

UNIVERSITY HEALTH SYSTEM, INC
KNOXVILLE, TENNESSEE
Ciclo de ingresos

Fecha: octubre de 2012 Departamento: Administrativo

Modificado: 6 de diciembre de 2023 Índice: 1014
24/01/2019/01.03.2018, 28/02/2017, 14/03/2016, 19/09/19, 12/05/19, 20/11/2020, 08/12/2021, 29/11/2022

Título: Política del Programa de Descuentos y Asistencia Financiera Página: 1 de 14

Creador: vicepresidente de ciclo de ingresos

I. Objetivo

University of Tennessee Medical Center (UTMC) y sus órganos reguladores, incluida la Junta Directiva, están comprometidos a proporcionar asistencia financiera para todo tipo de atención médica de emergencia y médicamente necesaria proporcionada a los pacientes que cumplan con los criterios financieros y de documentación definidos en esta política. Todos los pacientes revisados para recibir asistencia financiera serán considerados y evaluados de forma independiente y de buena fe y se harán concesiones en caso de circunstancias extraordinarias.

UTMC hará esfuerzos de buena fe para comunicar de forma adecuada la disponibilidad de asistencia financiera a sus pacientes, incluyendo:

- Letreros y folletos informativos colocados en las zonas de admisión y registro de las instalaciones de UTMC.
 - La información se proporcionará en inglés y en cualquier idioma que sea el idioma principal de al menos el 5% de los pacientes atendidos en UTMC.
- Se puede obtener una copia de la Política de asistencia financiera y de la solicitud de UTMC, al igual que del Resumen en lenguaje sencillo, en el sitio web de UTMC, www.utmedicalcenter.org.
- Se puede contactar a un consejero financiero de UTMC llamando al 865-251-4400 o visitando el área de registro del hospital en caso de tener preguntas o necesitar ayuda con respecto a la solicitud.
- Información incluida en o con cada estado de cuenta de los pacientes de UTMC sobre la disponibilidad de asistencia financiera, el número de teléfono del departamento que puede proporcionar información sobre la Política de asistencia financiera y el sitio web donde se pueden obtener copias de la política, la solicitud y el resumen en lenguaje sencillo.
- El sistema de telecomunicación GetWell también proporciona información sobre asistencia financiera.
- Se proporcionará información periódica sobre asistencia financiera al personal de UTMC y a los proveedores que interactúan regularmente con los pacientes.

UTMC hará esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente para asistencia financiera en virtud de esta política antes de iniciar cualquier actividad de cobranza extraordinaria como se define en, y en cumplimiento de, la Sección 501(r) del Código del Servicio de Rentas Internas. Véase la Política de facturación y cobro al paciente.

Los Programas de Asistencia Financiera son administrados por los asesores financieros de UTMC bajo la supervisión del director de acceso al paciente y del vicepresidente del ciclo de ingresos. La política se rige y es aprobada por la Junta Directiva.

Esta política se aplica a:

- A. The University of Tennessee Medical Center
- B. Consultorios médicos contratados por UTMC (véase el Apéndice B).

II. Definiciones

- A. Montos generalmente facturados (MGF): Se refiere a los montos generalmente facturados por atención médica de emergencia u otros servicios médicamente necesarios prestados a pacientes que tienen cobertura de seguro para dicha atención se calculan utilizando el método retrospectivo basado en la suma de las reclamaciones de Medicare y privadas pagadas dividida entre el total o el cargo bruto de dichas reclamaciones anualmente utilizando doce meses de reclamaciones pagadas.
- B. Período de solicitud: Se refiere al período en el que el garante puede solicitar y completar la solicitud de asistencia financiera. El período de solicitud es de 240 días a partir de la primera factura.
- C. Atención médica de emergencia: Se refiere a la atención hospitalaria proporcionada por una afección médica de emergencia.
- D. Actividades extraordinarias de cobranza: Se refiere a las actividades realizadas por un centro hospitalario contra un individuo en relación con la obtención del pago de una factura por la atención cubierta por la Política de asistencia financiera del centro hospitalario que implica la notificación de información adversa a las agencias de crédito del consumidor, la presentación de una demanda de cobro y el embargo de salarios.
- E. Ingreso familiar: Se refiere a la suma de los ingresos anuales y los beneficios en efectivo de una familia provenientes de cualquier fuente, antes de impuestos, menos el pago de manutención infantil.
- F. Número de miembros de la familia: Se refiere al número de exenciones personales permitidas en virtud de la legislación fiscal federal en la declaración del impuesto sobre la renta federal presentada más recientemente y en la que el paciente o el garante es una de las personas para las que se permite una exención personal.
- G. Guías federales de ingresos de pobreza (FPIG, por sus siglas en inglés): Se refiere a las Guías federales de ingresos de pobreza actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- H. Garante: Se refiere al cónyuge del paciente o, si este es menor de edad, sus padres o tutores.
- I. Cargo bruto: Se refiere al precio total establecido por el hospital para la atención médica que se cobra de forma consistente y uniforme a todos los pacientes antes de aplicar cualquier asignación contractual, descuento o asistencia financiera.
- J. Hospital: Se refiere a UT Medical Center
- K. Indigente desde el punto de vista médico: Se refiere a una persona que precisa de servicios médicos necesarios y que, si es un adulto, junto con su pareja, o cuyos padres o tutor, en caso de ser un menor o una persona dependiente, no disponen de ingresos y otros recursos, cualquiera que sea su origen, suficientes para pagar por los servicios médicos necesarios.
- L. Servicios médicamente necesarios: Se refiere a cualquier servicio de hospitalización o ambulatorio, incluidos los medicamentos o suministros proporcionados por el hospital que normalmente están cubiertos para los beneficiarios de Medicare con la misma presentación clínica que el paciente que solicita la ayuda financiera.
- M. Paciente: Se refiere a la persona que recibe servicios de UTMC o una persona que es garante del pago por los servicios recibidos de UTMC.
- N. Resumen en lenguaje sencillo: Se refiere a un documento escrito en el que se describen los requisitos de elegibilidad y la asistencia que se ofrece en el marco de la Política de asistencia financiera, cómo solicitarla y los datos de contacto para obtener más información y copias de la política y la solicitud.

- O. Paciente con seguro insuficiente: Se refiere a un paciente que está cubierto por una póliza de seguro de salud o es beneficiario en virtud de un plan de seguro de salud privado, beneficio de salud u otro programa de salud, seguro de responsabilidad por accidente u otro seguro de responsabilidad de terceros con límites de cobertura, deducibles, copagos o requisitos de coaseguro que pueden dar lugar a gastos de bolsillo que exceden la capacidad de pago del paciente, según lo determinado por UTMC.
- P. Paciente no asegurado: Se refiere a un paciente que no está cubierto por una póliza de seguro de salud ni es beneficiario en virtud de un plan de seguro de salud privado, beneficio de salud u otro programa de salud, seguro de responsabilidad por accidente u otro seguro de responsabilidad de terceros.

III. Descuentos y programas

A. Descuento para no asegurados

- a. UTMC aplica un descuento con base en los montos generalmente facturados a los pacientes no asegurados para la mayoría de los servicios del hospital. Este cálculo también cumple el requisito de la sección 68-11-262 del Código de Tennessee: Límite del monto de los cargos por servicios prestados a pacientes no asegurados. Algunos servicios están excluidos, y el descuento aplicable se refleja automáticamente en la factura del paciente. Este descuento se elimina si se determina posteriormente hay cobertura por parte del seguro y no puede combinarse con otros descuentos, a excepción del descuento por pronto pago.

B. Programa de Asistencia Financiera

- a. Los pacientes pueden calificar para el Programa de Asistencia Financiera de UTMC con base en el número de miembros de la familia y el ingreso familiar, de acuerdo con las Guías federales de ingresos de pobreza (FPIG). Véase el Apéndice A.
 - i. A los pacientes elegibles con un ingreso familiar para el número de miembros de la familia que no supere el 200% de las Guías federales de ingresos de pobreza se les proporciona un descuento del 100% de los cargos brutos del hospital para toda la atención médica de emergencia u otros servicios médicamente necesarios.
 - ii. A los pacientes elegibles con un ingreso familiar para el número de miembros de la familia superior al 200% pero sin exceder el 300% de las Guías federales de ingresos de pobreza se les proporciona un descuento del 80% de los cargos brutos del hospital para toda la atención médica de emergencia u otros servicios médicamente necesarios.

C. Servicios excluidos

- a. Algunos servicios no son elegibles para descuentos o programas; estos incluyen, entre otros
 - i. Cualquier servicio o tratamiento que no se considere médicamente necesario o que sea electivo.
 - 1. Cosmético
 - 2. Dental
 - 3. Tratamiento para la infertilidad
 - ii. Servicios con precios especiales
 - 1. Puntuación cardíaca
 - 2. Densidad ósea
 - 3. Asesoramiento nutricional
 - 4. Servicios bariátricos no cubiertos por el seguro

D. Presunción de elegibilidad

- a. Se presumirá que los pacientes no asegurados que hayan comprobado su situación de sinhogarismo, que estén incapacitados mentalmente y que no tengan a nadie que actúe en su nombre, que sean elegibles para Medicaid pero que no tenían Medicaid en la fecha del servicio (o que el servicio no estaba cubierto por Medicaid), que estén encarcelados y no tengan ingresos o que hayan fallecido y no tengan patrimonio son elegibles para recibir asistencia financiera sin necesidad de evaluaciones adicionales por parte de UTMC.
- b. UTMC puede utilizar fuentes de información de terceros y determinaciones de solicitudes de asistencia financiera anteriores para determinar la presunta elegibilidad.

- c. UTMC hará esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad y aplicar los descuentos por presunta elegibilidad a las cuentas de los pacientes tan pronto como sea posible después de que los servicios del hospital sean recibidos y antes de emitir un estado de cuenta del paciente.
- E. Otros descuentos para no asegurados
 - a. InterFaith:
 - i. InterFaith Health Clinic ofrece servicios en una escala de tarifa variable basada en el número de miembros de la familia y en el ingreso familiar y se ajusta a las Guías federales de ingresos de pobreza. UTMC se ha asociado con InterFaith y les ofrece un descuento a los pacientes de InterFaith con base en la escala de tarifa variable de InterFaith.
 - b. Knoxville Area Project Access (KAPA):
 - i. KAPA es una organización benéfica creada para brindar acceso a la atención médica a personas de bajos ingresos y sin seguro en el condado de Knox. La elegibilidad para KAPA se basa en el número de miembros de la familia y en el ingreso familiar y se ajusta a las Guías federales de ingresos de pobreza. UTMC se ha asociado con KAPA y ofrece un descuento a todos los pacientes de KAPA con base en las directrices de KAPA.
- F. Responsabilidades de los pacientes
 - a. A los pacientes se les exige que presenten una solicitud completa y precisa, tal y como se exige en esta política, dentro del periodo de solicitud.
 - b. Los pacientes deben solicitar la cobertura de programas públicos, como Medicare, Medicaid o cualquier otro programa para el que pueda existir una expectativa razonable de elegibilidad. Los pacientes tienen 30 (treinta) días para cumplir con este requisito. Por lo general, los solicitantes que hayan optado por rechazar el seguro médico disponible no serán tomados en cuenta para los descuentos de asistencia financiera.
 - c. Los pacientes actuarán de manera razonable y cooperarán de buena fe proporcionando toda la información financiera y demás información pertinente que se les solicite, así como la documentación necesaria para determinar su elegibilidad para la asistencia financiera, dentro de los 30 días siguientes a la solicitud de dicha información.
 - d. Los pacientes que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera deben pagar cualquier saldo descontado aplicable a su vencimiento o establecer un plan de pago aprobado a través de UTMC.
 - e. Los pacientes deberán informar sobre cualquier cambio importante en su situación financiera que pueda afectar su derecho a recibir asistencia financiera o su capacidad para cumplir con los pagos acordados.
 - f. Los pacientes que, a sabiendas, proporcionen información falsa como parte del proceso de solicitud, no serán elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de esta política.

IV. Proceso y procedimientos

- A. Proceso de aprobación
 - a. UTMC hará sus mejores esfuerzos para emitir una decisión de aprobación o denegación dentro de los 30 (treinta) días siguientes a la recepción de la solicitud debidamente completada.
 - i. Una vez que se haya tomado una determinación, el paciente recibirá por correo una carta de aprobación o denegación.
 - ii. Los pacientes pueden apelar la decisión de una solicitud por escrito enviando una copia de la solicitud, toda la documentación de respaldo y una carta en la que se explique por qué se debe reconsiderar la solicitud a la dirección que figura en la solicitud de asistencia financiera.
 - b. Los pacientes tendrán 30 (treinta) días para realizar cualquier corrección requerida en una solicitud o proporcionar la documentación adicional solicitada. Las solicitudes que permanezcan incompletas o las peticiones de información que no reciban una respuesta en un plazo de más de 30 (treinta) días podrán ser denegadas.

- c. Las aprobaciones de asistencia financiera se concederán por seis (6) meses. Los pacientes deben volver a presentar sus solicitudes cada seis (6) meses para continuar con la cobertura.
- d. Es posible que la elegibilidad en virtud de esta política no se aplique a todos los proveedores que brindan atención de emergencia o médicamente necesaria en el hospital. Los descuentos elegibles se aplicarán a todos los proveedores que estén empleados directamente por University Health Systems, Inc.
 - i. En el Apéndice B se encuentra una lista de los proveedores que aceptan descuentos en virtud de esta política. Esta lista se mantiene como un documento separado y muestra la fecha de su última actualización.
- e. Si un paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera después de emitir pagos a las cuentas del hospital, UTMC reembolsará el monto pagado por el paciente, a menos que el monto del reembolso sea de \$5.00 o menos.

B. Consideraciones de los ingresos

- a. Los programas de asistencia financiera toman en consideración el ingreso familiar de todas las fuentes para el cálculo para la elegibilidad, incluyendo los ingresos de empleo, los ingresos no devengados y los ingresos de trabajo independiente.
 - i. Ingresos de empleo: Ingresos brutos (antes de impuestos) devengados y pagados en un formulario W-2, incluidas horas extras, comisiones, bonificaciones y propinas.
 - ii. Ingresos no devengados: Ingresos brutos en efectivo procedentes de otras fuentes, como SSI, SSDI, compensación por desempleo, pagos de ingresos de jubilación y fondos de pensión, pensión de veteranos, discapacidad de veteranos, discapacidad privada, compensación al trabajador, manutención infantil, pensión alimenticia, ingresos de cuentas fiduciarias o anualidades, ingresos de propiedades en alquiler, ingresos por intereses, ganancias monetarias de la venta de activos, acuerdos legales, reembolsos de impuestos, ganancias netas de juegos de azar e ingresos de trabajo/estudio.
 - 1. Ingresos no devengados no incluidos: subvenciones y becas universitarias, pagos por cuidados de acogida, cupones de alimentos y vales y servicios del programa Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés), otras ayudas basadas en la necesidad proporcionadas por otras organizaciones sin fines de lucro, préstamos universitarios, pagos por seguros de vida de crédito o de incapacidad de crédito, ingresos por préstamos, ayuda en caso de catástrofes, cuentas individuales de jubilación (IRA, por sus siglas en inglés), pensiones y fondos de pólizas de seguro que no estén disponibles sin penalización.
 - iii. Ingresos de trabajo independiente: Ganancia neta de un solicitante que trabaja como independiente, calculada deduciendo los gastos de la actividad empresarial de los ingresos brutos.
 - 1. Se calcula tomando el mayor de los tres meses de depósitos brutos menos los gastos, o el total de los ingresos netos del negocio de la declaración de impuestos más reciente.
 - 2. Los gastos incluyen, entre otros, el alquiler del local comercial, los costos de venta al por mayor de la mercancía, los servicios públicos, los impuestos, la mano de obra y el mantenimiento del equipo necesario.

C. Consideraciones de los activos

- a. Los siguientes activos se toman en consideración para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera en virtud de esta política:
 - i. Activos con valores superiores al 300% de las Guías federales de ingresos de pobreza, excluyendo la residencia principal del paciente.
 - ii. Bienes personales
 - iii. Cualquier monto que se tenga en un plan de pensiones o de jubilación, excluyendo las distribuciones y los pagos que puedan incluirse en los ingresos.

D. Política de facturación y cobro

- a. La aprobación de los descuentos o programas descritos en esta política no elimina la responsabilidad individual de otros saldos médicos pendientes. Los saldos anteriores se revisan caso por caso. Las acciones que UTMC puede tomar en caso de falta de pago de las facturas del hospital se describen en la Política de facturación y cobro al paciente. Esta política está disponible y se encuentra en www.utmedicalcenter.org.

Apéndice A
Enero de 2024

Descuento para no asegurados	75%
------------------------------	-----

Guías federales de ingresos de pobreza de 2024						
Número de miembros de la familia	Descuento del 100%			Descuento del 80%		
	0%	-	200%	201%	-	300%
1	\$0	-	\$34,620	\$34,621	-	\$51,930
2	\$0	-	\$47,000	\$47,001	-	\$70,500
3	\$0	-	\$59,380	\$59,381	-	\$89,070
4	\$0	-	\$71,760	\$71,761	-	\$107,640
5	\$0	-	\$84,140	\$84,141	-	\$126,210
Persona adicional	\$12,380			\$18,570		

Guías actualizadas anualmente en base a las Guías federales de pobreza.

Apéndice B
Proveedores cubiertos por la Política de asistencia financiera
 Grupo médico universitario

Lista de contactos de consultorios médicos especializados

Nombre del consultorio	Dirección del consultorio	Médicos	Número de teléfono
University Heart Surgeons	1934 Alcoa Highway Suite E-260 Knoxville, TN 37920	Ben R. Barton, MD MHS Raymond A. Dieter III, MD Thomas E. Gaines, MD Sean Jordan, MD Christian P. Probst, MD MPH	865-305-6955
University Surgical Oncology	1926 Alcoa Highway Suite F-330 Knoxville, TN 37920	John L. Bell, MD Ashton J. Brooks, MD Laura M. Enomoto, MD Keith D. Gray, MD James M. Lewis, MD Jillian Lloyd, MD James Mcloughlin, MD Ryan K. Schmocker, MD	865-544-9218
University Cancer Specialist	1926 Alcoa Highway Suite F-350 Knoxville, TN 37920	David Aljadir, MD Esha Cannon, MD Antony Charles, MD Neil Faulkner, MD Ronald Lands, MD Kelly G. McCaul, MD James Musley, MD Susan Newman, MD Timothy Panella, MD Renju Raj, MD R. Ramchandren, MD Brittany Adams, NP Jessica Carringer, NP Jamie Ford, NP Sara Jones, NP Meredith Price, NP Courtney Roth, NP Sarah Scalt, NP Christine Wilson, NP Chris Yardell, NP	865-544-8780
University Cancer Specialists Sevierville	1130 Middle Creek Rd Sevierville, TN 37862	John Foust, MD Laura Spranklin, MD Sonya Knight, NP	865-428-6505
University Cancer Specialist Lenoir City	5779 Creekwood Park Suite 110 Loudon, TN 37772	Clarissa Geyer, MD Jennifer Huff, NP	865-458-3926
University Cancer Specialist Alcoa	270 Joule Street Alcoa, TN 37701	Eric Schrock, MD Kristy Klena, NP	865-977-6011
University Cancer Specialists Maryville	107 Gill Street Alcoa, TN 37701	Matthew McCarty, MD Leslie Mardis, NP	865-984-4043

University Gastroenterology	1928 Alcoa Highway Suite A-145 Knoxville, TN 37920	Mark Anderson, MD Benjamin Dalton, MD Sangeeta Gulati, MD Carlos A. Rollhauser, MD Ramanujan Samavedy, MD John Stancher, MD Tausha Monday, APRN	865-305-6570
University Genetics Center	1932 Alcoa Highway Suite C-290 Knoxville, TN 37920	Ilse Anderson, MD	865-305-9030
University Infectious Disease	1924 Alcoa Highway Box 114 Knoxville, TN 37920	Megan Edwards, MD John P. Narro, MD Mark S. Rasnake, MD Mahmound A. Shorman, MD Simi Vincent, MD	865-305-9340
UT Rheumatology Associates	1932 Alcoa Highway Suite C-550 Knoxville, TN 37920	Jeffry D. Bieber, MD Marcum W. Collins, MD Christy C. Park, MD	865-305-6543
UT Gynecology Oncology	1926 Alcoa Highway Suite F-410 Knoxville, TN 37920	Jonathan Boone, MD Larry Kilgore, MD Kristopher Kimball, MD Amanda O. Cameron, FNP Shelly Foust, ANP Elizabeth E. Shieh, FNP Larra “Scottie” Thomas, NP	865-305-5622
UT Women’s Specialty Care	1928 Alcoa Highway Suite B-300 Knoxville, TN 37920	Natalie Blache, MD Lisa Buckingham, MD Shenika D Welch Charles, MD Stephanie B. Cross, MD Allison M. Eaton, MD Brogan W. Fulks, MD K. Paige Johnson, MD Erinn Morgan, MD Walter W. Schoutko, MD Kelly M. Schwirian, MD Jaclyn Van Nes, MD Pryor V. Baird, WHNP Caroline F. Vaughn, WHNP Nikki B. Zite, MD, MPH	865-305-9799
UT Urogynecology	1930 Alcoa Highway Suite A-235 Knoxville, TN 37920	Bryce Bowling, MD Michael Polin, MD Jessica E. Dove, NP	865-305-5940
University Plastic and Reconstructive Surgery	1934 Alcoa Highway Suite A-235 Knoxville, TN 37920	Stephanos Boukovalas, MD Kathleen Herbig, MD Stacy Stephenson, MD Jesse R. Smith, MD Lindsay Dixon, PA Heather B. Kaparos, PA Mekia T. Kauffman, PA	865-305-4670

University Vascular and Transplant	1940 Alcoa Highway Suite E-120 Knoxville, TN 37920	Joshua Arnold, MD M. Ryan Buckley, MD Michael Freeman, MD Oscar Grandas, MD Michael McNally, MD Scott Stevens, MD Courtney Guider, NP Tracie R. Hall, NP Hogan D. Harrell, PA Karen J. Hensley, NP Steve L. McQueen, PA Bridgett Smith, FNP Kristy M. Wagner, PAC	865-305-8040
UT Sleep Disorders Center	1928 Alcoa Highway Suite B-303 Knoxville, TN 37920	Tina M. Dudley, MD Kevin Martinolich, MD Christopher M. Nolte, MD Michael R. Slattery, MD Arseniy V. Tsapenko, MD Barbara Salm, NP	865-305-9869
University Pulmonary and Critical Care	1940 Alcoa Highway Suite E-210 Knoxville, TN 37920	Sameh H. Attia, MD Benjamin T. Bevil, MD Isaac N. Biney, MD Paul R. Branca, MD J. Clay Callison, Jr., MD Rajiv Dhand, MD Tina Dudley, MD Katie E. Gardner, DO Jason W. Green, DO Jerod Kravitz, MD Michael T. McCormack, MD William P. Powers, MD Elise E. Schriver, MD James Shamiyeh, MD Francisco J. Soto, MD Ashish R. Thakkar, MD Arseniy Tsapenko, MD Steve Buckner, NP Travis Deyton, NP Amy, Glass, NP Carol Hawkins, NP Donna Heath, NP Brandon Milam, NP Janey Rouse, NP	865-524-7471
University Colon and Rectal Surgery	1934 Alcoa Highway Suite D-370 Knoxville, TN	Mark Casillas, MD Gregory K. Low, MD Andrew Russ, MD Niki L. Lovelace, NP	865-305-5335

University Radiation Oncology	1926 Alcoa Highway Suite F-130 Knoxville, TN 37920	Robert J. Bertoli, MD Steven V. Dill, MD Christine Lauro, MD Robert Miller, MD Erin Campbell, MS Terri Freeman, DSW Heather Hodge, NP Linda Quimby, MS	865-305-9040
University Cardiology	1940 Alcoa Highway Suite E-310 Knoxville, TN 37920	John Acker, MD Gayathri Baljepally, MD Raj Baljepally, MD Stuart J. Bresee, MD Matthew J. Chua, MD James W. Cox, Jr., MD Jerry J. Crook II, MD Steven Dolacky, MD Jeffrey B. Hirsh, MD D. Russell Huntsinger, Jr., MD Jeffory G. Jennings, MD Jeffrey H. Johnson, MD Anne K. Kassira, MD Kayleigh M. Litton, DO Joseph C. Liu, MD W. Jeremy Mahlow MD Muddassir Mehmood, MD Tjuan L. Overly, MD David Perkel, MD Benjamin I. Shepple, MD Carmelo V. Venero, MD Anthony R. Villarosa, MD Aimee A. Wehber, MD Lauren C. Ade, APRN Lisa A. Dugger, NP Haylee E. Flynn, NP Erick A. Greer, NP Carolyn E. Hodges, NP Lauren G. Mitchell, NP Anna H. Moore, FNP Lauren E. Monroe, NP Kari M. Self, NP Hope R. Sellars, NP	865-544-2800
University Rheumatology	1932 Alcoa Highway Suite C-580 Knoxville, TN 37920	Gary L. Klippie, MD	865-305-7438

University Neurohospitalists	1924 Alcoa Highway Box 56 Knoxville, TN 37920	Megan Bill, DO Alexander Hartman, MD Li Hua, PhD Muhammad Masud, MD Sarah Parker, MD Brian Wiseman, MD Ann Marie Forster, NP Erica Hill, NP Erin Pidkowicz, NP Sylvia Tony, NP Ashlie Wolfenbarger, NP	865-305-3792
Cole Neuroscience Center	9625 Kroger Park Dr Knoxville, TN 37922	Michelle Brewer, MD Monica Crane, MD John Dougherty, MD William Paulsen, MD Brian Wiseman, MD	865-909-4030
University Laborist	1930 Alcoa Highway Suite A-435 Knoxville, TN 37920	Kimberly Fortner, MD	865-305-8888
Hanna Cancer Associates	1926 Alcoa Highway Suite F-410 Knoxville, TN 37920	Wahid T. Hanna, MD Maci O'Conner, PA Lauren Newman, NP Nicole Shephard, NP Laura Jones, NP Kat London, NP Donetta Sinard, NP	865-544-9171

Se actualiza trimestralmente de acuerdo con los requisitos de la Norma 501R.

Solicitud de asistencia financiera de UTMC

Es posible que usted reúna los requisitos para recibir atención GRATUITA o CON DESCUENTO en UT Medical Center. Si desea que se le tome en cuenta para recibir asistencia financiera a través de UTMC, complete la solicitud que se encuentra en la parte posterior de esta lista de verificación. Es importante que complete la solicitud en su totalidad y envíe de vuelta toda la documentación necesaria dentro de los 240 días siguientes a su primer estado de cuenta para ayudar a UTMC a determinar su elegibilidad. Presente su solicitud a UTMC en persona o por correo a:

Correo: UT Medical Center Financial Assistance Program
PO Box 32749
Knoxville, TN 37930-2749

Llame a un asesor financiero de UTMC al 865-251-4400 si tiene alguna pregunta.

Los documentos enumerados a continuación nos ayudarán a evaluar su solicitud. Complete este formulario y preséntelo a UTMC junto con toda la documentación requerida que se indica a continuación dentro de los 240 días siguientes al primer estado de cuenta.

Certificación de ingresos:

- ◆ Debe proporcionar uno (1) de los siguientes documentos:
 - ✓ Declaración de impuestos federales más reciente
 - ✓ Formularios W-2 o 1099 recientes
 - ✓ Los dos (2) comprobantes de pago más recientes
 - ✓ Verificación de ingresos por escrito por parte del empleador si le paga en efectivo
 - ✓ Carta(s) de beneficios de la Seguridad Social, en caso de no tener ingresos
 - ✓ Documentación relativa a cualquier otra fuente de ingresos: Pensión, desempleo, pensión alimenticia, manutención infantil, beneficios de la Administración de Veteranos, etc., si procede.
 - ✓ Cualquier otra forma razonable de verificación de ingresos que acepte UTMC
- ◆ Debe proporcionar:
 - ✓ Estado de cuenta bancario más reciente

Otra documentación, si procede:

- ✓ Copia de la sentencia de divorcio
- ✓ Declinación o denegación de cobertura de seguro

Explicación con respecto a cualquier documento que falte:

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA DE UTMC

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PACIENTE (SOLICITANTE)

Números de cuenta: _____

Nombre		Fecha de nacimiento	Dirección - calle, ciudad, estado, código postal			
Número de Seguro Social		Teléfono de la casa		Celular		Dirección de correo electrónico
¿Empleado? S o N	Fecha de contratación:	Fecha de desempleo:	¿Empleado independiente? S o N	¿Estudiante? S o N	¿Discapacitado? S o N	¿Jubilado? S o N
Nombre del empleador		Número de teléfono del empleador	Dirección del empleador			

SECCIÓN 2: CÓNYUGE o GARANTE (indique la relación con el paciente): _____

Nombre		Dirección - calle, ciudad, estado, código postal				
Teléfono de la casa		Celular				
¿Empleado? S o N	Fecha de contratación:	Fecha de desempleo:	¿Empleado independiente? S o N	¿Estudiante? S o N	¿Discapacitado? S o N	¿Jubilado? S o N
Nombre del empleador		Número de teléfono del empleador	Dirección del empleador			

SECCIÓN 3: ELEGIBILIDAD PARA SEGURO DE SALUD

SECCIÓN 4: CRITERIO DE PRESUNCIÓN DEL HOSPITAL

¿Estuvo su atención relacionada con un accidente? S o N	¿Ha solicitado Medicaid? S o N	¿Tiene cobertura en virtud de COBRA? S o N		¿No tiene hogar el paciente actualmente? S o N
¿Fue víctima de un presunto delito? S o N	¿Tiene seguro? S o N	Compañía de seguros:	Fecha de entrada en vigor:	¿Es el paciente elegible para Medicaid? S o N
¿Se debió su atención a una lesión relacionada con el trabajo? S o N	¿Tiene seguro secundario? S o N	Compañía de seguros:	Fecha de entrada en vigor:	¿Está el paciente incapacitado mentalmente y no tiene a nadie que actúe en su nombre? S o N
¿Recibe usted servicios públicos estatales como TANF, alimentos básicos o WIC? S o N	¿Ha solicitado un seguro? S o N	Seguro solicitado:	Fecha de solicitud:	¿Ha fallecido el paciente y no tiene patrimonio? S o N

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA Y EL GRUPO FAMILIAR

Número de personas que viven en el hogar:	Número de dependientes legales:	Edad de los dependientes legales:
---	---------------------------------	-----------------------------------

SECCIÓN 6: SI NO ESTÁ ASEGURADO Y RESPONDIÓ "SÍ" A ALGUNA DE LAS PREGUNTAS DE LA SECCIÓN 4, ESTA SECCIÓN NO ES NECESARIA.

SECCIÓN 6A: INGRESOS BRUTOS MENSUALES			SECCIÓN 6B: ACTIVOS			SECCIÓN 6C: GASTOS MENSUALES	
Ingresos:	Paciente/solicitante:	Cónyuge/garante:	Activos:		Valor:	Si no está asegurado y sus ingresos mensuales son inferiores a \$2,000, esta sección no es necesaria.	
Salarios:	\$	\$	Cuenta corriente:	S o N	\$	Vivienda:	\$
Trabajo independiente:	\$	\$	Cuenta(s) de ahorro:	S o N	\$	Servicios públicos:	\$
Seguro Social:	\$	\$	Acciones/Bonos/CD:	S o N	\$	Alimentación:	\$
Pensión o jubilación:	\$	\$	Fideicomiso(s):	S o N	\$	Transporte:	\$
Discapacidad:	\$	\$	Cuentas de ahorro para la salud o de gastos flexibles:	S o N	\$	Gastos médicos:	\$
Desempleo:	\$	\$	401K:	S o N	\$	Cuidado de niños:	\$
Compensación al trabajador:	\$	\$	Vehículo:	S o N	\$	Préstamos:	\$
Asistencia temporal:	\$	\$	Otros vehículos:	S o N	\$	Préstamos:	\$
Manutención infantil:	\$	\$	Bienes inmuebles/propiedad:	S o N	\$	Hipoteca:	\$
Pensión alimenticia o apoyo al cónyuge:	\$	\$	Propietario de un negocio:	S o N	\$	Hipoteca:	\$
Otros ingresos:	\$	\$	Otros activos:	S o N	\$	Otros gastos:	\$
Ingreso mensual total:	\$	\$	Valor total de los activos:	\$		Total de gastos mensuales:	\$

Certifico que todo lo que aparece en esta solicitud es verdadero y correcto a mi leal saber y entender. Comprendo que la información proporcionada puede ser verificada por UTMIC y autorizo a UTMIC a ponerse en contacto con terceros para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Comprendo que si, a sabiendas, proporciono información falsa en esta solicitud, no seré elegible para recibir asistencia financiera.

Firma del solicitante: _____ Fecha: ____/____/____

Aprobado: S N Motivo: _____ Firma autorizada de UT: _____ Fecha: ____/____/____