 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. Asimismo, en cualquier extensión de asistencia financiera, el paciente elegible no pagará una suma superior al AGB.

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, 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 comunicándose con el Departamento de Servicios Financieros para Paciente al 423-778-3296, o solicitando una copia a un Defensor Financiero en la dirección y ubicación de contacto indicadas anteriormente.

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 ubicados 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.

Chief Executive Officer/ Director Ejecutivo

Date/Fecha