

Número de política:  
Fecha de vigencia: 3/01/2021  
Fecha de revisión: 3/01/2022

---

## **Aprobaciones:**

Junta directiva de Banner Health  
Administradores de PolicyTech

### **I. Propósito/Población:**

#### **A. Propósito:**

1. Establecer las medidas que Wyoming Medical Center y Wyoming Health Medical Group (conjuntamente, "WyMC") tomarán en caso de falta de pago de la parte de las cuentas de los pacientes por servicios hospitalarios para pacientes internados o ambulatorios, servicios en centros de atención tras una enfermedad aguda, servicios de Wyoming Health Medical Group, y servicios de atención médica domiciliar y en centros de cuidados paliativos, que son responsabilidad de los pacientes particulares y no están cubiertos por el seguro ni por otra fuente de pago de terceros.
2. Garantizar que se hagan los esfuerzos razonables para determinar si el individuo responsable del pago de la totalidad o de una parte de la cuenta de un paciente es elegible para recibir asistencia en virtud del Programa de Asistencia Financiera Básica y del Programa de Asistencia Financiera Mejorada antes de iniciar las acciones de cobro extraordinarias para cobrar la cuenta.

- B. Esta política cubre la facturación y el cobro de las cuentas a cargo del paciente tanto de los pacientes sin seguro médico como de los pacientes con seguro, incluidos los copagos, coseguros y deducibles. Esta política no cubre las acciones que se lleven a cabo para hacer cumplir cualquier gravamen legal que pueda existir a favor de WyMC con respecto a las ganancias de cualquier recuperación de terceros a las que el paciente pueda tener derecho.

- C. **Población:** Todos los empleados

### **II. Definiciones:**

- A. "Resumen en lenguaje simple para todos los hospitales" significa una declaración escrita en que se notifica a un individuo que WyMC ofrece asistencia financiera en virtud de la Política de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) para servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios, y contiene la información que se debe incluir en dicha declaración en virtud de la FAP. Debido a que la cuenta única del paciente puede incluir servicios recibidos en diferentes instalaciones y centros de WyMC, el Resumen en lenguaje simple no contendrá información específica del hospital. Una plantilla del Resumen en lenguaje simple para todos los hospitales se adjunta como Apéndice A.

Política de facturación y cobros para cuentas a cargo del paciente:

- B. “Montos generalmente facturados” (AGB, por sus siglas en inglés) significa los cargos normales y habituales por los servicios cubiertos proporcionados a los individuos elegibles en virtud del Programa de Asistencia Financiera Básica, multiplicados por el porcentaje de AGB específico del hospital aplicable a dichos servicios.
- C. “Período de solicitud” significa el período durante el cual WyMC debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera en virtud de la FAP. El período de solicitud comienza en la fecha en que se presta la atención y finaliza el día 240 después de que WyMC proporcione el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta o, en el caso de pacientes considerados presuntamente elegibles, dentro de un período razonable.
- D. “Fecha límite de facturación” significa la fecha después de la cual WyMC puede iniciar una acción de cobro extraordinaria (ECA, por sus siglas en inglés) contra un individuo responsable que no haya presentado una solicitud de asistencia financiera en virtud de la FAP. La fecha límite de facturación debe estar especificada en una notificación por escrito al individuo responsable y se debe proporcionar al menos 30 días antes de dicha fecha límite, pero no antes del último día del período de notificación.
- E. “Fecha límite de compleción” significa la fecha después de la cual WyMC puede iniciar o reanudar una ECA contra un individuo que haya presentado una FAP incompleta si ese individuo no ha proporcionado la información y/o documentación faltante necesaria para completar la solicitud. La fecha límite de compleción debe estar especificada en un aviso por escrito y no debe ser anterior al último de los (1) 30 días después de que WyMC le entregue este aviso al individuo; ni (2) el último día del período de solicitud.
- F. “Acción de cobro extraordinaria” (ECA) significa cualquiera de las siguientes acciones contra un individuo relacionadas con la obtención del pago de una cuenta a cargo del paciente:
  - 1. Que requiere un proceso legal o judicial;
  - 2. Implica la venta de una cuenta a cargo del paciente a otra de las partes;
  - 3. Se comunica información adversa sobre el individuo responsable a las agencias de informes crediticios de los consumidores o a las oficinas de crédito; y
  - 4. Aplazamiento o denegación, o exigencia de un pago por adelantado antes de prestar servicios médicamente necesarios debido a la falta de pago de un individuo por servicios médicamente necesarios prestados anteriormente por el hospital (a menos que el pago por adelantado se hubiera exigido en virtud de la política de WyMC aunque no hubiera cuentas pendientes de pago).

Las ECA no incluyen: (a) ninguna acción para perfeccionar el gravamen legal sobre las reclamaciones de responsabilidad o indemnización concedidas a los proveedores de atención médica en virtud de la sección §33-931 de la Legislación revisada de Arizona (A.R.S., por sus siglas en inglés) sobre el producto de una sentencia, un acuerdo o un compromiso adeudado a un individuo como resultado de lesiones personales para las que el hospital proporcionó atención; ni (b) reclamación presentada en un procedimiento de quiebra.

- G. “Individuo elegible en virtud de la FAP” significa un individuo responsable elegible para recibir asistencia financiera en virtud de la FAP, independientemente de que el

Política de facturación y cobros para cuentas a cargo del paciente:

individuo haya solicitado o no asistencia.

- H. “Política de Asistencia Financiera” (FAP) significa la Política del Programa de Asistencia Financiera para pacientes sin seguro médico de WyMC, que incluye los criterios de elegibilidad, la base para calcular los cargos, el método para aplicar la política y las medidas para publicitar la política, y establece dos programas de asistencia financiera disponibles para los pacientes sin seguro médico: (1) el Programa de Asistencia Financiera Básica, y (2) el Programa de Asistencia Financiera Mejorada.
- I. “Resumen en lenguaje simple específico del hospital” significa una declaración escrita en que se notifica a un paciente y a la persona responsable correspondiente que WyMC ofrece asistencia financiera en virtud de la FAP para servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios que se proporcionen en el hospital de WyMC del cual se da de alta al paciente, y contiene la información que se debe incluir en dicha declaración en virtud de la FAP y es específica del hospital del cual el paciente recibió los servicios. Una plantilla del Resumen en lenguaje simple específico del hospital se adjunta como Apéndice B a la FAP.
- J. “Médicamente necesarios” hace referencia a los servicios requeridos para identificar o tratar una enfermedad o una lesión que se diagnostica o los cuales se sospecha razonablemente que son médicamente necesarios teniendo en cuenta el nivel de atención más adecuado. Según la afección médica de un paciente, el entorno más adecuado para brindar atención puede ser el hogar, un consultorio médico, un centro ambulatorio o atención a largo plazo, rehabilitación o una cama de hospital. Para que se considere médicamente necesario, un servicio debe:
1. Ser requerido para tratar una enfermedad o una lesión;
  2. Ser coherente con el diagnóstico y tratamiento de las afecciones del paciente;
  3. Estar de acuerdo con las normas de buena práctica médica;
  4. No ser para la conveniencia del paciente ni la del médico del paciente; y
  5. Ser el nivel de atención más adecuado para el paciente, según lo determine la afección médica del paciente y no la situación financiera o familiar del paciente.

Los servicios de emergencia se consideran médicamente necesarios.

- K. “Período de notificación” se refiere al período durante el cual WyMC debe notificar a un individuo sobre su FAP para haber hecho los esfuerzos razonables por determinar si el individuo es elegible en virtud de la FAP. El período de notificación comienza en la primera fecha en que se proporciona atención al individuo y finaliza el día 120 después de que WyMC le proporcione al individuo el primer estado de cuenta de facturación por la atención posterior al alta.
- L. “Servicios Financieros para Pacientes” (PFS, por sus siglas en inglés) hace referencia a la unidad operativa de WyMC responsable de facturar y cobrar las cuentas a cargo del paciente.
- M. “Individuo responsable” significa el paciente y cualquier otro individuo que tenga responsabilidad financiera con respecto a una cuenta a cargo del paciente. Puede haber más de un individuo responsable.

Política de facturación y cobros para cuentas a cargo del paciente:

- N. “Cuenta a cargo del paciente” significa la parte de la cuenta de un paciente que es responsabilidad individual del paciente o de otro individuo responsable, el neto de la solicitud de los pagos realizados por cualquier seguro de atención médica disponible u otro tercero pagador (incluidos copagos, coseguro y deducibles), y el neto de cualquier reducción o cancelación realizada con respecto a dicha cuenta del paciente tras la solicitud del Programa de Asistencia Financiera Básica o del Programa de Asistencia Financiera Mejorada, según corresponda.
- O. “Cuenta única del paciente” significa un estado de cuenta consolidado para las cuentas a cargo del paciente por servicios recibidos de hospitales, médicos, clínicas y atención médica domiciliaria de WyMC.
- P. “Paciente sin seguro médico” significa un paciente sin beneficio de seguro médico ni programas gubernamentales que puedan ser facturados por los servicios médicamente necesarios proporcionados a ese paciente o por servicios de médicos, y que no esté excluido del Programa de Asistencia Financiera Básica ni del Programa de Asistencia Financiera Mejorada.

### **III. Política:**

- A. Sujeto al cumplimiento de las disposiciones de esta política, WyMC puede emprender todas y cada una de las acciones legales, incluidas las acciones de cobro extraordinarias, para obtener el pago de los servicios médicos proporcionados.
- B. WyMC no participará en las ECA, ya sea directamente o por cualquier agencia de cobro de deudas u otra parte a la que el hospital haya remitido la deuda del paciente, antes de que se hagan todos los esfuerzos razonables para determinar si un individuo responsable es elegible para recibir asistencia en virtud de la FAP. No obstante, WyMC puede llevar a cabo ECA en cualquier momento en que se determine que el individuo responsable no es elegible en virtud de la FAP.
- C. A todos los pacientes se les ofrecerán el Resumen en lenguaje simple específico del hospital y un formulario de solicitud de asistencia financiera en virtud de la FAP como parte del proceso de ingreso o de alta.
- D. WyMC puede determinar presuntamente la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera Mejorada según la información proporcionada anteriormente o la información distinta de esa proporcionada por el individuo responsable. Dicha información se obtendrá mediante el acceso, directo o mediante el uso de un proveedor externo, a la información de las agencias crediticias (p. ej., Equifax), por medio del número del seguro social del individuo, para determinar los ingresos anuales del individuo y el tamaño de la familia y, luego, comparando dicha información con los criterios de elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera Mejorada.
- E. Al menos un estado de la cuenta única del paciente para el cobro de las cuentas a cargo del paciente se deberá enviar por correo postal a la última dirección conocida de cada individuo responsable antes de que finalice el Período de notificación, siempre y cuando, sin embargo, no sea necesario enviar un estado de cuenta única del paciente después de que un individuo responsable presente una solicitud completa de asistencia financiera en virtud de la FAP. Un estado de la cuenta única del paciente de las cuentas

Política de facturación y cobros para cuentas a cargo del paciente:

a cargo del paciente incluirá:

1. Un resumen exacto de los servicios hospitalarios y un listado detallado de los médicos y servicios de atención médica domiciliaria cubiertos por el estado de cuenta;
2. Los cargos por dichos servicios;
3. El monto que debe pagar el individuo responsable (o, si no se conoce dicho monto, un cálculo estimado de buena fe de dicho monto a partir de la fecha del estado de cuenta inicial); y
4. Un aviso escrito y visible en el que se informe al destinatario de la disponibilidad de asistencia financiera en virtud de la FAP y que Servicios Financieros para Pacientes de WyMC puede proporcionar información sobre la FAP y el proceso de solicitud. En el aviso, se deberá incluir el número de teléfono de Servicios Financieros para Pacientes de WyMC (307-577-2421 o, si se encuentra fuera de Wyoming, 877-962-7243) y la página web de WyMC en la que se pueden obtener copias de los documentos de la FAP.

Los desglosamientos de información de los cargos de hospitalización se proporcionarán si se solicitan.

- F. Al menos un estado de la cuenta única del paciente enviado durante el período de notificación incluirá un aviso por escrito en el que se informe a las partes responsables acerca de las ECA específicas que WyMC intenta tomar si el individuo responsable no solicita asistencia financiera en virtud de la FAP ni paga el monto debido antes de la fecha límite de facturación (es decir, el último día del período de notificación). Dicho estado de cuenta incluirá el Resumen en lenguaje simple del hospital y deberá proporcionarse al individuo responsable al menos 30 días antes de la fecha límite especificada en el estado de cuenta.
1. En Arizona, las ECA específicas de este aviso incluirán normalmente (a) la venta o la transferencia de la cuenta a cargo del paciente a una agencia de cobros, (b) la comunicación de información adversa sobre el individuo responsable a las agencias de informes crediticios de los consumidores o a las oficinas de crédito, y (c) el aplazamiento, la denegación o la exigencia de un pago por adelantado antes de prestar servicios médicamente necesarios no urgentes.
  2. En todos los demás estados, las ECA específicas de este aviso incluirían todas las ECA de Arizona, así como el inicio de una demanda para cobrar la cuenta a cargo del paciente.
- G. En el caso de las cuentas únicas del paciente, se dará puntaje a la propensión al pago del individuo responsable y se basará en la evaluación de la probabilidad de pago del individuo responsable y el monto en dólares de la cuenta a cargo del paciente.
- H. Al menos 30 días antes del inicio de cualquier ECA, se intentará llamar a los individuos responsables por teléfono al último número conocido. Durante todas las conversaciones, se informará al paciente o al individuo responsable sobre la asistencia financiera que puede estar disponible en virtud de la FAP y sobre el proceso de solicitud.

Política de facturación y cobros para cuentas a cargo del paciente:

- I. Cuando un paciente ha tenido varios episodios de atención, WyMC puede agregar las facturas pendientes, pero no puede iniciar una ECA hasta 120 días después de haber proporcionado la primera factura posterior al alta para el episodio de atención más reciente incluido en el agregado. Se inicia un período de solicitud distinto con cada episodio de atención.
- J. Cuando un individuo responsable haya completado el proceso de solicitud de la FAP, WyMC determinará la elegibilidad de manera oportuna y notificará al individuo responsable la determinación, la asistencia disponible para el paciente y el fundamento de la decisión.
- K. Cuando se determina que un paciente es elegible para el Programa de Asistencia Financiera Básica, WyMC puede incluir un estado de cuenta de facturación en el que se indica cuánto dinero adeuda el paciente por la atención recibida, cómo se determinó ese monto, y cómo el paciente puede obtener información sobre el AGB para la atención. Cuando se determina que un paciente es elegible para el Programa de Asistencia Financiera Mejorada, se le informará al paciente por escrito de dicha determinación, pero no se requiere un estado de cuenta de facturación en el que se indique que no se adeuda nada por la atención recibida. Si se determina posteriormente que un individuo que ha pagado los servicios es elegible en virtud de la FAP, el hospital reembolsará cualquier monto pagado por la atención que supere el monto que habría pagado un paciente elegible en virtud de la FAP; sin embargo, el hospital no está obligado a reembolsar los pagos en exceso inferiores a \$5. WyMC tomará todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA tomada para obtener el pago de la atención.
- L. Las ECA se pueden iniciar de la siguiente manera:
  1. Si todos los individuos responsables no solicitan asistencia financiera en virtud de la FAP antes del último día del período de notificación, y las partes responsables han recibido el aviso por escrito de 30 días que se describe en la Sección III.F anterior, entonces WyMC puede iniciar ECA.
  2. Si todas las personas responsables solicitan asistencia financiera en virtud de la FAP, y PFS determina definitivamente que los individuos responsables no son elegibles para ninguna asistencia financiera en virtud de la FAP (incluso porque el paciente no tenía seguro médico), WyMC puede iniciar ECA.
  3. Si un individuo responsable presenta una solicitud incompleta de asistencia financiera en virtud de la FAP antes de la fecha límite de la solicitud, no podrán iniciarse ECA hasta que se haya completado cada uno de los siguientes pasos:
    - a. PFS proporciona al individuo responsable un aviso por escrito en el que se describe la información o documentación adicional requerida en virtud de la FAP para completar la solicitud de asistencia financiera, aviso que incluirá una copia del Resumen en lenguaje simple de todos los hospitales.
    - b. PFS proporciona al individuo responsable un aviso por escrito con, al menos, 30 días de antelación sobre las ECA que WyMC puede iniciar contra el individuo responsable si no se completa la solicitud de la FAP o no se realiza el pago, siempre y cuando, sin embargo, la fecha límite de la compleción o el pago no pueda establecerse antes de la fecha límite de la solicitud.
    - c. Si el individuo responsable que ha presentado la solicitud incompleta completa la

Política de facturación y cobros para cuentas a cargo del paciente:

- solicitud de asistencia financiera, y PFS determina definitivamente que el individuo responsable no es elegible para ninguna asistencia financiera en virtud de la FAP, WyMC puede iniciar ECA.
- d. Si el individuo responsable que ha presentado la solicitud incompleta no completa la solicitud antes de la fecha límite establecida en el aviso proporcionado de conformidad con la Sección III.H.3.b anterior, se pueden iniciar ECA.
  - e. Si una persona responsable presenta una solicitud, completa o incompleta, de asistencia financiera en virtud de la FAP, en cualquier momento antes de la fecha límite de la solicitud, WyMC suspenderá las ECA mientras dicha solicitud de asistencia financiera esté pendiente. Cuando una solicitud esté incompleta, se le dará a la persona responsable un plazo razonable para que complete la solicitud, momento en el cual se podrá reanudar una ECA. Si la persona responsable completa la solicitud posteriormente, la ECA se suspenderá hasta que el hospital determine si el individuo es elegible en virtud de la FAP.
- M. Una carta en la que se indique la intención de transferir la cuenta única del paciente a una agencia de cobros se deberá enviar por correo postal a la última dirección conocida de cada individuo responsable antes de transferir una cuenta a cargo del paciente a una agencia de cobros o antes de iniciar cualquier ECA.
- N. Todo individuo responsable, o representante de este, que se comunice con PFS para obtener información sobre una posible asistencia financiera, recibirá información acerca del Programa de Asistencia Financiera Básica y del Programa de Asistencia Financiera Mejorada en virtud de la FAP.
- O. Después de que se permita el inicio de las ECA de acuerdo con la Sección III.H anterior, las agencias de cobro externas estarán autorizadas a denunciar las cuentas a cargo del paciente no pagadas a las agencias crediticias, y a presentar litigios, obtener embargos judiciales y ejecutar dichos embargos judiciales utilizando medios de cobro lícitos, siempre y cuando, sin embargo, se requiera la aprobación previa de PFS antes de que se puedan iniciar demandas en Arizona, y se requiera la aprobación previa de PFS antes de que las agencias de cobro puedan utilizar cualquier medio de cobro que implique la detención física o el arresto de cualquier persona responsable.
- P. Los pacientes que pueden pagar los servicios de WyMC, pero no están dispuestos a hacerlo, se consideran deudas incobrables y se remitirán a agencias externas para su cobro. Los pacientes que califican para el Programa de Asistencia Financiera Básica o el Programa de Asistencia Financiera Mejorada y que no paguen el saldo a su vencimiento, después de aplicado el descuento adecuado, se consideran deudas incobrables por el monto de dicho saldo y se remitirán a agencias externas para su cobro.
- Q. Hay copias de esta política disponibles de manera gratuita para el público. Las copias de la política están disponibles en las áreas de admisión y en el departamento de emergencias de cada hospital, así como en la página web de WyMC (<https://wyomingmedicalcenter.org/paybill>) y se pueden solicitar por correo postal. La política se publica en inglés, español y en los idiomas de cualquier otra población que tenga conocimientos limitados de inglés y que, a su vez, constituya más del 5% o

Política de facturación y cobros para cuentas a cargo del paciente:

1,000 residentes de la comunidad en la que presta servicios el hospital, lo que sea menor.

- R. Si WyMC remite o vende una cuenta a cargo del paciente a otra de las partes durante el período de solicitud, el acuerdo por escrito con dicha parte debe obligar a dicha parte a:
1. Abstenerse de realizar ECA antes o después de la fecha límite de facturación;
  2. No cobrar intereses sobre la deuda que superen la tasa de interés federal a corto plazo más 3 puntos porcentuales;
  3. Devolver la cuenta a cargo del paciente a WyMC después de determinar que la parte responsable es elegible en virtud de la FAP;
  4. Si se determina que el individuo responsable es elegible en virtud de la FAP, asegúrese de que el individuo no pague ni esté obligado a pagar más dinero de lo requerido en virtud de la FAP vigente.
- S. Un hospital puede exigir un depósito a un paciente sin seguro médico antes de prestar servicios médicamente necesarios, salvo que no se puede exigir un depósito antes de prestar servicios de emergencia. Sin embargo, un hospital no puede denegar ni exigir un pago antes de proporcionar atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de una factura de un paciente sin seguro médico por servicios médicamente necesarios prestados anteriormente. Al solicitar un depósito, Servicios Financieros para Pacientes debe informar a los pacientes sin seguro médico acerca de la disponibilidad de asistencia financiera y, si lo solicitan, proporcionar una copia del formulario de solicitud de la FAP. Si se presenta una solicitud, debe procesarse de forma acelerada. A menos que se haya determinado definitivamente que un paciente sin seguro médico no es elegible en virtud de la FAP, el depósito no debe superar el AGB.
- T. WyMC debe informar en el formulario 990 si se hicieron los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad en virtud de la FAP antes de iniciar ECA y cómo se hicieron.

#### **IV. Procedimiento/Intervenciones:**

- A. N/A

#### **V. Documentación del procedimiento:**

- A. N/A

#### **VI. Información adicional:**

- A. N/A

#### **VII. Bibliografía:**

- A. Patient Protection and Affordable Care Act, Sec. 9007 (Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, Sección 9007)
- B. Internal Revenue Code, Section 501(r)  
(Código de Rentas Internas,  
Sección 501[r]) C. C.R.S. 25-3-112  
(Colorado SB 12-134) (Legislación  
revisada de Colorado 25-3-112 [Proyecto  
de ley del senado de Colorado 12-134])



Política de facturación y cobros para cuentas a cargo del paciente:

- D. 29 C.F.R. §1.501(r)-1 through §1.501(r)-7 (Código de Regulaciones Federales desde §1.501[r]-1 hasta §1.501[r]-7)
- E. Notice 2015-46, Internal Revenue Bulletin 2015-28 (July 13, 2015)
- F. 79 Fed Reg 78954-79016 [Aviso 2015-46, Boletín informativo de Rentas Internas 2015-28 (13 de julio de 2015) F. 79 Reg. Fed. 78954-79016]
- G. Colorado Revised Statutes § 25-3-112 (Legislación revisada de Colorado § 25-3-1129)

### **VIII. Otras políticas/procedimientos relacionados:**

- A. [Asistencia financiera para pacientes del hospital](#)
- B. [Acuerdos de pago en cuotas](#)
- C. [Programa de Asistencia Financiera de Clínicas/Consultorios Médicos de Wyoming Health Medical Group](#)

### **IX. IX. Palabras claves y frases de palabras claves:**

- A. Atención de caridad
- B. Programa de Asistencia Financiera
- C. Cobro
- D. Facturación
- E. Cuenta a cargo del paciente

### **X. Apéndice:**

- A. APÉNDICE A: Resumen de Programas de Asistencia Financiera de Wyoming Health Medical Center (Resumen en lenguaje simple para todos los hospitales)

## APÉNDICE A

### **RESUMEN DE PROGRAMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA DE WYOMING MEDICAL CENTER HOSPITAL (WyMC)**

Wyoming Medical Center ofrece Programas de Asistencia Financiera a pacientes sin seguro médico, con seguro médico insuficiente y médicamente indigentes. Esta política solo se aplica a los hospitales de Wyoming Medical Center y a ningún otro centro de WyMC, como centros de cirugía ambulatoria (ASC, por sus siglas en inglés), diagnóstico por imágenes o atención de urgencias. “Paciente sin seguro médico” significa un paciente sin beneficios de seguro médico ni programas gubernamentales que puedan ser facturados por los servicios cubiertos proporcionados según las pautas del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), que no estén excluidas de esta política. “Paciente con seguro médico insuficiente” significa un paciente que tiene cobertura de seguro calificada con limitaciones o responsabilidad conjunta significativas. “Paciente médicamente indigente” significa un paciente que tiene gastos médicos familiares durante un año calendario determinado que superan el 50% de los ingresos totales del grupo familiar.

Si es un paciente sin seguro médico, puede calificar para recibir una tarifa con descuento si no cumple con las calificaciones para el Programa de Asistencia Financiera según las pautas del nivel federal de pobreza. “Calificación para recibir la tarifa con descuento” significa que se le cobrarán 1.25 veces los AGB (montos generalmente facturados), lo que se basa en el promedio de los montos que se habrían pagado al hospital por parte de aseguradoras médicas privadas y Medicare (y copagos y deducibles) por los servicios médicamente necesarios que reciba, si hubiera estado asegurado.

Si es un paciente sin seguro médico, calificará para recibir asistencia financiera de WyMC (1) si tiene ingresos familiares anuales y el tamaño del grupo familiar es igual o inferior al 400% del nivel federal de pobreza y le faltan otros activos para pagar los cargos completos del hospital, y, (2) si el hospital se lo pide, usted solicita Medicaid/AHCCCS, coopera plenamente en el proceso de solicitud y determinación, o no puede completar el proceso de solicitud de manera razonable, y se le niega la cobertura de Medicaid/AHCCCS.

Si es un paciente con seguro médico insuficiente, puede calificar para recibir asistencia financiera de WyMC para pacientes con seguro médico insuficiente/descuento en saldo después del seguro. Deberá solicitar que lo tengan en cuenta y cumplir con los requisitos de saldo de facturas del hospital establecidos en la Política de Asistencia Financiera y las pautas del nivel federal de pobreza.

Si califica para recibir asistencia financiera de WyMC, no se le cobrará en ningún caso más que los montos generalmente facturados por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios. Además, nunca se le exigirá hacer pago por adelantado ni otros arreglos de pago para recibir servicios de emergencia. Sin embargo, para recibir servicios que no sean de emergencia, en la mayoría de los casos, se le pedirá que haga un depósito anticipado importante u otros arreglos de pago en función de un cálculo estimado de los montos generalmente facturados.

Encontrará una copia gratuita de la política de asistencia financiera del hospital, la política de

Política de facturación y cobros para cuentas a cargo del paciente:

facturación y cobros, y los formularios de solicitud disponibles en el sitio web de Wyoming Medical Center en [WyomingMedicalCenter.org/paybill](http://WyomingMedicalCenter.org/paybill). También puede recibir copias por correo postal; para ello, comuníquese con

Servicios Financieros para Pacientes de Wyoming Medical Center llamando al (307) 577-2421 o, si usted se encuentra fuera de Wyoming, llame al (877) 962-7243. El personal de Servicios Financieros para Pacientes de Wyoming Medical Center está disponible para responder preguntas y proporcionar información sobre los Programas de Asistencia Financiera, el proceso de solicitud y las organizaciones sin fines de lucro y agencias gubernamentales que ofrecen ayuda con estas solicitudes. La versión en español y otras traducciones de este Resumen, las políticas de facturación y de asistencia financiera del hospital, y los formularios de solicitud están disponibles en el sitio web de Wyoming Medical Center y en el área de Admisiones del hospital. También puede solicitar esos documentos; para ello, comuníquese con el personal de Servicios Financieros para Pacientes de Wyoming Medical Center llamando al (307) 577-2421 o, si usted se encuentra fuera de Wyoming, llame al (877) 962-7243.