



HOUSTON HEALTHCARE

Política de Asistencia Financiera

Principios/Directrices

Houston Healthcare tiene el objetivo de tratar a todos los pacientes de manera equitativa, con dignidad, respeto y compasión. Con este fin y en el entendido de que no todos los pacientes tienen capacidad para pagar sus facturas de hospital por situaciones como dificultades económicas debido a problemas médicos, Houston Healthcare ayudará a aquellas personas que no pueden pagar toda o parte de su atención médica proporcionando asistencia financiera a los pacientes que califiquen. Houston Healthcare proporcionará atención médica gratuita y descuentos de asistencia financiera mientras se mantiene la Política que se describe a continuación. Para que Houston Healthcare pueda aplicar esta Política de manera justa y uniforme, los pacientes y sus familias tienen la obligación de proporcionar información adecuada y oportuna, útil para ayudar a Houston Healthcare a ubicarlos en el nivel o el tipo adecuado de asistencia financiera, de acuerdo con sus circunstancias específicas.

Como se describe a continuación, esta Política de Asistencia Financiera:

- Incluye los criterios de elegibilidad para recibir la asistencia financiera.
- Describe la base para calcular los montos cobrados a los pacientes elegibles para la asistencia financiera de acuerdo con esta política.
- Limita el monto que cobra Houston Healthcare por la atención médica de emergencia u otra atención médicamente necesaria que se brinda a las personas elegibles para recibir la asistencia financiera a un monto menor que el monto que Houston Healthcare generalmente cobra a los pacientes asegurados, según se define en esta política.
- Describe el método que pueden usar los pacientes para solicitar la asistencia financiera.
- Describe la política de cobro de Houston Healthcare.

Houston Healthcare sigue comprometiéndose a atender las necesidades de emergencia de todos los pacientes, sin importar su capacidad de pago.

Definiciones: De acuerdo con su uso en esta política, los siguientes términos tienen el significado que se indica a continuación:

1. **Houston Healthcare:** incluye a Houston Medical Center, Perry Hospital, Pavilion Diagnostic Center, The Surgery Center, Houston Lake Rehab, Houston Lake Med-Stop, Lake Joy Med-Stop, Pavilion Med-Stop, Pavilion Rehab y Pavilion Family Medicine Center.
2. **Asistencia financiera:** servicios de salud gratuitos o con descuento que se proporcionan

a las personas que cumplen con los criterios de Houston Healthcare para la asistencia financiera y no tienen capacidad de pagar todos o parte de los servicios médicamente necesarios prestados por el centro médico. La asistencia financiera incluye:

- **Atención médica gratuita:** la atención médica gratuita está disponible cuando los ingresos del grupo familiar del paciente y/o su garante son menores o iguales al 125 por ciento de las Directrices Federales de Pobreza actuales.
 - **Asistencia financiera con descuento:** la atención médica con descuento está disponible cuando los ingresos del grupo familiar del paciente y/o su garante son mayores del 125 por ciento y menores o iguales al 300 por ciento de las Directrices Federales de Pobreza actuales.
 - **Gastos médicos permitidos:** los gastos médicos incurridos dentro de los 90 días anteriores deben de ser mayores que el 15 % del ingreso anual del grupo familiar. La cualificación se determinará por medio de una solicitud de asistencia financiera, que debe completarse.
3. **Cargos brutos:** los cargos totales con las tarifas establecidas por la organización por la prestación de servicios de atención médica al paciente, antes de aplicar los descuentos.
 4. **Estados médicos de emergencia:** se definen en el significado de la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd).
 5. **Médicamente necesario:** servicios de atención médica que un médico proporcionaría a un paciente utilizando su juicio médico prudente con el fin de evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas:
 - a. de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica;
 - b. que son clínicamente adecuados en cuanto al tipo, frecuencia, alcance, sitio y duración y se consideran eficaces para la enfermedad, lesión o dolencia del paciente.

Para estos fines, "estándares generalmente aceptados de la práctica médica" significa:

- a. estándares basados en evidencia científica creíble publicada en literatura médica revisada por colegas, generalmente reconocida por la comunidad médica pertinente;
 - b. recomendaciones de la Physician Specialty Society (Sociedad de Médicos Especialistas);
 - c. los puntos de vista de los médicos que practican en el área clínica respectiva y
 - d. cualquier otro factor pertinente.
6. **Servicios elegibles:** los servicios elegibles de acuerdo con esta política incluyen: (1) servicios médicos de emergencia proporcionados en una sala de emergencias, (2) servicios no electivos proporcionados en respuesta a circunstancias potencialmente fatales en un ambiente que no sea una sala de emergencias y (3) otros servicios médicamente necesarios. Los servicios elegibles no incluyen los servicios electivos,

cosméticos o que no sean médicamente necesarios.

7. **Grupo familiar:** el grupo familiar consiste en el solicitante, el cónyuge y todos los dependientes legales, según lo permita el Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés). Si el solicitante es menor de edad o dependiente legal por fines de impuesto sobre la renta, el grupo familiar incluirá a el(los) padre(s), tutor(es) legal(es) o el contribuyente que reclame al paciente como un dependiente por fines de impuesto sobre la renta.
8. **Ingreso del grupo familiar:** el ingreso anual combinado de todos los miembros dentro del Grupo familiar, como se definió previamente, que incluye al paciente o al Garante. El ingreso anual combinado se calculará anualizando el ingreso documentado durante los últimos noventa (90) días consecutivos. Con el fin de determinar la elegibilidad financiera para obtener Asistencia financiera, el ingreso incluye todo el dinero recibido antes de impuestos de todas las fuentes, incluyendo, pero sin limitarse a, pagos por herencia, ingreso neto por rentas, pensión alimenticia, asignaciones para familia de militares, pensiones o planes de jubilación de empleados, pago por jubilación militar, pagos de veteranos, ingresos por empleo por cuenta propia, comisiones, pagos de Seguro Social, jubilación de trabajadores del ferrocarril, compensación por desempleo, seguro regular o pagos de rentas vitalicias, ingreso por intereses, pensiones privadas, beneficios por compensación de trabajadores lesionados y salarios por empleo. El Hospital requerirá que se presente la documentación de respaldo con la solicitud en papel. Los ingresos no incluyen Medicare, Medicaid, cupones para alimentos, fondos de asistencia por gastos de calefacción, almuerzos escolares o asistencia para vivienda, parte del seguro médico pagado por el empleador o sindicato u otros beneficios adicionales de empleo, alimentos o vivienda recibidos en lugar de salarios, préstamos, asistencia con base en las necesidades por parte de organizaciones sin fines de lucro, pago por manutención de menores o cuidado temporal o asistencia en caso de desastres.
9. **Gastos médicos permitidos:** las facturas médicas totales del grupo familiar que calificarían como gastos médicos deducibles con propósitos de impuesto sobre la renta Federal, sin importar si los gastos superan el umbral requerido de IRS para tomar la deducción en que se ha incurrido en los últimos noventa (90) días antes del servicio en Houston Healthcare. Se pueden incluir las facturas pagadas y no pagadas.
10. **Copagos, coaseguro y deducibles:** el monto determinado por la póliza de seguro del paciente, que debe pagar el paciente o su garante. Por lo general este monto es un pago que debe realizar el paciente o el garante como requisito contractual.
11. **Garante:** una persona que no sea el paciente que es responsable del pago de la factura del paciente.
12. **Responsabilidad del paciente:** la responsabilidad del paciente es el monto que adeuda el paciente y/o el garante después de la aplicación de todos los beneficios del seguro. Si la persona es un paciente que paga el 100 % de su bolsillo y no califica para recibir asistencia financiera, entonces es el saldo total.

13. Porcentaje de los Montos Generalmente Facturados (AGB): el porcentaje del reembolso bruto de Medicare dividido entre el total de cargos permitidos de acuerdo con el Reporte Estadístico y de Reembolso del Proveedor (Provider Statistical and Reimbursement Report, PS&R) publicado por Medicare. Cada año el 1 de enero se calcula un porcentaje AGB por los servicios de pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios, utilizando los reclamos pagados del período anterior de doce (12) meses. Los porcentajes AGB calculados se actualizan el 1 de febrero de cada año y permanecen vigentes hasta el 31 de enero del siguiente año calendario. Los porcentajes AGB de los servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios en Houston Medical Center y Perry Hospital son los siguientes:

- a. Servicios para pacientes hospitalizados de Houston Medical Center: 34.55 %
- b. Servicios para pacientes ambulatorios de Houston Medical Center: 20.52 %
- c. Servicios para pacientes hospitalizados de Perry Hospital: 32.30 %
- d. Servicios para pacientes ambulatorios de Perry Hospital: 19.25 %

14. Montos Generalmente Facturados (AGB): la cantidad que se cobra a todos los pacientes que cumplen con los criterios de elegibilidad de acuerdo con esta política antes de la aplicación de descuentos. Los Montos Generalmente Facturados (AGB) se calculan multiplicando los cargos brutos de cualquier servicio elegible por el porcentaje AGB correspondiente, como se definió anteriormente.

15. Medidas de Cobranza Extraordinaria (ECA): medidas que se pueden tomar en relación con la obtención de un pago por los servicios prestados, que incluyen los siguientes:

- a. Vender la deuda de una persona a un tercero, a menos que el comprador tenga prohibido participar en cualquier ECA para obtener un pago, tenga prohibido cobrar intereses en exceso, de conformidad con la sección 6621(a)(2) de IRC en el momento de la venta de la deuda, la deuda sea recuperable tras la determinación de que la persona es elegible para recibir asistencia financiera y la persona no pague o no tenga obligación de pagar al comprador y HHC en conjunto más de lo que tiene la responsabilidad de pagar de acuerdo con esta política de asistencia financiera.
- b. Denunciar información adversa sobre la persona a las agencias de informes de crédito de los consumidores o a las oficinas de créditos.
- c. Diferir, denegar o solicitar el pago antes de prestar la atención médicamente necesaria por falta de pago de una o más facturas de atención médica proporcionada anteriormente.
- d. Acciones que requieran un proceso legal o judicial, que incluyen, pero no se limitan a:
 - i. La colocación de un derecho de retención sobre la propiedad de una persona con excepción de cualquier derecho de retención que HHC tenga la facultad de hacer valer de acuerdo con la ley estatal sobre el producto de

- una resolución, transacción o compromiso de deuda a una persona como resultado de lesiones personales por las que se proporcionó la atención;
- ii. Ejecución de bienes inmuebles de una persona;
- iii. Adherirse o apoderarse de la cuenta bancaria de una persona o cualquier otra propiedad personal;
- iv. Iniciar una acción civil contra una persona y
- v. Embargar el salario de una persona.

Criterios de elegibilidad para recibir asistencia financiera

La asistencia financiera con atención médica gratuita o con descuento se aplica solo a los servicios elegibles, según se define en esta política. Un paciente que califica para recibir asistencia financiera de acuerdo con esta política es elegible para recibir descuentos en los copagos, el coaseguro, los deducibles y los cargos brutos atribuibles a los beneficios y/o días agotados. Los descuentos de la asistencia financiera no se aplican a ningún monto recibido o pagadero de una compañía de seguros por los servicios elegibles. El monto máximo que pagará un paciente es el AGB, según se define en esta política.

La asistencia financiera aprobada será aplicable únicamente a los cargos de Houston Healthcare. Houston Healthcare no puede hacer ningún tipo de convenio financiero por los cargos de cualquier consultorio médico privado, como los siguientes consultorios médicos que ofrecen servicios en Houston Healthcare:

1. Hospitalistas: IN Compass Health, Inc.
2. Radiólogos: Houston Radiology, LLC – d/b/a Universal Radiology
3. Anestesiólogos: Robins Anesthesia Services, LLC
4. Patólogos: Southeastern Pathology Associates of Central Georgia, P.C.
5. Médicos de sala de emergencias: Houston County Emergency Group, LLC – d/b/a ApolloMD

Los pacientes deben hacer los convenios de pago directamente con estos consultorios médicos.

Houston Healthcare ayudará al paciente a calificar para recibir cualquier beneficio de Medicaid del estado de Georgia o del Seguro Social (SSI). Houston Healthcare utiliza los servicios de proveedores externos para ayudar a los pacientes a obtener estos beneficios.

Los montos facturados a los pacientes aprobados para recibir asistencia financiera de acuerdo con esta política se deben basar en el AGB, según se define en esta política. No se espera que los pacientes paguen los cargos brutos. Cuando Houston Healthcare haya determinado que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera, el paciente no debe recibir en el futuro ninguna factura basada en los cargos brutos sin descuento por el episodio de atención en el cual se presentó la solicitud de asistencia financiera y cualquier cobro en exceso se reembolsará al paciente y/o a su garante. Se notificará al paciente los montos adeudados correctos.

Un paciente puede calificar para recibir asistencia financiera por elegibilidad presuntiva utilizando análisis predictivos, que utilizan información disponible al público proporcionada por oficinas de créditos, datos de censos de EE. UU., el Servicio Postal de EE. UU., bases de datos

de seguros, registros públicos estatales y locales, bases de datos de compañías de teléfonos y las páginas amarillas del directorio telefónico, o mediante la compleción de una solicitud de asistencia financiera de Houston Healthcare.

Un paciente puede calificar para recibir asistencia financiera, de acuerdo con esta política, si él o ella cumple con uno de los siguientes criterios:

- **Elegibilidad presuntiva:** antes de la emisión del primer estado de cuenta de facturación posterior al alta se revisarán las cuentas de todos los pacientes *sin seguro médico* utilizando análisis predictivo para calcular el ingreso del grupo familiar del paciente/garante. Si el ingreso del grupo familiar calculado es igual o menor del 125 % de las Directrices Federales de Pobreza, no se le pedirá al paciente que pague su atención médica.
- **Ingreso:** se requiere completar una solicitud de asistencia financiera de Houston Healthcare para poder calificar para recibir la asistencia financiera basada en el ingreso. El ingreso del grupo familiar, según se define en esta política, debe ser menor o igual al 300 % de las Directrices Federales de Pobreza para poder ser elegible para recibir cualquier descuento de la asistencia financiera. Si se cumple el criterio de ingreso, se aplicarán todos los descuentos al AGB para los pacientes aprobados con base en el ingreso del grupo familiar, según el siguiente cuadro:

Ingreso del grupo familiar	Monto máximo que la persona tiene responsabilidad de pagar
Menor o igual al 125 % de las Directrices Federales de Pobreza	\$0.00
Mayor del 125 %, pero menor o igual al 200 % de las Directrices Federales de Pobreza	El monto menor, \$150.00 o AGB
Mayor del 200 %, pero menor o igual al 225 % de las Directrices Federales de Pobreza	El monto mayor, \$150.00 o 15 % de AGB, a menos que el AGB sea menor de \$150.00, entonces, AGB.
Mayor del 225 %, pero menor o igual al 250 % de las Directrices Federales de Pobreza	El monto mayor, \$150.00 o 30 % de AGB, a menos que el AGB sea menor de \$150.00, entonces, AGB.
Mayor del 250 %, pero menor o igual al 275 % de las Directrices Federales de Pobreza	El monto mayor, \$150.00 o 45 % de AGB, a menos

Ingreso del grupo familiar	Monto máximo que la persona tiene responsabilidad de pagar
	que el AGB sea menor de \$150.00, entonces, AGB.
Mayor del 275 %, pero menor o igual al 300 % de las Directrices Federales de Pobreza	El monto mayor, \$150.00 o 60 % de AGB, a menos que el AGB sea menor de \$150.00, entonces, AGB.

- Gasto:** se requiere completar una solicitud de asistencia financiera de Houston Healthcare para poder calificar para recibir la asistencia financiera basada en el gasto. Los pacientes no elegibles para recibir la asistencia financiera basada en el ingreso pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera si sus gastos médicos permitidos se han agotado o se consumirá una parte significativa del ingreso del grupo familiar. Para calificar para recibir la asistencia financiera basada en los gastos, los gastos médicos permitidos, como se definen en esta política, deben ser mayores del 15 % del ingreso del grupo familiar. A los pacientes que califican para recibir asistencia financiera basada en el criterio de gastos se les facturará el monto menor, 15 % del ingreso del grupo familiar o el AGB. Para calificar con base en los gastos, se debe completar una solicitud de asistencia financiera, como se describe a continuación.

Directrices para solicitud de Asistencia financiera:

Todas las solicitudes de asistencia financiera se deben enviar utilizando la solicitud de asistencia financiera de Houston Healthcare. La solicitud se debe completar en su totalidad y con toda la documentación de respaldo adjunta a la solicitud.

- Esta política describe la manera en que los pacientes serán notificados respecto a la asistencia financiera disponible y esta política. El período de notificación finaliza el día 120 después de que Houston Healthcare emita el primer estado de cuenta al paciente después del alta. Si al final de este período de 120 días el paciente no ha presentado una solicitud de asistencia financiera, Houston Healthcare puede iniciar las acciones de cobro contra el paciente. El período de solicitud durante el cual Houston Healthcare aceptará y procesará una solicitud de asistencia financiera finaliza en el día 240 después de que Houston Healthcare emita el primer estado de cuenta al paciente después del alta.
- El Solicitante debe enviar la siguiente documentación de respaldo, si aplica, con una solicitud completa:

- i. Prueba de ingresos: formulario IRS W-2, la declaración de impuesto sobre la renta más reciente, codos de pago que cubran los últimos 90 días consecutivos a partir de la fecha de solicitud, prueba de Seguro Social, recibos de desempleo, ingresos por inversiones, pensión alimenticia, compensación de trabajadores lesionados, ingresos por rentas/comisiones, ingresos por jubilación y cualquier otra documentación que respalde el ingreso de la familia, según se define en la política de asistencia financiera.
 - ii. Información sobre estados de cuenta de cuenta corriente y de ahorros de los tres últimos meses.
 - iii. Si el ingreso anual de la familia ha disminuido un 10% o más con respecto a la declaración de impuesto sobre la renta más reciente, el solicitante debe enviar una explicación por escrito sobre la disminución en el ingreso familiar anual.
 - iv. Comprobante de gastos médicos permitidos: todos los detalles de los gastos médicos incurridos durante los últimos 90 días.
 - v. Carta de denegación de desempleo.
 - vi. Cualquier documento adicional que el solicitante considere necesario para respaldar su solicitud de asistencia financiera.
3. Falsificar la información en la solicitud será fundamento para denegar o revocar la asistencia financiera. La falsificación de información incluye, pero no se limita a, no declarar sus bienes.
4. El solicitante debe identificar todas las fuentes de pago conocidas de terceros por los servicios prestados. El solicitante debe cooperar con Houston Healthcare en la presentación de reclamos y cobro de reembolsos de todas las fuentes de pago de terceros. No cooperar será motivo para denegar la Asistencia financiera.
5. El solicitante deberá cooperar en la solicitud de Asistencia financiera de otras fuentes, como Medicaid y otros programas. No cooperar será motivo para denegar la Asistencia financiera.

Procedimientos para obtener asistencia financiera:

1. En el momento del registro, a cada paciente se le ofrecerá una copia escrita gratuita del resumen de esta política en lenguaje sencillo.
2. Hay un consejero financiero disponible para hablar sobre el programa de asistencia financiera que ofrece Houston Healthcare con el paciente o el representante nombrado por el paciente. Se puede obtener una copia escrita gratuita de la Política de asistencia financiera y de la solicitud de asistencia financiera por medio del consejero financiero. A

solicitud del paciente o de su representante nombrado, el consejero financiero ayudará al paciente a iniciar la solicitud de asistencia financiera.

3. Puede comunicarse con el consejero financiero por correo electrónico a hfc-financialcounseling@hfc.org, por teléfono, llamando al (478) 329-3456 o en persona en la oficina de Servicios Financieros para los Pacientes, ubicada en 233 North Houston Road, Suite 230, Warner Robins, GA 31093.
4. Houston Healthcare ayudará, a solicitud, a los pacientes para obtener la cobertura de los programas de asistencia estatales, locales, federales o comunitarios.
5. Al recibir una solicitud, el consejero financiero la revisará para confirmar que esté completa e incluya toda la documentación de respaldo. Si se determina que la Solicitud está incompleta, Houston Healthcare realizará las siguientes acciones:
 - a. Suspender cualquier acción de cobro en contra del paciente/Garante.
 - b. Proporcionar al paciente un aviso por escrito que describa la información o documentación adicional que el paciente debe enviar para completar su Solicitud.
 - c. Proporcionar al paciente por lo menos un aviso por escrito que informe al paciente/garante acerca de las acciones de cobro incluyendo cualquier medida de cobranza extraordinaria que se puede iniciar o reanudar, si la Solicitud no se completa o si no se paga el monto adeudado en la fecha límite para completar la Solicitud, que no será antes de 30 días de la fecha del aviso.
 - d. Si no se envía toda la documentación de respaldo o no se paga el monto adeudado en un plazo de 30 días del aviso escrito como se describe en el párrafo anterior, se denegará la solicitud de asistencia financiera y la cuenta permanecerá en el ciclo de cobro. Se puede enviar una nueva solicitud, si la fecha de la solicitud se encuentra en los siguientes 240 días después de que Houston Healthcare emitiera el primer estado de cuenta al paciente después del alta.
6. Después de que se haya recibido y revisado una solicitud completa, el consejero financiero hará una recomendación de aprobación o denegación sobre la solicitud. La solicitud se les da a las personas idóneas con base en el saldo de la cuenta y en el monto de descuento de asistencia financiera solicitado para aprobación. Houston Healthcare comunicará una decisión en no más de cinco (5) días hábiles a partir de la recepción de la Solicitud de Asistencia financiera completa.
7. La autoridad de aprobación de la asistencia financiera es la siguiente:

Monto de descuento	Aprobación requerida
Cargos brutos menores o iguales a \$20,000	Gerente de Consejería Financiera
Cargos brutos superiores a \$20,000, pero menores o iguales a \$50,000	Director de Ciclo de Ingresos

Cargos brutos superiores a \$50,000, pero menores o iguales a \$100,000.	Director de Finanzas
Cargos brutos superiores a \$100,000	Director Financiero

8. El paciente será notificado por escrito acerca de la decisión de Houston Healthcare para proporcionar Asistencia financiera.

Prácticas y políticas de cobro

Los pacientes recibirán cuatro estados de cuenta y varias llamadas telefónicas solicitando el pago completo o la realización de convenios de pago.

Estados de cuenta:

1. Inicial:
 - a. En general los pacientes recibirán un estado de cuenta de los servicios prestados en un plazo de cuarenta y cinco (45) días después del alta de tratamiento como paciente hospitalizado o ambulatorio (excepto las visitas recurrentes).
 - b. Los pacientes que tienen visitas recurrentes por lo general recibirán una factura por los servicios prestados del mes anterior, dentro de un mes.
2. Estados de cuenta subsiguientes:
 - a. El segundo estado de cuenta se emitirá treinta (30) días después del estado de cuenta inicial.
 - b. El tercer estado de cuenta se emitirá sesenta (60) días después del estado de cuenta inicial.
 - c. El cuarto estado de cuenta se emitirá noventa (90) días después del estado de cuenta inicial, solicitando el pago completo al recibirlo. Este estado de cuenta notificará al paciente que su cuenta se reflejará como una deuda incobrable y se remitirá a una agencia de cobros externa, si no se recibe el pago completo en un plazo de treinta (30) días calendario a partir de la fecha del estado de cuenta. La notificación especificará los esfuerzos de cobro que se pueden hacer si el paciente no hace el pago completo o no completa una solicitud de asistencia financiera.
 - d. Ciento veinticinco (125) días después del estado de cuenta inicial se anotarán estas cuentas como ajuste de cuentas incobrables y serán enviadas a una agencia de cobros externa.
3. Todos los estados de cuenta incluirán texto que informe al receptor sobre la disponibilidad de la asistencia financiera y un número de teléfono y la dirección del sitio web para obtener información adicional.

Llamadas telefónicas: veintiún (21) días después del estado de cuenta inicial, el paciente puede empezar a recibir varias llamadas telefónicas solicitando el pago completo o que realice un convenio de pago.

Uso de una agencia de cobros externa: cuando un paciente y/o su garante incumplan con el pago

de la responsabilidad del paciente, la cuenta se remitirá a una agencia de cobros externa. El Gerente de la Oficina Comercial será el responsable de asegurar que Houston Healthcare haya realizado los esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera, ante de enviar su cuenta a una agencia de cobros.

Medidas de Cobranza Extraordinaria (ECA): al paciente y/o al garante se les debe proporcionar un aviso escrito al menos treinta (30) días antes de tomar las ECA. El aviso escrito debe incluir un resumen en lenguaje sencillo de esta política de asistencia financiera, notificación de cualquier ECA que se puede iniciar contra el paciente y/o el garante y la fecha después de la cual se iniciarán las ECA. Se intentará proporcionar notificación oral al paciente o al garante por teléfono antes de iniciar cualquier ECA. La notificación oral informará al paciente o al garante sobre la Política de Asistencia Financiera y cómo obtener ayuda con el proceso de solicitud de asistencia financiera.

Acciones legales: se puede iniciar acciones legales contra el paciente y/o el garante si incumplen con el pago a Houston Healthcare. Las acciones legales pueden incluir:

- La colocación de un derecho de retención sobre la propiedad de una persona. Sin embargo, cualquier derecho de retención que HHC tenga la facultad de hacer valer de acuerdo la ley estatal sobre el producto de una resolución, transacción o compromiso de deuda a una persona como resultado de lesiones personales por las que se proporcionó la atención no es una ECA.
- Ejecución de bienes inmuebles de una persona;
- Adherirse o apoderarse de la cuenta bancaria de una persona o cualquier otra propiedad personal;
- Iniciar una acción civil contra una persona y
- Embargar el salario de una persona.

Todas las medidas legales tomadas por una agencia de cobros en nombre de Houston Healthcare deben someterse antes a revisión y aprobación de Houston Healthcare.

Houston Healthcare o cualquier agencia de cobros que trabaje en nombre de Houston Healthcare no debe intentar hacer valer un derecho de retención por resolución, ya sea por embargo y venta o de otra manera por el alguacil, en una residencia principal, buscar un procedimiento de quiebra involuntaria contra un paciente y/o su garante, ni tomar medidas que puedan ocasionar la emisión de una orden de arresto (una orden emitida por un juez o un tribunal para el arresto de una persona). Sin embargo, Houston Healthcare puede intentar obtener las órdenes de un tribunal correspondientes, para un paciente/deudor declarado en juicio que no responda a la presentación de pruebas posterior al juicio, según lo requiere la ley. Vea el Official Code of Georgia Annotated (Código Oficial Anotado de Georgia) secciones 9-11-69 y del Official Code of Georgia Annotated (Código Oficial Anotado de Georgia) secciones 9-11-37.

Opciones de pago

Se instará a los pacientes que paguen sus cuentas completas utilizando una de las siguientes opciones.

1. Pago completo mediante cheque, giro bancario, tarjeta de crédito (incluidas las tarjetas de HSA o FSA)
2. Plan de pago a plazo largo: los pacientes que tengan un saldo igual o mayor de \$200.00 pueden establecer un plan de pagos a plazo largo. El paciente debe solicitar un plan de pago a largo plazo. Se aplicarán las siguientes directrices de pago:

Patient Balance Minimum	Patient Balance Maximum	Repayment Term (Months)	Monthly Payment for Low Balance	Monthly Payment for High Balance
\$100	\$149	2	\$74.50	
\$150	\$299	2-3	\$99.67	\$149.50
\$300	\$499	3-4	\$124.75	\$166.33
\$500	\$2,000	12	\$50.00	\$166.67
\$2,000.01	\$5,000	24	\$83.33	\$208.33
\$5,000.01	\$9,000	36	\$138.89	\$250.00
\$9,000.01	\$12,000	48	\$187.50	\$250.00

Proceso de apelación

Los pacientes a quienes se negó la asistencia financiera pueden apelar la determinación poniéndose en contacto con la Oficina Comercial por correo, en un plazo de 30 días a partir de la notificación:

Houston Healthcare
 Attn: Director of Revenue Cycle
 P. O. Box 2886
 Warner Robins, GA 31099

El Director de Ciclo de Ingresos revisará todas las apelaciones.