Title:	Financial Eligibility Office-Financial Assistance Policy Spanish				
Version:	5	**Approved:**	Marie Castro (CFO Vice President)	**Date:**	11/06/2026

Índice

I. I. Resumen sobre la Asistencia Financiera en Idioma Sencillo 2
II. II. Política de Asistencia Financiera 3
III. III. Procesamiento de Solicitudes 8
IV. IV. Apéndice 11
A. Servicios excluidos 11

I. Resumen sobre la Asistencia Financiera en Idioma Sencillo

Midland Memorial Hospital (MMH) proporciona servicios de atención médica gratuita o con descuento a quienes demuestren inhabilidad de pagar. Estos servicios se prestan en las instalaciones de MMH en conformidad con las normas médicas aceptadas en la comunidad. MMH notifica a los pacientes los contenidos de esta política a través de carteles instalados en todo el establecimiento y en el sitio web de MMH, las referencias a la Financial Eligibility Office (Oficina de Elegibilidad Financiera) antes del servicio, y de las comunicaciones en las declaraciones de los pacientes. También se pueden solicitar copias en papel de la política bajo solicitud.

Asistencia Disponible:

Usted esta elegible para Cuidado de Caridad en MMH si sus ingresos familiares son iguales o bajos del 200 % del Nivel de Ingresos Federal de Pobreza (FPIL, por sus siglas en inglés), no cuenta con un seguro, o su seguro es insuficiente, y presenta una Solicitud de Asistencia Financiera (FAA, por sus siglas en inglés). Si no presenta una FAA, MMH puede verificar sus ingresos familiares electrónicamente a través de los servicios de terceros. Según el nivel de sus ingresos familiares en función del FPIL, es posible que reciba hasta un 100 % de descuento a través del Cuidado de Caridad por los servicios cubiertos.

Aun si no llena los requisitos de ingresos para beneficiarse del Cuidado de Caridad, es posible que usted califique para asistencia a través de las disposiciones relativas a Descuentos por Pagos a su Cargo, Descuento por Situaciones Financieras Familiares Catastróficas, y Presunta Beneficencia de la política de MMH. Tenga en cuenta que MMH calculará el ajuste de la asistencia financiera mediante el saldo actual de su cuenta de paciente.

Cargos por Servicios de Emergencia o Médicamente Necesarios:

MMH no le cobrará más por el cuidado de emergencia o médicamente necesario que las cantidades generalmente facturadas (AGB, por sus siglas en inglés) a pacientes asegurados por el mismo servicio. MMH determina los AGB a través de un método de revisión que compara las cantidades pagadas por los pacientes asegurados y sus aseguradores a lo largo del año anterior.

Cómo Solicitar Asistencia:

Puede solicitar copias gratuitas de la Política de Asistencia Financiera o de la Solicitud de Asistencia Financiera de MMH y recibir ayuda para completar la Solicitud a través de los recursos que se encuentran a continuación. Hay traducciones disponibles para la población 'LEP' para nuestra Política de Asistencia Financiera de MMH y Aplicación para Asistencia Financiera por medio de lo siguiente. Tenga en cuenta que puede hacer preguntas generales acerca de la facturación llamando al 432.221.1522.

Teléfono	432.221.5255
Correo electrónico	customerservice@midlandhealth.org
En línea	www.midlandhealth.org
Por correo postal/en persona	Midland Memorial Hospital Financial Eligibility Office 4214 Andrews Highway Suite 210, Midland, TX 79703

Puede solicitar asistencia en cualquier momento durante el proceso de cobro llamando al número 432.221.5255. Por favor consulte la Política de Facturación y Cobros de MMH para obtener información acerca del proceso y de las actividades de cobro que puede ejecutar MMH. Puede obtener copias gratuitas de la Política de Facturación y Cobros de MMH o en el sitio web de MMH, en la Oficina de Cuentas de Pacientes ubicada en 4214 Andrews Highway, Suite 210 o a través del 432.221.1522.

II. Política de Asistencia Financiera

Propósito. Esta política es un documento es una guía para determinar la elegibilidad del solicitante para recibir asistencia financiera por parte de MMH. MMH proporciona servicios de atención de la salud gratuitos o a precios reducidos a quienes demuestren falta de medios para pagarlos. Estos servicios se prestan en las instalaciones de MMH en conformidad con las normas médicas aceptadas de la comunidad.

A. Comunicación de esta Política a los Ppacientes

MMH comunica esta política a los pacientes a través de diferentes medios, incluidas avisos en las facturas del paciente y formularios de admisión, además de carteles instalados en las oficinas de finanzas y en los departamentos de emergencia, admisiones e inscripción. MMH también publica y promociona esta política ampliamente en su sitio web y en folletos disponibles en los sitios de acceso para pacientes. Cualquier miembro del personal o personal médico de MMH puede derivar a los pacientes a la Oficina de Elegibilidad Financiera y a esta política. Los pacientes pueden solicitar información acerca de esta política en cualquier momento, antes o después de recibir los servicios, o mientras los reciben.

B. Cantidades Generalmente Facturadas

En cumplimiento con la Sección 501(r) del Código de Ingreso Interna (conocido en inglés como 'Internal Revenue Code'), MMH limitará las cantidades cobradas por emergencia y cuidado médicamente necesario a los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta política no superan las cantidades generalmente facturadas (AGB) a los pacientes asegurados.

MMH calcula los porcentajes de los AGB mediante el método 'Look-Back.' MMH suma todos los reclamos pagados en un periodo de 12 meses por gratuito-por-servicio de Medicare y las compañías de seguros. Nosotros dividimos esta cantidad por el total completo de cobros para esos reclamos. El resultado porcentaje es el AGB. MMH recalcula el porcentaje cada año. Para el año fiscal 2027, el porcentaje del AGB para MMH fue el 25 %.

Debido el porcentaje del AGB para MMH es el 25 % y porque la cantidad mínima disponible para la asistencia bajo esta política es un 75 % de descuento de los gastos brutos, ninguno paciente elegible recibe asistencia financiera bajo esta política será requerido pagar una cantidad en exceso al AGB.

C. Cuidado de Caridad

Generalidades. "Cuidado de Caridad" se refiere a los servicios de atención de la salud gratuitos o con descuento para los pacientes con ingresos demostrados o presuntos iguales o bajos al 200 % del Nivel de Ingresos Federal de Pobreza (FPIL). Para determinar elegibilidad para recibir el Cuidado de Caridad, los pacientes deben completar y someter una Solicitud (Aplicación) de Asistencia Financiera. Los aplicantes pueden solicitar el Cuidado de Caridad para el pago de las facturas hospitalarias o de recetas en cualquier momento visitando la Oficina de Elegibilidad Financiera. Fallar en someter la solicitud para el Cuidado de Caridad no impedirá la elegibilidad de manera electrónica, sobre la base de la participación en un programa de prestaciones públicas o a través de la aplicación de ciertos elementos presuntos. Los pacientes que no son elegibles para recibir el Cuidado de Caridad aún puedan ser elegibles para recibir cuidado reducido a través de las disposiciones de Descuentos por Pagos a su Cargo y Descuento por Situaciones Medicas Catastróficas de esta política. MMH calcula el ajuste de asistencia financiera a través del saldo actual de la cuenta del paciente elegible.

Requisitos de elegibilidad. La aplicación para asistencia financiera evalúa la elegibilidad de los pacientes para recibir asistencia de beneficencia en función de esta política. Para recibir el Cuidado de Caridad en MMH, los ingresos familiares del solicitante deben ser iguales o bajos al 200 % del FPIL, a menos que el

solicitante cumpla uno de los criterios de elegibilidad presunta que se describen más abajo. Los pacientes aprobados con un FPIL de entre el 0 % y el 150 % reciben un descuento del 100 % del saldo de su cuenta de paciente. Los pacientes aprobados con un FPIL de entre el 151 % y el 200 % reciben un descuento del 85 % del saldo de su cuenta de paciente. El Cuidado de Caridad puede otorgarse (1) por todo el saldo de la cuenta de un paciente no asegurado, (2) por el deducible o el copago de un paciente asegurado que no tiene recursos para pagar, o (3) por internaciones que superen los periodos de duración de la enfermedad o de la internación cubiertos por Medicaid. Consulte la Sección III (Procesamiento de las Solicitudes) para obtener más información acerca de estos niveles de FPIL, la manera en que MMH calcula y verifica los ingresos de los pacientes y las determinaciones de elegibilidad.

MMH puede utilizar otros métodos para determinar la elegibilidad en cuanto al Cuidado de Caridad para los pacientes que no hayan completado una Solicitud de asistencia financiera. Dichos métodos incluyen:

Caridad electrónica. En caso de que MMH no cuente con pruebas para justificar la elegibilidad de un paciente respecto del Cuidado de Caridad, ya sea por falta de una solicitud, documentación de respaldo u otros datos, MMH podrá utilizar información de conocimiento público y/o agencias externas para calcular de manera electrónica los ingresos de un solicitante con el fin de determinar si reúne los requisitos para recibir asistencia de caridad y los importes de posibles descuentos. Aquellos pacientes que según MMH sean elegibles para el Cuidado Electrónico en virtud de esta disposición podrían recibir una cancelación del saldo de su cuenta de hasta el 100 %, de acuerdo con los niveles del FPIL de esta Política.

Caridad presunta. MMH puede suponer que algunos clientes cumplen con los requisitos para recibir el descuento del Cuidado de Caridad sobre la base de determinadas circunstancias de sus vidas. Debido a la naturaleza inherente a estas presuntas circunstancias, el único descuento que puede otorgarse es del 100 % del saldo de la cuenta. Las circunstancias elegibles incluyen, entre otras:

- La falta de vivienda o el haber recibido atención por parte de una clínica para personas sintecho.
- Presentación de una vivienda para personas de bajos recursos o subvencionada como dirección válida.
- Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente.
- Quiebra declarada o confirmada dentro de los 12 meses anteriores.
- Asistencia en forma de subvenciones para servicios médicos.
- Muerte del paciente sin herederos conocidos.
- Devolución de una cuenta sin seguro por parte de una agencia de cobro por ser incobrable.
- Servicios hospitalarios proporcionados sin antecedentes de pago.
- Una dirección que ya no es válida para el paciente.
- Otros factores que puedan ser útiles para determinar las expectativas de pago.

Además, MMH puede considerar que un paciente elegible para un descuento del 100 % a través del Cuidado de Caridad con una prueba de su participación en determinados programas de prestaciones públicas que requieran una evaluación de sus medios. Los programas elegibles incluyen, pero no se limitan a:

- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP).
- Beneficiarios de Medicaid cuya cobertura sea denegada por exceder los límites de internación, servicios no cubiertos o servicios fuera del estado.
- Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP).
- Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF).
- Seguro de desempleo.
- Elegibilidad para recibir cupones para alimentos (estampillas).

- Programas para almuerzos escolares.
- Participación en un programa del Condado de Atención Médica para Indigentes.
- Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC).
- Otros programas estatales o locales (p. ej.: *spend down* [deducción de gastos] de Medicaid).

MMH también puede utilizar los servicios de terceros para verificar la participación de un paciente en un programa de prestaciones públicas si el paciente no puede proporcionar los documentos pertinentes.

D. Otros Métodos de Asistencia Financiera

Indigencia Médica Catastrófica. MMH ofrece un Descuento por Situaciones Financieras Familiares Catastróficas (CMD, por sus siglas en inglés) a pacientes cubiertos por un seguro médico con un ingreso familiar anual igual o bajos al 400 % del FPIL, cuyos costos exceden el 10 % del ingreso familiar anual y que no cuenta con los recursos para pagar la factura restante. El CMD es igual al 50 % del saldo de la cuenta de un paciente que reúne los requisitos. Para más información sobre cómo solicitar el CMD y cómo MMH calcula el ingreso familiar anual, consulte la Sección III (Procesamiento de las solicitudes).

Descuento no Asegurado (Pagos a su Cargo). MMH descuenta un 75 % a los pacientes no asegurados que de otra manera no reunirían las condiciones para contar con una cobertura por parte de terceros o asistencia gubernamental para solventar las facturas por servicios destinados al cuidado de su salud o que no son elegibles para recibir Cuidado de Caridad o CMD en virtud de esta política. El descuento para personas no aseguradas solo se aplica a servicios de emergencia o médicamente necesarios; MMH no aplica descuentos por procedimientos cosméticos para personas no aseguradas.

Definición de persona no asegurada. Se conoce como personas no aseguradas a los pacientes que no reúnen los requisitos para recibir Cuidado de Caridad o CMD en virtud de esta política, cuyos servicios hospitalarios no están cubiertos por un tercero pagador y cuyas lesiones no admiten indemnización a efectos de compensación laboral, seguro por accidente automovilístico u otra forma de responsabilidad de terceros. Las personas no aseguradas también comprenden a pacientes que cuentan con una cobertura de seguros sin relación contractual con MMH y a pacientes que reúnen los requisitos para estar cubiertos por Medicaid y cuyos servicios no están cubiertos por Medicaid.

Exclusiones. El descuento para personas no aseguradas no se aplica a servicios cosméticos o a cuentas que ya reciben un descuento, p. ej., cuentas industriales.

Identificación de las personas no aseguradas. En primer lugar, MMH evaluará a los pacientes no asegurados para determinar si reúnen las condiciones para estar cubiertos por Medicare, Medicaid o por terceros o si pueden recibir Cuidado de Caridad en virtud de esta política. MMH se reserva el derecho de verificar la información proporcionada por el paciente no asegurado a través de agencias de terceros. Los pacientes no asegurados que no reúnan los requisitos para recibir cobertura de terceros o Cuidado de Caridad recibirán el Descuento para personas no aseguradas.

Documentación para determinar la elegibilidad. MMH documentará la elegibilidad de la persona no asegurada para recibir el descuento en la sección correspondiente a los comentarios de la cuenta del paciente. Las cuentas que reúnan las condiciones serán asignadas al Plan de Seguro de Pagos a su Cargo a través del código de transacción 7206, que indica "Descuento por Pagos a su Cargo".

E. Servicios Cubiertos

Servicios hospitalarios. Los residentes del condado de Midland que reúnan los requisitos planteados en esta política recibirán asistencia financiera para emergencias y servicios de internación, ambulatorios y de

emergencia, que sean médicamente necesarios, en MMH. Los solicitantes aprobados que residan fuera del condado de Midland solo recibirán asistencia financiera para servicios de emergencia. Las limitaciones y exclusiones de esta política que excluyen la cobertura de tratamientos y procedimientos específicos se pueden encontrar en el Apéndice.

Servicios de farmacia. Los solicitantes del condado de Midland sin seguro y que reúnan los requisitos para el Cuidado de Caridad tal como se lo define en la Sección II.C de esta política, podrán recibir recetas con mayores copagos sobre la base de las pautas relativas a los ingresos y recursos detalladas en esta política, con las siguientes disposiciones y limitaciones:

- Los copagos comienzan en $5.00 por receta y pueden elevarse hasta $15.00 por receta.
- Los solicitantes tienen un límite de cinco recetas activas por mes. Ninguna receta deberá superar el suministro de treinta días.
- El programa de asistencia financiera no subsidiará otros programas de recetas, incluido el Programa de Descuento de Medicamentos con Receta de Medicare.
- Siempre que sea posible se deberán recetar medicamentos genéricos o la alternativa de menor precio.
- Las recetas autorizadas se limitan a las de la lista del formulario aprobado, que puede proporcionarse a los pacientes a pedido de ellos.
- Esta política no cubre los medicamentos de venta libre.
- Es probable que un medicamento que no se encuentre en el formulario de asistencia financiera esté cubierto temporalmente, con autorización previa, hasta que el paciente reúna los requisitos en virtud del programa de cobertura de medicamentos para el cuidado de indigentes del fabricante del fármaco.

Facturación de los médicos. Los consultorios médicos de MMH ofrecerán porcentajes de descuento equivalentes a los aprobados por esta política. Es responsabilidad del paciente notificar a la Oficina de Facturación de los Servicios de los Médicos la aprobación del ajuste que se debe aplicar a su cuenta. Los pacientes pueden comunicarse con la Oficina de Facturación de los Servicios de los Médicos al (432) 221.2455.

Otros proveedores de atención médica. Este programa solo brinda servicios a los pacientes de MMH y no cubre los servicios que brindan otros proveedores.

F. Apelaciones

Si MMH rechaza el otorgamiento de asistencia financiera por constatar que los ingresos del solicitante superan las guías de esta política, el solicitante tiene derecho a apelar dicha conclusión ante la Oficina de Elegibilidad Financiera. La notificación de la apelación debe ser presentada a la Oficina de Elegibilidad Financiera por escrito en un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha de determinación de la inelegibilidad del solicitante. La Oficina de Elegibilidad Financiera deberá responder a dicha notificación en un plazo de quince (15) días de haberla recibido. Los solicitantes que apelen deberán proporcionar recibos mensuales regulares al personal de la Oficina de Elegibilidad Financiera. Los gastos realizados, como recibos de tarjetas de crédito (a menos que pueda demostrarse que la deuda se produjo por gastos médicos), no serán incluidos.

G. Sin Efecto en Otras Políticas de MMH

Esta política no alterará ni modificará otras políticas de MMH relativas a los esfuerzos para obtener pagos de terceros pagadores, traslados de pacientes o atención de emergencia.

H. Terceros Pagadores

MMH será el pagador de último recurso de las cuentas de los pacientes. Todos los seguros comerciales y/o privados, federales, estatales u otros programas gubernamentales de atención o asistencia hospitalaria deberán adjudicar los reclamos correspondientes a las fechas de servicio cubiertas previo a las deducciones del Cuidado de Caridad o la aplicación de descuentos.

I. Subrogación

La presentación de una solicitud o la recepción de servicios constituye una cesión del derecho de cobro del solicitante o del beneficiario por:

- Seguro de lesiones personales.
- Otra persona, de las lesiones personales causadas por la negligencia o ilícitos por parte de la tercera persona.
- Otra fuente de acuerdo o litigio.

MMH se reserva el derecho de recibir un rembolso por el costo de cualquier servicio.

J. Acciones en Caso de Falta de Pago

MMH se reserva el derecho a emprender ciertas acciones en caso de la falta de pago del saldo de la cuenta de un paciente que sigue siendo responsabilidad de dicho paciente después de la aplicación de esta política y/o de cualquier pago de terceros. Estas acciones se describen en la Política de Facturación y Cobros de MMH. La Política de Facturación y Cobros está disponible libremente para el público en el sitio web de MMH. Se pueden obtener copias impresas de la Política de Facturación y Cobros de MMH de manera gratuita a través de la Oficina de Cuentas de los Pacientes, ubicada en 200 Andrews Highway, o llamando al (432) 221.1522.

K. Contacto

Puede solicitar copias gratuitas de la Política de Asistencia Financiera o de la Solicitud de Asistencia Financiera de MMH y recibir asistencia tras completar la solicitud a través de los siguientes medios o sitios. Tenga en cuenta que puede hacer preguntas generales acerca de la facturación llamando al (432) 221.1522.

Teléfono	(432) 221.5255
Correo electrónico	customerservice@midlandhealth.org
En línea	www.midlandhealth.org
Por correo postal/en persona	Midland Memorial Hospital Financial Eligibility Office 4214 Andrews Highway Suite 210, Midland TX 79703

III. Procesamiento de Solicitudes

Para determinar elegibilidad para Cuidado de Caridad o CMD, los pacientes deberán completar y presentar una Solicitud de Asistencia Financiera. Esta Solicitud permite que se recabe información en conformidad con la ley estatal y los requisitos de ingresos y documentación establecidos más abajo. Los solicitantes pueden solicitar asistencia para el pago de las facturas hospitalarias o las recetas en cualquier momento concurriendo a la Oficina de Elegibilidad Financiera.

A. Determinación de Elegibilidad

MMH otorgará Cuidado de Caridad a un solicitante cuyos ingresos familiares anuales sean iguales o bajos al 200 % del FPIL o si el solicitante llena uno de los criterios de elegibilidad presunta que se describen en la Sección II.C de esta política. Los aplicantes cuyos ingresos sean iguales o bajos al 400 % del FPIL puedan calificar para CMD, según se define en la Sección II.D. MMH verifica el número de miembros en el hogar del solicitante y los ingresos anuales del solicitante por medio de lo siguiente:

Cálculo y Verificación de los Miembros del Hogar. Para los fines de esta política, un hogar está formado por todos los dependientes legales de la persona a cargo de ese hogar. Los miembros del hogar pueden identificarse a través de:

- Para la persona a cargo del hogar y su cónyuge, si corresponde, identificación con foto.
- Para los hijos menores, certificados de nacimiento (se aceptan copias).
- Tarjetas de Seguro Social para todas las personas que integran ese hogar.

Para los fines de esta política, un hogar de una persona se define como:

- Un adulto que vive con otros que no tienen la responsabilidad legal de mantenerse entre sí.
- Un adulto que vive solo.
- Un niño menor de edad que vive solo o con otras personas que no son responsables legalmente por ese menor.

Cálculo y Verificación de los Ingresos. Para los fines de esta política, "ingresos anuales" se refiere a la suma de todos los ingresos brutos del hogar por el periodo de 12 meses anterior a la presentación de la solicitud. Los solicitantes pueden informar ingresos equivalentes a 0 o a nada si no reciben ingresos por un periodo de 90 días o más. Si se reciben ingresos en los 90 días posteriores a la solicitud, MMH utilizará los ingresos familiares más recientes del solicitante para calcular sus ingresos anuales. MMH podrá verificar los ingresos anuales del solicitante a través de cualquiera de los siguientes medios:

- Indicadores de ingresos, que incluyen, entre otros:
    - Talones de cheques actuales (preferida).
    - Declaración de impuestos de las ganancias del año anterior.
    - Ingresos por desempleo.
    - Ingresos por jubilación.
    - Ingresos por compensación laboral.
    - Beneficios del Seguro Social.
    - Pruebas de pensión para hijos menores de edad.
    - Pensión para excónyuge.
    - Un extracto bancario para todas las cuentas abiertas o cerradas en el curso de los últimos 90 días.
    - Prueba de que el solicitante participa en un programa de prestaciones públicas como Medicaid, AFDC (ayuda para familias con hijos dependientes), cupones para alimentos, WIC u otro programa similar para personas indigentes.

  - Propiedades que producen ingresos, regalías, otros ingresos por inversión.

- Para los aplicantes autónomos (autoempleados):
  - La declaración de impuestos del año anterior; de no ser posible, el Formulario de Empleo Autónomo proporcionado por la Oficina de Elegibilidad Financiera.
- Para los solicitantes que declaren ingresos equivalentes a cero o nada:
  - Cartas notarizadas que demuestran donaciones en especie.
  - Prueba de recepción de Cupones para Alimentos/TANF.
  - Prueba de solicitud de beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
  - De reunir los requisitos para trabajar, prueba de la inscripción en la Texas Workforce Commission.
  - Si está desocupado desde hace poco tiempo, el Formulario de Verificación de Empleo completado por el último empleador con la fecha del último pago.

La documentación de respaldo debe recibirse dentro de los 30 días de haber presentado la solicitud; de lo contrario, dicha solicitud será denegada. MMH aún podría considerar las solicitudes denegadas en virtud de esta disposición por Caridad electrónica o Caridad presunta, según lo definido en la Sección II.C.

Documentación no disponible. En los casos en los que el paciente no tenga la posibilidad de proporcionar la documentación que verifique los ingresos anuales o los miembros del hogar, MMH podría, en cambio, obtener la verificación a través de:

- una declaración escrita del paciente, o
- una declaración oral del paciente y la declaración escrita del personal del hospital.

Solicitud para cobertura de terceros. Los solicitantes deberán solicitar todos los programas estatales o federales para los que reúnan los requisitos. De lo contrario, la asistencia será denegada y el solicitante no podrá volver a pedir asistencia por un periodo de 6 meses.

Pacientes fallecidos. MMH podría considerar que los pacientes fallecidos no cuentan con ingresos. MMH deberá asegurarse de que no haya activos suficientes para liquidar el patrimonio antes de habilitar automáticamente la asistencia financiera para la persona fallecida.

Clasificación pendiente de determinación de elegibilidad. MMH podría considerar una solicitud de asistencia financiera en cualquier momento antes, durante o después de las fechas de servicio. Durante el proceso de verificación MMH podría tratar al solicitante como paciente de pago particular según las políticas de MMH.

B. Otros requisitos y procedimientos de solicitud

Autorización de divulgación de información. Los solicitantes deben firmar un formulario de Divulgación de Información durante el proceso de solicitud. La firma otorga a la Oficina de Elegibilidad Financiera la autorización de verificar la información que corresponda a la solicitud de asistencia financiera.

Firma conyugal. Si un solicitante está casado legalmente o, de hecho, ambas partes deberán firmar la solicitud si los cónyuges comparten el hogar.

Presentación de información falsa. Se denegará la asistencia a aquellos solicitantes que proporcionen información falsa o tergiversen los hechos para reunir o mantener los requisitos de elegibilidad. Los solicitantes no podrán volver a solicitar el programa por un periodo de doce (12) meses a partir de la denegación debido a

la presentación de información falsa.

Exención. Si en cualquier momento durante el proceso de solicitud es preciso alejarse de las guías establecidas en este documento, el Director General o el Director Financiero podrá obviar o aplicar excepciones a las guías que rigen esta política.

Procedimientos de aprobación. MMH podrá completar una Hoja de Aprobación de Asistencia Financiera para cada descuento otorgado. La Hoja de Aprobación de Asistencia Financiera permite documentar el análisis administrativo y el proceso de aprobación utilizado por MMH para otorgar la asistencia financiera.

Actualización de la información para la solicitud. Las aplicaciones se deben actualizar cada noventa (90) días para seguir recibiendo asistencia financiera. Los solicitantes que informen ingresos cero ($0) deberán actualizar sus solicitudes cada 30 días, junto con la documentación de respaldo que demuestre de qué manera se pagan sus gastos de subsistencia. Si un solicitante tiene más de 65 años, no recibe Beneficios de la Seguridad Social y tiene cero ingresos ($0), tendrá que cumplir con los mismos requisitos.

Un solicitante que pide asistencia y recibe Beneficios de la Seguridad Social no tendrá que actualizar la solicitud de asistencia financiera cada noventa (90) días. Estos solicitantes podrán renovar sus solicitudes una vez que los Beneficios de la Seguridad Social hayan cambiado, en enero de cada año.

IV. Apéndice

A. Servicios excluidos

MMH solo será responsable por los costos de los servicios médicos brindados a los solicitantes con una cobertura de seguro insuficiente o sin cobertura de seguro, como se define en esta política, para los servicios ejecutados en un establecimiento de MMH. La siguiente lista de servicios excluidos y limitados no debe ser considerada exhaustiva para todos los servicios que no están cubiertos por esta política. El Director Ejecutivo y/o el Director Financiero podrán aprobar, rechazar o limitar los elementos que no estén incluidos específicamente.

Exclusiones generales. Se excluyen los siguientes servicios y suministros:

- los que no sean proporcionados específicamente por Midland Memorial Hospital o un proveedor aprobado;
- los que no sean médicamente necesarios;
- los que se proporcionen a un paciente antes o después de las fechas en las que el paciente cumple con los requisitos para estar incluido en el programa;
- los que se brinden fuera de los Estados Unidos;
- los que el proveedor no reclame (facture) en los 90 días posteriores a partir de la fecha de servicio o 90 días a partir de la fecha de elegibilidad, si el paciente era elegible durante uno o más de los tres meses anteriores a los meses de la solicitud;
- los que sean proporcionados por un familiar directo o un miembro del hogar del paciente;
- los que se puedan pagar o estén disponibles a través de otras coberturas de salud, por accidentes o cualquier otra, por un sistema de beneficios privados o gubernamentales, por una tercera parte responsable legalmente o en virtud de otro contrato;
- los que sean brindados por establecimientos médicos militares o de Asuntos de Veteranos u hospitales del servicio de salud pública de Estados Unidos;
- los que estén vinculados a cualquier afección cubierta en virtud de las leyes de compensación laboral;
- los que se brinden a cualquier individuo que resida o esté encarcelado en una institución pública;
- los que brinden proveedores que no cumplan los requisitos o que estén suspendidos o excluidos.

Exclusiones específicas. Se excluyen los siguientes servicios o suministros específicos:

- los pagos separados por servicios y suministros a una institución que recibe pagos de un proveedor o cuenta con una fórmula de rembolso que incluye los servicios y suministros como parte de la atención institucional;
- los gastos separados por completar o presentar un reclamo bajo el programa;
- los servicios o suministros brindados en relación con una cirugía estética, excepto cuando se requiera para la reparación de una lesión accidental;
- la cirugía de baipás intestinal, cinturón gástrico o funda gástrica para el tratamiento de la obesidad;
- el pago por materiales, provisiones o exámenes para gafas (anteojos);
- los audífonos y los servicios vinculados con ellos;
- los aparatos ambulatorios u otros equipos médicos de utilización a largo plazo, excepto en el caso de

que se cuente con una autorización administrativa;
- la orientación social y/o académica, a excepción de los servicios de enseñanza/asesoramiento para personas con diabetes y los servicios de rehabilitación cardíaca, pulmonar y ambulatoria prestados en el Midland Memorial Hospital;
- los servicios de custodia;
- las autopsias;
- los servicios o las provisiones que no sean razonables ni necesarios para obtener diagnóstico o tratamiento;
- el aborto electivo;
- las dentaduras postizas;
- el tratamiento del pie plano, la higiene y el cuidado rutinario de los pies, incluido el corte o la eliminación de dureza, verruga, callo y el recorte de uñas;
- el tratamiento de quiropraxia;
- los procedimientos o servicios que se consideren experimentales o de investigación;
- la terapia de biodecodificación;
- los estimuladores vesicales;
- la quimionucleolisis para discos intervertebrales;
- la dermoabrasión;
- el análisis capilar;
- la hipertermia;
- las pruebas de infertilidad para cirugía;
- la embolización intravenosa: cerebral, maxilar y renal;
- la escleroterapia para articulaciones;
- las queratoprótesis o la queratoplastia refractiva;
- la mamoplastia o reconstrucción mamaria;
- las evaluaciones obsoletas para diagnóstico;
- el trasplante de órgano;
- el uso domiciliario de oxígeno y el equipo asociado a él;
- las prótesis peneanas;
- las operaciones de cambio de sexo;
- el procedimiento para revertir esterilización;
- la remoción de tatuajes;
- la termografía.

Servicios limitados.

- La plasmaféresis, a menos que se considere experimental o de investigación.
- La inmunoterapia para enfermedades malignas, a menos que se considere experimental o de investigación.
- Las circuncisiones rutinas a los pacientes de un año o más.

References: Patient Accounts-Forms, Financial Assistance Approval Letter (Spanish)
Financial Eligibility Office - Forms, Financial Assistance Application, SPANISH
Financial Assistance-Formulary (Spanish)

Revision number	Date	Description of Document or Document Change
5	11/06/2026	New Version - updated FY from 2026 to 2027 in Amounts Generally billed section.