

	TÍTULO: Servicios Financieros a Pacientes POLÍTICA DE FACTURACIÓN COMPASIVA Y ASISTENCIA FINANCIERA (PAF)
MANUAL DE CONSULTA: Cuentas de Pacientes Manual de Política y Procedimientos	DISTRIBUCIÓN: Departmental
RECOMENDADO POR: Director de Servicios Financieros a Pacientes	APROBADO POR: VP de Finanzas y Director de Finanzas (CFO)
FECHA DE VIGENCIA: Enero de 2000	REVISADO: Agosto de 2008, Septiembre de 2015, Noviembre de 2015

POLÍTICA

El propósito de esta política es garantizar que todos los pacientes reciban los servicios básicos de emergencia y otros servicios de salud médicamente necesarios proporcionados por el hospital y cualquier otra entidad sustancialmente relacionada, independientemente de la capacidad de pago del paciente.

EN NINGÚN MOMENTO A NINGÚN PACIENTE SE LE NEGARÁ ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA NECESARIA SOBRE LA BASE DE SU CAPACIDAD DE PAGO O SU DISPOSICIÓN O CAPACIDAD PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN FINANCIERA.

Es política del Centro Médico **HackensackUMC** Palisades (el “Centro Médico”) ofrecer “facturación compasiva” a todos los miembros de la comunidad atendida por el Centro Médico, incluidos los pacientes que buscan servicios de emergencia y otros servicios de salud médicamente necesarios y que no tienen seguro, pacientes que tienen seguro pero no los cubren programas con la prestación de reembolso de gastos de atención médica, o cuyas obligaciones de copagos les presentan una dificultad económica y pacientes quienes son beneficiarios de seguros en los cuales el Centro Médico **HackensackUMC** Palisades se considera proveedor fuera de red.

Para servicios de emergencia u otros servicios de salud médicamente necesarios proporcionados y facturados por el Centro Médico **HackensackUMC** Palisades, la Política de Facturación Compasiva y Asistencia Financiera (“PAF”) solamente se aplica a servicios facturados por el Centro Médico **HackensackUMC** Palisades. Otros servicios que sean facturados por separado por otros proveedores, como los doctores, no son admisibles bajo la PAF. Los honorarios profesionales por tales servicios son necesariamente controladas por los médicos y sus consultorios, y los pacientes deben hacer arreglos financieros por separado con estos médicos y sus consultorios.

El Apéndice A contiene una lista de todos los proveedores distintos del establecimiento hospitalario mismo que proporcionan servicios de emergencia y otros servicios de salud médicamente necesarios en el establecimiento hospitalario, la cual especifica cuáles proveedores

están cubiertos por esta PAF. La lista de proveedores se revisará trimestralmente y se actualizará en caso necesario.

La PAF consta de políticas y procedimientos aplicados de manera uniforme y justa que (a) requieren que el Departamento de Servicios Financieros a Pacientes, a través de sus consejeros financieros, tome medidas para identificar a los pacientes no asegurados que son admisibles para recibir asistencia médica patrocinada o financiada por el gobierno federal o estatal y ayude a esos pacientes a obtener tal asistencia médica, (b) proporcionan descuentos en los cargos a pacientes no asegurados que no son admisibles para programas patrocinados o financiados por el gobierno federal o estatal pero que cumplen el criterio financiero y los requisitos de pago del centro médico, (c) proporcionan, sobre la base de honorarios por servicio o tarifa por caso, ciertos servicios no cubiertos normalmente por programas de terceros pagadores, o servicios no considerados médicamente necesarios cuyos honorarios y tarifas pueden representar descuentos en los cargos (d) permiten la reducción o dispensa de los copagos del paciente en casos de dificultad económica demostrada y (e) permiten la reducción o dispensa de los copagos del paciente por servicios prestados a pacientes que son beneficiarios de programas de terceros pagadores con respecto a los cuales el Centro Médico se considera proveedor fuera de red. Para obtener información adicional sírvase consultar los criterios señalados en la Política de Autopago.

El Centro Médico basa la admisibilidad de la persona en su situación en cuanto a seguro e ingreso familiar. La PAF del Centro Médico incluye el método para solicitar asistencia financiera.

PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN JUSTAS / ASISTENCIA CON LA PAF:

El Centro Médico facturará a pacientes o a terceros solamente por servicios prestados realmente. Se proporcionará ayuda a aquellas personas que tengan preguntas o a quienes no puedan terminar el proceso de solicitud por sí mismos. Quienes necesiten tal ayuda pueden visitar el Depto. de Servicios Financieros a Pacientes del Centro Médico **HackensackUMC** Palisades, 7600 River Road, North Bergen, NJ 07047 o pueden llamar al 201-854-5092.

SOLICITUD:

La PAF solamente se aplica a todos los servicios de emergencia u otros servicios de salud médicamente necesarios proporcionados y facturados por el Centro Médico **HackensackUMC** Palisades, incluidos los servicios hospitalarios y de consulta externa. La PAF no se aplica a otros servicios u honorarios profesionales cargados y cobrados por médicos, consultorios médicos u otros proveedores de servicios prestados en las instalaciones del Centro Médico, incluidos, por ejemplo, los servicios proporcionados por médicos de hospital, tales como radiólogos, anesthesiólogos, médicos del departamento de emergencias y patólogos. El Apéndice A contiene una lista de todos los proveedores distintos del establecimiento hospitalario mismo que proporcionan servicios de emergencia y otros servicios de salud médicamente necesarios en el establecimiento hospitalario, la cual especifica cuáles proveedores están cubiertos por esta PAF.

CÓMO SOLICITAR / DISPONIBILIDAD DE LOS MATERIALES:

La PAF, el Resumen en Lenguaje Simple (“RLS”) y el formulario de solicitud relacionado (la “Solicitud”) se expondrán visiblemente de la siguiente manera:

- Puede bajar los documentos del sitio web del Centro Médico **HackensackUMC** Palisades: <https://www.palisadesmedical.org>.

- Hay a la disponibilidad copias en papel de la PAF, de la solicitud y del RLS (Resumen en Lenguaje Simple) mediante petición por correo, sin ningún costo, en varias partes del centro médico, incluido el mostrador de registro principal, la sala de emergencias y el Departamento de Servicios Financieros a Pacientes.
- Puede pedir que le envíen por correo los documentos, llamando al Departamento de Servicios Financieros a Pacientes del Centro Médico al 201-854-5092.
- Mediante visita en persona (1.º piso – Recepción):
 - **HackensackUMC** Palisades
Patient Financial Services Department
7600 River Road
North Bergen, New Jersey 07047.
- Envíe o entregue en persona las solicitudes completas (con toda la documentación e información especificada en las instrucciones de la solicitud) a:
 - **HackensackUMC** Palisades
Patient Financial Services Department
7600 River Road
North Bergen, New Jersey 07047
- Se colocarán avisos o vitrinas en lugares públicos incluidos el mostrador de registro principal, la sala de emergencias y las oficinas del Depto. de Servicios Financieros a Pacientes, los cuales notificarán e informarán a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera.
- Se proporcionará a todos los pacientes un RLS como parte del proceso de registro o acceso del paciente.

Si un solicitante no dispone de cualquiera de los documentos probatorios del ingreso familiar, puede comunicarse con el Depto. de Servicios Financieros a Pacientes para hablar sobre otros documentos que pueda proporcionar para demostrar su admisibilidad para la asistencia financiera.

Todas las solicitudes deben completarse dentro de los primeros doce (12) meses posteriores a la expedición del estado de cuenta después del alta. Si el Centro Médico recibe una solicitud incompleta, se proporcionará por escrito un aviso al paciente, o a la persona financieramente responsable, indicando la información o documentación adicional necesaria a fin de determinar la admisibilidad del paciente bajo la PAF. Se darán al paciente, o a la persona financieramente responsable, lo que sea mayor de 30 días o el número de días restantes del período de aplicación (365 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta después del alta) para que presente una solicitud completa incluida cualquier información adicional solicitada por el Centro Médico **HackensackUMC** Palisades.

El Centro Médico también traduce a otros idiomas la PAF, la solicitud y el RLS resumen en lenguaje simple donde el idioma principal de los habitantes de la comunidad atendida por el centro médico representa un 5 por ciento o 1,000 personas, lo que sea menor, de la población de personas con probabilidad de que el Centro Médico afecte o entre en contacto con ellos. Las versiones traducidas de la PAF están a la disponibilidad mediante petición en persona en la dirección señalada arriba y en el sitio web del **HackensackUMC** Palisades, en www.palisadesmedical.org.

PROPÓSITOS:

Esta PAF tiene el objeto de ayudar a los pacientes a hacer frente a los obstáculos financieros que con frecuencia crean una barrera a los servicios de cuidado de la salud. La PAF se implementa mediante procedimientos que requieren la determinación de la admisibilidad de los pacientes para programas de asistencia médica patrocinados o financiados por el gobierno, incluidos los programas de Medicaid, Atención Médica Familiar (Family Care) y Atención Médica Caritativa (Charity Care), que proporcionan normas para honorarios y reducciones en ciertas circunstancias recurrentes, como servicios no cubiertos y prestaciones fuera de red, y que permiten reducciones en los honorarios en función de cada caso como respuesta a una dificultad económica razonablemente demostrada. En todos los casos, la PAF tiene el objeto de ofrecer oportunidades de que el Departamento de Servicios Financieros a Pacientes respete la necesidades de nuestra comunidad fomentando al mismo tiempo la necesidad del Centro Médico de ser fiscalmente responsable y de cumplir con todas las leyes federales y estatales relevantes.

ATENCIÓN MÉDICA CARITATIVA DE NJ (Charity Care):

Atención Médica Caritativa de New Jersey es un programa estatal a la disponibilidad de los habitantes de este estado que:

- No tienen cobertura de seguro médico o tienen cobertura que solamente paga parte de la factura;
- No califican para ninguna cobertura privada o gubernamental; y
- Cumplen los criterios de admisibilidad en cuanto a ingresos y activos establecidos por el estado.

Criterios adicionales necesarios de admisibilidad para Atención Médica Caritativa:

- Los pacientes serán evaluados para el programa Atención Médica Caritativa, el cual cubre 100% de los cargos en el caso de pacientes con menos del 200% del Nivel Federal de Pobreza (“NFP”) y cubre una parte de los cargos en el caso de pacientes con un ingreso familiar entre 200% y 300% del NFP. El derecho a atención médica gratuita o a cargos cubiertos parcialmente será determinado según la Estructura Tarifaria del Departamento de Salud de New Jersey.
- Los límites de admisibilidad para Atención Médica Caritativa son \$7,500 de activos individuales y \$15,000 de activos familiares.
- Para los propósitos de esta sección, todos los familiares cuyos activos deben considerarse son legalmente responsables según se define en N.J.A.C. 10:52-11.8(a).

Entre la documentación requerida según la Sección sobre Atención Médica Caritativa del Manual de Servicios Hospitalarios N.J.A.C. 10:52 está:

- Los debidos documentos de identificación del paciente y sus familiares. Pueden ser cualquiera de los siguientes: licencia de conducir, tarjeta de seguro social, tarjeta de residencia, acta de nacimiento, talón de cheque de paga, pasaporte, visa, etc.
- Prueba de residencia en el estado de New Jersey a la fecha del servicio (Nota: la atención médica de emergencia es una excepción al requisito de residencia). Puede ser cualquiera

de los siguientes documentos: licencia de conducir, tarjeta de elector, tarjeta de afiliación sindical, tarjeta de identificación de un plan de bienestar, tarjeta de identificación de estudiante, factura de servicio público, declaración de impuestos federales, declaración de impuestos estatales y estado de cuenta de prestaciones de desempleo.

- Prueba de ingreso bruto. Debe incluir la información requerida por el hospital para determinar el ingreso bruto del paciente (uno de los siguientes):
 - Ingreso bruto real de los 12 meses previos a los servicios.
 - Ingreso bruto real de los 3 meses previos a los servicios.
 - Ingreso bruto real del mes previo a los servicios.
- Prueba de activos a la fecha del servicio. Estos son cosas que pueden convertirse fácilmente a efectivo.

Si no se reporta ingreso familiar, se requerirá información en cuanto a la forma en que se satisfacen las necesidades diarias. Ocasionalmente puede solicitarse documentación adicional para confirmar la admisibilidad de la persona. Entre tal documentación pueden estar los certificados de matrimonio y los decretos de divorcio.

DESCUENTO A NO ASEGURADOS DE NJ:

Admisibilidad para atención médica con descuento bajo N.J.S.A. 26:2H-12.52:

Los pacientes no asegurados que son habitantes de New Jersey con un ingreso familiar bruto debajo del 500% del NFP son admisibles para recibir atención médica con descuento. Los requisitos de documentación para Atención Médica Caritativa señalados arriba se aplican a la determinación de la admisibilidad de la persona bajo esta sección, excepto que los límites de activos individuales y familiares no se aplican para la admisibilidad para atención médica con descuento bajo esta sección. En estos casos, a los pacientes admisibles bajo la PAF para atención médica con descuento se les cargará lo que sea menor, las CGF o el 115% de Medicare.

PROCESO:

1. Evaluación financiera.

Durante el proceso de registro se pedirá a todos los pacientes presentar documentación de seguro además de otra identificación requerida. Se instará a todo paciente que no presente la documentación de seguro, incluida la participación en cualquier programa de reembolso de gastos de atención médica del gobierno federal o estatal, a proporcionar la información necesaria para que el Centro Médico lleve a cabo la evaluación financiera. La evaluación financiera será llevada a cabo de conformidad con el Programa de Asistencia para Atención Hospitalaria de New Jersey.

La evaluación financiera se empleará para determinar la admisibilidad del paciente para asistencia médica bajo Medicaid, Atención Médica Familiar, Asistencia para Atención Médica Caritativa o cualquier otro programa patrocinado o financiado por el gobierno, o estructura tarifaria de autopago ofrecida por el Centro Médico bajo la PAF.

Excepto en el caso de una emergencia o cuando las circunstancias lo impidan, el Centro Médico instará a cada paciente a presentar la información necesaria para llevar a cabo la evaluación financiera antes de la prestación de los servicios. En el caso de una emergencia o si otras circunstancias impiden la evaluación descrita anteriormente, o si el paciente objeta inicialmente la evaluación, esta puede efectuarse en cualquier momento después de la prestación de los servicios. Los consejeros financieros instarán a los pacientes no asegurados a participar en la evaluación financiera incluso después de la prestación de los servicios.

EN NINGÚN MOMENTO A NINGÚN PACIENTE SE LE NEGARÁ ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA NECESARIA SOBRE LA BASE DE SU CAPACIDAD DE PAGO O SU DISPOSICIÓN O CAPACIDAD PARA PARTICIPAR EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN FINANCIERA.

2. Medicaid; Atención Médica Familiar; Atención Médica Caritativa.

Si un paciente cumple los criterios financieros y otros para participar en Medicaid, Atención Médica Familiar u otros programas de reembolso de gastos médicos, los consejeros financieros proporcionarán al paciente la debida solicitud y le ayudarán a llenarla y presentarla junto con la documentación complementaria necesaria para que se registre para la cobertura disponible. Si el paciente es admisible para Medicaid, Atención Médica Familiar o cualquier otro programa de reembolso de gastos médicos patrocinado por el gobierno, los honorarios, así como su facturación y cobranza, serán regidos por el programa o programas que correspondan.

Si el paciente no es admisible para Medicaid o Atención Médica Familiar o cualquier otro programa de reembolso de gastos médicos normalmente disponible, se hará una determinación en cuanto a la admisibilidad del paciente para Asistencia para Atención Médica Caritativa. Si el paciente es admisible para Asistencia para Atención Médica Caritativa, el Centro Médico reducirá o dispensará los honorarios y cargos por los servicios que proporciona de conformidad con las políticas y procedimientos que rigen el programa de Asistencia para Atención Médica Caritativa de NJ.

SERVICIOS NO CUBIERTOS:

1. Identificación de servicios no cubiertos.

El Centro Médico reconoce que hay pacientes que con frecuencia buscan o requieren servicios médicos que no están cubiertos en ningún programa disponible de reembolso del gobierno federal o estatal o privado. El Departamento de Servicios Financieros a Pacientes puede identificar servicios o categorías de servicios específicos que con frecuencia no están cubiertos en planes de reembolso de gastos médicos generalmente disponibles, pero que los buscan miembros de la comunidad atendida por el Centro Médico. Para tales servicios, denominados aquí por conveniencia solamente “Servicios No Cubiertos”.

Al adoptar esta política, el Departamento de Servicios Financieros a Pacientes ha identificado y establecido honorarios por varios servicios y procedimientos que no son considerados médicamente necesarios como Servicios No Cubiertos. Genéricamente estos servicios pueden no ser médicamente necesarios, pero puede haber excepciones.

2. Requisitos de pago para pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Para todos los Servicios No Cubiertos identificados en la Política de Autopago, se aplicarán las estipulaciones de pago como está establecido en la política.

COPAGOS DE PACIENTES

Es política del Centro Médico generalmente facturar y cobrar todos los copagos de los pacientes, incluidos, por ejemplo, los copagos que las organizaciones para el mantenimiento de la salud requieren cobrar en la fecha del servicio, deducibles de los planes de seguro tradicionales o de prestaciones fuera de red y cantidades de coseguro, como y cuando lo requiera el programa correspondiente de reembolso de gastos de atención médica privado o patrocinado por el gobierno federal o estatal.

El Centro Médico reconoce que los copagos de los pacientes pueden restringir el acceso a los servicios médicos o pueden sujetar a ciertos pacientes a dificultades económicas. Por lo tanto, como fomento de esta PAF y para asegurar que todos los miembros de la comunidad atendida por el Centro Médico disfruten de acceso a los servicios médicos en dicho establecimiento, el Departamento de Servicios Financieros a Pacientes, en estricto cumplimiento con los procedimientos señalados abajo, reduce o dispensa ciertos copagos de pacientes.

1. Pagadores gubernamentales.

El Centro Médico cumplirá con todas las obligaciones correspondientes a los programas de reembolso de gastos médicos en los que participa, incluidos Medicare y Medicaid. En consecuencia, el Centro Médico realizará esfuerzos de buena fe para cobrar los copagos de los beneficiarios de tales programas, incluidos los deducibles y coseguros. El Centro Médico no puede dispensar o reducir los copagos de los pacientes en estos programas, excepto de conformidad con los procedimientos para dispensas por dificultades económicas señalados abajo.

2. Pagadores no gubernamentales.

El Centro Médico cumplirá con sus obligaciones contractuales con las organizaciones para el mantenimiento de la salud, aseguradoras comerciales, organizaciones de proveedores preferidos y otros programas no gubernamentales de reembolso de gastos médicos. En consecuencia, el Centro Médico realizará esfuerzos de buena fe para cobrar los copagos de los beneficiarios de tales programas, incluidos los deducibles, copagos de punto de servicio y coseguros, como y cuando lo requieran estos programas. A menos que se permita expresamente otra cosa en el acuerdo de participación correspondiente u otro contrato entre el centro médico y el tercero pagador, el Centro Médico no puede dispensar o reducir los copagos de los pacientes en estos programas, excepto de conformidad con los procedimientos correspondientes a dispensas por dificultades económicas señaladas abajo y, en tales casos, solamente en la medida en que tales dispensas no están prohibidas en el acuerdo de participación correspondiente u otro contrato o para personas admisibles para asistencia financiera bajo esta PAF.

3. Dispensas por dificultades económicas.

Caso por caso, el Departamento de Servicios Financieros a Pacientes puede considerar las dificultades económicas de un paciente en particular, y decidir dispensar un copago requerido por un programa de reembolso de gastos médicos patrocinado por el gobierno o un programa de

reembolso de gastos médicos privado en que participe. No obstante, puede hacerlo solamente si (i) el Centro Médico factura al paciente e intenta cobrar el copago de conformidad con sus procedimientos normales de facturación y cobranza, (ii) el estado de cuenta del paciente es tal que normalmente se derivaría a los procedimientos de cobranza para cuentas morosas del Centro Médico, (iii) el paciente o un tercero responsable solicita una dispensa por dificultades económicas, y el paciente o un tercero responsable proporcionan la información y documentación requerida para que el Departamento de Servicios Financieros a Pacientes lleve a cabo una evaluación financiera de conformidad con la Política de Evaluación Financiera, (iv) un análisis de la información de la evaluación financiera comprueba la incapacidad del paciente para pagar los copagos pendientes, (v) los pasos precedentes son bien documentados y mantenidos junto con los expedientes financieros del paciente, y (vi) la decisión con respecto a la dispensa es aprobada por el Gerente de Planificación Financiera en consulta con el Director de Finanzas o su designado.

4. Acomodación de servicios fuera de red.

El Departamento de Servicios Financieros a Pacientes puede identificar programas no gubernamentales de reembolso de gastos médicos que cubren un porcentaje considerable de los miembros en la comunidad atendida por el Centro Médico, pero en los cuales este establecimiento no participa como proveedor de la red. El Departamento de Servicios Financieros a Pacientes debe considerar preferible llegar a un acuerdo con tales pagadores no gubernamentales, pero el Centro Médico no está obligado por esta política a participar o aceptar términos o condiciones desfavorables para la participación.

A fin de extender los beneficios de la PAF a todos los miembros de la comunidad atendida por el Centro Médico, incluidos tanto los miembros asegurados como los no asegurados, y para mejorar el acceso a los servicios médicos en la comunidad, el Centro Médico puede elegir dispensar o aceptar copagos reducidos de los beneficiarios de planes de reembolso de gastos médicos patrocinados o financiados por entes no gubernamentales con los cuales no está contractualmente obligado, es decir, con los cuales el Centro Médico es considerado proveedor fuera de red. Esta dispensa o acomodación discrecionales pueden ser aplicadas por el Departamento de Servicios Financieros a Pacientes sin efectuar una evaluación financiera o sin la comprobación de dificultades económicas, pero solamente en estricto cumplimiento de los siguientes principios:

a. Excepto como se estipula abajo, la dispensa o acomodación discrecionales deben permanecer dentro de la discreción del Centro Médico: no puede ofrecerse ni establecerse ningún acuerdo o contrato con ningún paciente, organización representante de pacientes, empleador, médico o proveedor de servicios médicos, bajo el cual el Centro Médico esté obligado a dispensar copagos o hacer otras acomodaciones en relación con prestaciones fuera de red. No obstante, el Centro Médico puede concertar un acuerdo directamente con el tercero pagador correspondiente, bajo el cual dicho establecimiento permanece fuera de red, pero permite ciertas dispensas u otras acomodaciones para beneficiarios de la red.

b. La dispensa o acomodación discrecionales pueden ser aprobadas por el Departamento de Crédito, en consulta con el Director de Finanzas. Si la dispensa o acomodación discrecionales es o será aplicada, o si es de la clase o índole que pueda ser aplicada, de cualquier

manera rutinaria, entonces debe ser aprobada por el Director de Finanzas, en consulta con el Director Ejecutivo.

c. Si la dispensa o acomodación discrecionales son o serán aplicadas, o si son de la clase o índole que pueda ser aplicada, de cualquier manera rutinaria, entonces el Centro Médico debe proporcionar aviso por escrito al pagador correspondiente de su intento de dispensar o hacer otras acomodaciones. Tal aviso debe ser de tal forma y contenido sustancial que proporcione al pagador aviso adecuado de su intención. Por ejemplo, tal aviso podría ser en forma de una declaración anexa a cada reclamación de seguro en papel, una declaración insertada en la sección de comentarios de cada reclamación presentada electrónicamente o un aviso general proporcionado a un funcionario del pagador con suficiente autoridad para aceptar y responder a tales avisos. La declaración o aviso deben ser aprobados por el Director de Finanzas, en consulta con el Director Ejecutivo.

d. La dispensa o acomodación discrecionales pueden ser proporcionadas solamente si ninguna parte de las prestaciones médicas del paciente es financiada o pagada por cualquier programa de reembolso de gastos médicos patrocinado por el gobierno, tal como Medicare, si tales prestaciones gubernamentales son primarias o secundarias.

CANTIDADES GENERALMENTE FACTURADAS (CGF)

El Centro Médico utilizó el método retrospectivo, los honorarios por servicio de Medicare y aseguradoras privadas para calcular el porcentaje de CGF para cada uno de sus establecimientos hospitalarios. Con este método, el Centro Médico determinó las CGF multiplicando los cargos brutos por cualquier emergencia u otro cuidado médicamente necesario que proporciona a personas que son admisibles bajo la PAF mediante un porcentaje de los cargos brutos. El porcentaje de CGF se calcula anualmente sobre la base de todas las reclamaciones permitidas por honorarios por servicio de Medicare y aseguradoras privadas a lo largo del período de los doce (12) meses anteriores, divididas por la suma de los cargos brutos asociados por esas reclamaciones.

El porcentaje de CGF resultante es 18.72%.

El Centro Médico calcula la cantidad máxima que debe un paciente multiplicando el porcentaje de CGF por los cargos brutos. El término "cargos brutos" se refiere al precio total establecido por la atención médica que el Centro Médico carga a los pacientes antes de aplicar cualquier rebaja, descuento o deducción.

A los pacientes cuya admisibilidad se determine para cualquiera de los programas de asistencia financiera señalados arriba se les cargará lo que sea menor, las CGF o la tarifa descontada disponible a través de estos programas para los cuales puedan calificar.

