

---

**DEPARTAMENTO: FACTURACIÓN**

---

**ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA**

**ATENCIÓN DE BENEFICENCIA Y SIN COBERTURA DE SEGURO  
MÉDICO POR BAJOS INGRESOS/PERSONAS SUBASEGURADAS**

**CRUZADO:**

**N.º DE POLÍTICA:** \_\_\_\_\_

**Nº DE PÁGINA: 1 DE 16**

**VIGENTE A PARTIR DE:** \_\_\_\_\_

**REVISADO:** 2/16,3/17,10/22

**APROBADO:**

---

**POLÍTICA:**

South Lyon Medical Center (SLMC) proporcionará, sin excepción, atención para el estado médico de emergencia a todos los pacientes que buscan dicha atención, independientemente de su capacidad de pago o de calificar para la ayuda financiera, de acuerdo con los requisitos de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA). Los otros servicios que no cumplan con el estándar de estado médico de emergencia serán evaluados según sea el caso. La declaración de la misión de South Lyon Medical Center, "proporcionar acceso de calidad a los servicios de atención médica necesarios para la comunidad", refleja la responsabilidad social de South Lyon Medical Center con las comunidades en las cuales estamos ubicados. Proporcionar atención de beneficencia (ayuda financiera) a las personas sin cobertura de seguro médico de bajos ingresos/personas subaseguradas, junto con otros servicios de beneficio comunitario, es evidencia importante del cumplimiento de la misión de South Lyon Medical Center. Es de gran importancia que la determinación, generación de informes y seguimiento de la atención de beneficencia estén en coordinación con nuestra obligación comunitaria y misión no lucrativa.

La atención de beneficencia parcial o total se basará en la capacidad de la persona de pagar según lo definido por las Directrices federales de ingresos de pobreza y la escala variable que se adjunta. La confidencialidad de la información y la dignidad de la persona se mantendrán para todos los que buscan servicios de beneficencia. El manejo de la información médica personal cumplirá todos los requisitos de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).

Esta política junto con los procedimientos de implementación individualizados se usarán por parte de todas las ubicaciones y todos los proveedores que facturen por los servicios proporcionados por SLMC. Cualquier modificación debe aprobarse por escrito por parte de la Administración de SLMC y la Junta Directiva de SLMC. Lo más pronto posible se tomará una decisión sobre la elegibilidad después de la recepción de la solicitud llena. Cualquier descuento de tarifa variable se aplicará a los cargos hasta 240 días a partir de la primera factura del paciente.

## DEFINICIONES

- AGB: cantidades que generalmente se facturan para la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria a las personas que tienen cobertura de seguro.
- ECA: acciones de cobro extraordinario que se define según la Regulación 501(r) como:
  - Vender la deuda de una persona a otra parte, sujeto a algunas excepciones
  - Reportar de forma adversa a las oficinas de crédito o agencias de generación de reportes de crédito
  - Aplazamiento, negación o requerimiento de pago previo a la provisión de atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de la atención proporcionada anteriormente
  - Acciones que requieren un proceso legal, incluyendo pero sin limitarse a:
    - Colocar un gravamen sobre una propiedad
    - Ejecutar la hipoteca en bienes inmuebles
    - Embargar o confiscar una cuenta bancaria u otra propiedad personal
    - Iniciar una acción civil contra una persona
    - Ocasionar el arresto de una persona
    - Hacer que una persona sea objeto de una orden judicial de embargo del organismo
    - Embargar los sueldos de una persona
- FAP: Política de ayuda financiera (Financial Assistance Policy)
- FPIG: Directrices federales de ingresos de pobreza (Federal Poverty Income Guidelines)
- SLMC: South Lyon Medical Center

## PROPÓSITO:

- El propósito de esta política es definir los criterios de elegibilidad y los requisitos para la Ayuda financiera de acuerdo con las regulaciones 501(r).
- Definición de la atención de beneficencia:
  - Un paciente con bajos ingresos es elegible para la consideración de Atención de beneficencia con base en la reunión de los criterios de elegibilidad de ingresos según lo establecido por la Escala variable de las Directrices federales de ingresos de pobreza (FPIG).
- La determinación final con relación a la elegibilidad para la atención de beneficencia para los pacientes que viajan fuera del área de servicio médico principal del hospital queda a discreción de la administración de SLMC. El área de servicio médico principal para South Lyon Medical Center según se define en la Evaluación de necesidades de salud comunitaria de SLMC consta de tres áreas de código postal: 89430 (Smith Valley), 89444 (Wellington) y 89447 (Yerington).

**PROCEDIMIENTO:**

- Criterios de elegibilidad:
  - Solicitud de atención de beneficencia: (Vea el Adjunto A):
    - Un paciente del hospital con bajos ingresos del área de servicio médico primario de SLMC que indica la falta de capacidad financiera para pagar una factura para un servicio médicamente necesario debe ser evaluado para la asistencia de atención de beneficencia.
    - La solicitud estándar se utilizará para documentar cada situación financiera completa del paciente. Esta solicitud está disponible en los idiomas principales del área de servicio de SLMC en inglés y en español.
    - Una vez se ha tomado una determinación, se enviará un formulario de notificación a cada solicitante donde se les notifique sobre la decisión de South Lyon Medical Center.
    - Se puede tomar en consideración el estado de empleo de un paciente cuando se evalúe el estado de atención de beneficencia así como también los pagos potenciales de la litigación y terceros pendientes según lo relacionado con el incidente de atención.
    - El monto y la frecuencia de las facturas del hospital también se tomarán en consideración.
    - Los datos usados para tomar una determinación con relación a la elegibilidad para la atención de beneficencia se verificarán hasta el punto en que sea práctico en relación con el monto involucrado.
    - Si SLMC determina que un paciente es elegible para un descuento con base en la información de terceros, el paciente será notificado con relación a la base de la determinación y el método a aplicar para un descuento más generoso.
  - Atención de beneficencia parcial: (Vea el Adjunto B):
    - La atención de beneficencia parcial se otorgará a los pacientes que ganen entre doscientos cincuenta por ciento (250%) de las Directrices federales de ingresos de pobreza (FPIG). Para estos pacientes, South Lyon Medical Center usará la escala de tarifas variables (adjunto B) y proporcionará un descuento de los cargos totales con base en el nivel de ingresos del solicitante.

## SOUTH LYON MEDICAL CENTER

**ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA**

**N.º DE PÁGINA: 4 DE 16**

- El descuento aplicado para los pacientes que ganan hasta un 250% de las Directrices federales de ingresos de pobreza (FPIG) más recientes será igual o mayor que los Montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB) para emergencias u otra atención médicamente necesaria para las personas que tienen una cobertura de seguro. SLMC determina AGB con base en todos los reclamos pagados a SLMC por parte de Medicare y las compañías aseguradoras de salud privadas (incluyendo los pagos por beneficiarios de Medicare o directamente por las personas aseguradas), durante un período de 12 meses, dividido entre los cargos brutos asociados para esos reclamos (Método de cálculo retroactivo). Los pacientes pueden pedir por escrito el porcentaje actual de AGB. El descuento se aplicará a los pacientes que completen el proceso de solicitud y cumplan con los criterios:

| Ingresos familiares como un porcentaje de FPIG | Descuento de los cargos brutos |
|--|--------------------------------|
| >171% - 250%                                   | 55%                            |
| >100% - 170%                                   | 75%                            |
| ≤100%  | 100%                           |

- **Calificación de gastos para el descuento de atención de beneficencia catastrófica que no están sujetos a las Directrices federales de ingresos de pobreza:**
  - Los Gastos médicos permitidos del paciente deben superar el 30 por ciento de sus Ingresos familiares determinados como se indica a continuación:
    - El Hospital multiplicará los Ingresos familiares según lo determinado en la sección de Definición de ingresos por el treinta por ciento (30%).
    - SLMC determinará los gastos médicos permitidos del paciente como atención por emergencias y otra atención médicamente necesaria. Pueden ser elegibles otros servicios médicos para la ayuda financiera según lo determinado por la administración de SLMC.
    - El Hospital comparará el treinta por ciento (30%) de los Ingresos familiares según lo determinado en la sección de Definición de los ingresos, con el monto total de los Gastos médicos permitidos del paciente. Si el total de Gastos médicos permitidos es mayor que el treinta por ciento (30%) de los Ingresos familiares, entonces el paciente cumple con la calificación de Atención de beneficencia catastrófica. El Hospital restará el treinta por ciento (30%) de los Ingresos familiares de los gastos médicos permitidos para determinar el monto por el cual los gastos médicos permitidos superan los ingresos disponibles; este monto es entonces el elegible para una exoneración de atención de beneficencia.

- **Período de elegibilidad:**
  - El período de elegibilidad es de doce (12) meses a partir de la fecha de la determinación de elegibilidad inicial, a menos que durante el curso de ese tiempo el estado de seguro o de Ingresos familiares del paciente cambie hasta el grado que el paciente ya no sea elegible. Los descuentos de beneficencia se aplicarán a la atención adicional de emergencia y a otras atenciones médicamente necesarias que proporciona el hospital para un período de doce (12) meses. La elegibilidad se revisará dos veces al año para determinación y precisión.
  
- **Vencimiento del descuento:**
  - El descuento de beneficencia estará en vigencia a partir de la fecha de la aprobación (no envío) de la solicitud y vencerá después de trescientos sesenta y cinco (365) días. El solicitante tendrá entonces que volver a solicitar el descuento con el fin de extender el período de elegibilidad para unos doce (12) meses adicionales. La administración se reserva el derecho de facturar (con o sin un descuento) cualquier cargo que pueda acumularse entre las solicitudes subsecuentes y la aprobación.
  
- **Subsidios retrospectivos:**
  - Los descuentos de beneficencia aplicarán a los pacientes con cuentas que presenten solicitudes y sean aprobados por cumplir con FPIG en un plazo de 240 días después de la primera facturación de paciente. Esto aplica a las cuentas enviadas a una agencia externa para propósitos de cobro dentro de este límite de tiempo.

- Pacientes sin hogar:
  - Los pacientes de la Sala de emergencias sin una fuente de pago pueden ser clasificados como casos de beneficencia si no tienen un trabajo, dirección de correo, residencia o seguro. Debe darse consideración también a la clasificación de pacientes atendidos solo en la Sala de emergencias que no proporcionen información adecuada con lo referente a su estado financiero. En muchos casos, estos pacientes no tienen hogar y tienen pocos recursos para cubrir el costo de sus atenciones médicas y, por lo tanto, recibirán el descuento más alto de beneficencia.
- Agencia de cobro:
  - Todas las cuentas incluyendo aquellas enviadas a las agencias de cobro deben cumplir con los requisitos de 501(r) con relación a las Acciones de cobro extraordinario (Extraordinary Collection Actions, ECA).
    - Ningún ECA será iniciado por lo menos 120 días después del primer estado de facturación posterior al alta mientras se determina si una persona es elegible según la FAP.

Antes de participar en ECA, SLMC y sus designados:

- Notificarán a la persona por medio de una notificación por escrito indicando que está disponible la ayuda financiera
- Proporcionarán un resumen en lenguaje sencillo de la FAP
- Realizarán una iniciativa razonable para notificar oralmente a la persona sobre la FAP
- Estas iniciativas se completarán, por lo menos, 30 días antes de iniciar las ECA
- Si una agencia de cobro identifica un paciente que cumple con los criterios de elegibilidad de atención de beneficencia del hospital, sus cuentas de paciente pueden considerarse como atención de beneficencia, incluso si originalmente se clasificaron como una deuda incobrable.
- Las cuentas de pacientes de la agencia de cobros que cumplan con los criterios de atención de beneficencia serán devueltas a la oficina de facturación del hospital y revisadas para la elegibilidad de atención de beneficencia y SLMC hará lo siguiente:
  - Todas las ECA serán suspendidas.
  - Se realizará una determinación de la elegible según la FAP y si el paciente es elegible para un descuento
    - SLMC le proporcionará un estado de cuenta de facturación revisado.
    - SLMC reembolsará cualquier pago en exceso de la responsabilidad de paciente con descuento.
    - SLMC tomará todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA.
    - Si la solicitud está incompleta, SLMC enviará una notificación escrita al solicitante donde se describa la información necesaria para completar el proceso de solicitud.

- Circunstancias especiales:
  - Los pacientes fallecidos sin una cobertura por parte del estado o de terceros serán elegibles para la beneficencia.
  - Los pacientes que estén en bancarrota o que recientemente hayan salido de la bancarrota serán elegibles para la beneficencia.
- Asistencia gubernamental:
  - Al determinar si cada persona califica para atención de beneficencia, también deben tomarse en consideración otros programas de asistencia gubernamental o del condado. Muchos de los solicitantes no están conscientes de que pueden ser elegibles para asistencia como Medicaid, Nevada Check Up, Víctimas de delitos (Victims of Crime), Fondos para accidentes de indigentes (Indigent Accident Fund) o asistencia pública local/estatal.
  - La entidad debe ayudar a las personas a determinar si son elegibles para cualquier programa gubernamental u otra asistencia.
  - A las personas elegibles para programas como Medicaid pero cuyo estado de elegibilidad no está establecido para el período durante el cual se prestaron los servicios médicos, pueden otorgárseles atención de beneficencia para esos servicios. Una entidad puede exigir que el paciente solicite asistencia de programas gubernamentales antes de recibir la atención de beneficencia. Esto puede ser prudente, especialmente si el paciente determinado necesita de servicios continuos.
- Requisitos de tiempo para la determinación:
  - Aunque es deseable determinar el monto de la atención de beneficencia para el cual es elegible el paciente tan cerca del tiempo de servicio como sea posible, no hay un límite estricto de tiempo sobre cuándo se realiza la determinación. En algunos casos, la elegibilidad es fácilmente aparente y se puede realizar una determinación antes, en o pronto después de la fecha del servicio. En otros casos, puede ser necesario tomar investigaciones para determinar la elegibilidad, particularmente cuando el paciente tiene capacidades limitadas o la voluntad de proporcionar la información necesaria.
  - Deben llevarse a cabo todas las iniciativas para determinar la elegibilidad de un paciente para la atención de beneficencia. En algunos casos, un paciente elegible para la atención de beneficencia no se puede identificar previo al inicio de la acción de cobro externo. De acuerdo con esto, las agencias de cobros de South Lyon Medical Center deben estar conscientes de la política sobre la atención de beneficencia y comunicar la disponibilidad de la FAP y el proceso a los pacientes.

## SOUTH LYON MEDICAL CENTER

**ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA**

**N.º DE PÁGINA: 8 DE 16**

- Una vez se establece la determinación, el cliente debe notificar al centro sobre cualquier cambio en los ingresos, del tamaño de la familia en un plazo de diez (10) días y será necesario que los clientes envíen una nueva solicitud.
- Definición de los ingresos:
  - Los ingresos familiares anuales previo a los impuestos, menos los pagos realizados para la manutención infantil y pensión alimenticia serán calculados a partir de los formularios W-2, 1099, declaraciones fiscales del año anterior y la nómina y estados de cuenta bancarios actuales.
  - Un comprobante de ganancias se puede determinar anualizando los ingresos familiares del año a la fecha, tomando en consideración las tasas de ganancias actuales.
- Matriz de aprobación de quién puede otorgar las Exoneraciones de atención de beneficencia:
  - El CEO o el CFO pueden aprobar las exenciones de beneficencia. La transferencia de cualquier saldo restante después del ajuste de beneficencia para una agencia de cobro debe aprobarse por parte del Gerente de oficina comercial.



**SOLICITUD DE TARIFA DE ESCALA VARIABLE**

Una vez que envíe su solicitud para revisión y previa aprobación, puede ser elegible para un descuento que va desde el cincuenta y cinco por ciento (55%) hasta un noventa y cinco (95%) con base en el tamaño de su grupo familiar y los ingresos mensuales.

Si se aprueba, la cobertura aplicará a las consultas en las clínicas, consultas en la Sala de emergencias y servicios de radiología y pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios. Los solicitantes aprobados para este programa serán elegibles para un (1) año a partir de la fecha de la decisión.

Los solicitantes que sean aprobados son responsables de pagar sus porcentajes en el momento del servicio para la atención que no sea médicamente necesaria y no sea de emergencia o realizar arreglos con anticipación con el Consejero financiero.

Complete la siguiente solicitud y devuélvala con la siguiente documentación:

- Todo el dinero recibido en los últimos sesenta (60) días (comprobantes de pago, carta de asistencia del gobierno o copia del cheque o pagos por manutención infantil) para todos los miembros del grupo familiar.
- Copia de la última declaración de impuestos sobre la renta o carta que explique la razón por la cual no la presenta.
- Formularios W-2, 1099 para el año fiscal anterior.
- Identificación con fotografía para todos los adultos en el grupo familiar.

Deje que transcurran catorce (14) días para el procesamiento de la solicitud.

South Lyon Medical Center es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. South Lyon Medical Center se reserva el derecho de reenviar o denegar la aprobación de cualquier descuento si el solicitante envía a sabiendas y voluntariamente información que se identifica o se descubre que es ficticia.

Cualquier cambio en los ingresos o el tamaño de la familia debe reportarse en un plazo de diez (10) días.

Si tiene alguna pregunta con relación al programa, no dude en comunicarse con el Consejero financiero.

**SOUTH LYON MEDICAL CENTER**

**ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA**

**N.º DE PÁGINA: 10 DE 16**

**DECLARACIÓN DE LA CONDICIÓN FINANCIERA (Adjunto A)**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ CÓNYUGE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

N.º DE CUENTA \_\_\_\_\_ N.º DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

(PACIENTE) (CÓNYUGE)

**ESTADO DE LA FAMILIA: Incluya todos los dependientes, menores e incluso de dieciocho (18) años, estudiantes de tiempo completo o discapacitados.**

**Es posible que se necesite un comprobante de estudiante o discapacidad.**

| Nombre | Edad  | Relación |
|--------|-------|----------|
| _____  | _____ | _____    |
| _____  | _____ | _____    |
| _____  | _____ | _____    |
| _____  | _____ | _____    |

**EMPLEO Y OCUPACIÓN**

Empleador (o nombre comercial): \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

Persona de contacto y teléfono: \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

Persona de contacto y teléfono: \_\_\_\_\_

**INGRESOS MENSUALES ACTUALES**

Inicio: Pago bruto (previo a las deducciones) \_\_\_\_\_

Sumar: Ingresos de los negocios operativos (si es trabajador independiente) \_\_\_\_\_

Sumar: Otros ingresos: \_\_\_\_\_

Intereses y dividendos \_\_\_\_\_

De bienes raíces o bienes personales \_\_\_\_\_

Seguro Social \_\_\_\_\_

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Pensión alimenticia o manutención infantil recibida \_\_\_\_\_

**SOUTH LYON MEDICAL CENTER**

**ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA**

**N.º DE PÁGINA: 11 DE 16**

Restar: Pensión alimenticia, manutención infantil pagada (\_\_\_\_\_)

Es igual a: Ingresos mensuales actuales totales (sume el Ingreso del cónyuge + del paciente de arriba) \_\_\_\_\_

**TAMAÑO DE LA FAMILIA**

Total de miembros de la familia (sume el paciente, cónyuge y dependientes descritos anteriormente) \_\_\_\_\_

**Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades**

Al firmar este formulario, estoy de acuerdo en permitir que South Lyon Medical Center y sus representantes revisen mi historial crediticio y de empleos con el propósito de determinar mi elegibilidad para un descuento financiero. Comprendo que es posible que sea necesario que proporcione comprobantes de la información que proporcione.

\_\_\_\_\_  
(Firma del paciente o el garante)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma del cónyuge)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**SOUTH LYON MEDICAL CENTER**

**ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA**

**N.º DE PÁGINA: 12 DE 16**

**HOJA DE TRABAJO DE CÁLCULO DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ N.º de cuenta del paciente: \_\_\_\_\_

Circunstancias/consideraciones especiales:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|   | Sí                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Cuenta con seguro el paciente?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Es el paciente elegible para Medicare?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Es el paciente elegible para recibir beneficios de Medicaid?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Es elegible el paciente para otros programas gubernamentales (por ejemplo, Víctimas de delitos, etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿El paciente paga sus propias facturas médicas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Cálculo de ayuda financiera/beneficencia:**

Ingresos mensuales actuales combinados totales \$ \_\_\_\_\_

Tamaño de la familia (de la Declaración de la condición financiera) \_\_\_\_\_

Calificación para la Atención de beneficencia/ayuda financiera (encierre una en un círculo):

Total

Parcial

(Identifique usando la guía de elegibilidad)

Catastrófica

Sin elegibilidad

**Cálculo de exoneración de beneficencia parcial (complete esta sección únicamente si el paciente califica para la atención de beneficencia parcial):**

A. Total de cargos \$ \_\_\_\_\_

B. % de la tarifa de escala variable (Adjunto B) \_\_\_\_\_

C. Responsabilidad del paciente (Línea A por la Línea B) \$ \_\_\_\_\_

D. Monto de descuento (Línea A menos la Línea C) \$ \_\_\_\_\_

**Cálculo de exoneración de beneficencia catastrófica (complete la sección solo si el paciente califica para la beneficencia catastrófica sin):**

A. Responsabilidad del paciente \$ \_\_\_\_\_

B. Ingresos anuales \$ \_\_\_\_\_

C. Responsabilidad del paciente como porcentaje de los ingresos anuales \_\_\_\_\_%

D. ¿Es la Línea A dividida entre la Línea B mayor que .30 (30%)? Sí No

E. Si no es así, el paciente no es elegible para este tipo de exoneración \$0 \_\_\_\_\_

SOUTH LYON MEDICAL CENTER

**ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA**

**N.º DE PÁGINA: 13 DE 16**

F. Si es así, multiplique la Línea B por el 30% para identificar el monto de responsabilidad del paciente

\$ \_\_\_\_\_

G. Si es así, reste la Línea F de la Línea A para identificar el monto de exoneración

\$ \_\_\_\_\_

**Monto total de las exoneraciones de beneficencia recomendadas:**

\$ \_\_\_\_\_

Hoja de trabajo completada por: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Aprobado por: \_\_\_\_\_

**SOUTH LYON MEDICAL CENTER**

**ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA**

**N.º DE PÁGINA: 14 DE 16**

**AUTORIZADO PARA EXONERACIÓN DE BENEFICENCIA**

MATRIZ DE APROBACIÓN: a ser desarrollada por cada entidad de acuerdo con la composición departamental, niveles de administración y tamaño. Por ejemplo:

|  |                      |
|--|----------------------|
| Director General o Director Financiero | Mayor a los \$10,000 |
| Director General/Director Financiero   | Hasta \$10,000       |
| Director General/Director Financiero   | Hasta \$1,000        |

\_\_\_\_\_  
Firmas de aprobación

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**SOUTH LYON MEDICAL CENTER**

**ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA**

**N.º DE PÁGINA: 15 DE 16**

**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN PARA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA ATENCIÓN DE BENEFICENCIA**

South Lyon Medical Center ha llevado a cabo una determinación de elegibilidad para la atención de beneficencia para:

\_\_\_\_\_

| NOMBRE DEL PACIENTE | NÚMERO DE CUENTA | FECHAS DE SERVICIO |
|---------------------|------------------|--------------------|
|---------------------|------------------|--------------------|

La solicitud para la atención de beneficencia fue realizada por el paciente o en nombre del paciente el \_\_\_\_\_.

Esta determinación se completó el: \_\_\_\_\_.

Con base en la información proporcionada por el paciente o en nombre del paciente, se realizó la siguiente determinación:

\_\_\_\_\_ Su solicitud para la atención de beneficencia se aprobó para los servicios prestados el \_\_\_\_\_  
Después de presentar una solicitud para la reducción de atención de beneficencia, el monto adeudado es de \$ \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Su solicitud para la atención de beneficencia está pendiente de aprobación. Sin embargo, se necesita de la siguiente información antes de que se pueda aplicar cualquier ajuste a su cuenta:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Su solicitud para la atención de beneficencia se negó debido a:

**MOTIVO:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta sobre esta determinación, comuníquese con:

Consejero financiero 463-2301 ext. 6437