



Facility Name:	Mercy Revenue Cycle	
Policy / Procedure:	MRC PSERV Financial Assistance Program Policy_Hospital and Health Services_Spanish	
Original Effective Date:	7/1/2007	
Version Effective Date:	1/1/24	
Approved:	Garrett Kates (Exec Dir-Pat Receivables Mgmt)	Date: 02/12/2024

PROPÓSITO

Identificar y prestar asistencia a los pacientes que son financieramente o médicamente indigentes y demuestran incapacidad para pagar por el cuidado médicamente necesario proveído para ellos o sus dependientes que califiquen bajo las guías de elegibilidad y los procesos de evaluación definidos en esta política.

Además, esta política contendrá las siguientes descripciones:

- Criterios de elegibilidad para la asistencia financiera
- Describa la base para calcular los Montos Generalmente Facturados (MGF) a los pacientes elegibles para asistencia financiera bajo esta política
- Describir el método por el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera
- Limitar las cantidades que el hospital cobrará por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria proporcionada a las personas elegibles para recibir asistencia financiera para el MGF
- Describir las acciones que se pueden tomar en caso de impago
- Determinación de la elegibilidad presunta
- Lista de departamentos de proveedores cubiertos por esta política de asistencia financiera del hospital

POLÍTICA

Mercy afirma y mantiene su compromiso de cubrir las necesidades médicas y de salud de nuestras comunidades de manera consistente con nuestra Misión, Visión y Valores. Mercy se reserva el derecho de definir y revisar los criterios que determinan la asistencia financiera.

Mercy utilizará la consejería financiera, la evaluación a la hora de servicio, las declaraciones de los pacientes, y/o valoración financiera de activos o bienes durante el proceso de cobranza para identificar a aquellos pacientes que califiquen para asistencia financiera.

Mercy ofrece asistencia financiera al paciente en caso de emergencia u otras necesidades médicas. Las Pautas Federales de Ingresos y Pobreza, las cuales toman en cuenta ingresos económicos, bienes y número de familiares (paciente, cónyuge, y dependientes), se usan para determinar el nivel de asistencia financiera disponible. Los rangos de asistencia financiera serán revisados anualmente al arrojar los Rangos de Ingresos de Pobreza Federales y actualizados en la política de Mercy para coincidir con el comienzo de cada año fiscal



A los pacientes que califican para recibir asistencia financiera no se les requerirá pagar más de lo generalmente cobrado a individuos que están recibiendo atención médica en Mercy y que sí cuentan con seguro médico. La cantidad generalmente cobrada a los individuos que cuentan con seguro médico está establecida como un porcentaje de descuento basado en un método de estudio que considera descuentos permitidos a Medicare por gasto por servicio y a todas las aseguradoras médicas privadas que pagan reclamos a los hospitales de Mercy. A los pacientes que califican para recibir asistencia financiera no se les cobrará más del 21% de su responsabilidad financiera. Una determinación de asistencia financiera será un beneficio de asistencia financiera no menor al 79% de la responsabilidad financiera del paciente, efectiva por un periodo de 6 meses para los pacientes que hayan sido aprobados por medio de una solicitud verbal o escrita. Ver Monto Generalmente Facturado (MGF) bajo la sección VIII.

Mercy proporcionará información con respecto al Programa de Asistencia Financiera en la comunidad a través de las cuentas de los pacientes, letreros y folletos en áreas de acceso a pacientes y/o en las áreas de tratamiento. La solicitud para pedir Asistencia Financiera y la política de la empresa están disponibles tanto en inglés como en los otros idiomas que predominan en el área, y puede ser obtenida en las oficinas del proveedor, en la oficina de registro del lugar, en Servicio al Cliente o en línea en: www.mercy.net/fa.

- Las solicitudes completadas de asistencia financiera se pueden devolver a:

Mercy Health

Atención: Asistencia Financiera

1570 W. Battlefield, Suite 120

Springfield MO 65807

Fax: 417-829-4604

Correo electrónico: mercyhealthcommunitiesfap@mercy.net

Las preguntas sobre la política de asistencia financiera pueden dirigirse al servicio al cliente de Mercy Health al 855-420-7900.

DEFINICIONES DE LA POLÍTICA

Necesidad Médica – Los servicios médicos o suministros necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, o síntomas que cumpla los estándares de medicina aceptados. De acuerdo a su cobertura, la necesidad médica de un individuo se describe en la póliza de asistencia médica. En caso que el individuo no cuente con seguro médico, el concepto de Necesidad Médica, Mercy definirá el mismo. La Necesidad Médica excluye servicios no médicos generalmente provistos a solicitud del paciente o bajo otros beneficios, incluyendo más no limitado a, dental, ocular, y servicios de aparatos auditivos.



Ingresos del Hogar – Incluye pero no esta limitado a: incluye pero no limitado a: ingresos, compensación por desempleo, compensación al trabajador, Seguro Social, seguro de ingreso suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobreviviente, pensión o ingresos de jubilación, interés, dividendos, rentas, regalías, renta de propiedades, fideicomisos, pensión alimenticia y otras fuentes diversas. El ingreso de los hogares no incluye manutención al menor, préstamos estudiantiles y beneficios becas o subvenciones estudiantiles no monetarias (tales como estampillas para alimentos y subsidios de vivienda).

Herramienta de Terceros – Contrato con un vendedor que provee a Mercy con un estimado del ingreso del hogar.

Tamaño del Hogar - Número de personas viviendo en la misma residencia.

PROCEDIMIENTO

I. Solicitudes para Asistencia Financiera

a. Tipos de Solicitudes

- i. Una Solicitud de Asistencia Financiera se puede entregar por escrito (solicitud en papel), verbalmente (proveer información oral), o una combinación de ambas.
 1. **Solicitudes por escrito:** Los pacientes pueden pedir una solicitud por escrito para pedir asistencia en cualquier momento o encontrar la solicitud en www.mercy.net/fa. La información de una solicitud de Medicaid poder ser usada en lugar de la Solicitud de Asistencia Financiera en papel.
 2. **Solicitudes Verbales:** Los pacientes pueden solicitar verbalmente expresando interés en asistencia financiera a la hora de obtener cuidado, durante la registración por teléfono, después de comunicarse con Elegibilidad de Servicios o a través de Servicio al Cliente. Durante el proceso de solicitud verbal, se les preguntara a los pacientes información básica del hogar para ayudar a Mercy a determinar elegibilidad. Si el vendedor utilizado como herramienta de terceros determina que el paciente tiene alta propensión a pagar o que el vendedor utilizado como herramienta de terceros no pueda arrojar información de su situación financiera (retorno nulo) y/o en caso de discrepancia entre información del hogar prevista por el paciente y los resultados de la herramienta de terceros, que sugiera diferentes descuentos de asistencia financiera.

II. Evaluación de Elegibilidad para Seguro Médico

- a. Mercy Requiere que pacientes quienes califican para seguro médico obtengan cobertura antes de pedir asistencia financiera, o completar una Averiguación de Elegibilidad de Seguro Médico. Si la Averiguación de Elegibilidad de Seguro Médico indica que el paciente puede ser elegible para Medicaid, el paciente debe hacer un esfuerzo en buena fe para obtener cobertura.
- b. A los pacientes quienes tienen seguro médico no se les requiere que completen la Averiguación de Elegibilidad de Seguro Médico

III. Determinación de Elegibilidad



- a. La asesoría del estado financiero del paciente utilizará las respuestas proveídas en las solicitudes verbales o escritas, verificación de estas respuestas utilizando una herramienta de terceros, y/o documentación necesitada para validar el ingreso actual del hogar, y el número de personas en el hogar.
- b. Mercy utiliza las Pautas Federales de Pobreza descritas en el Inciso A para determinar el nivel de asistencia financiera disponible para el paciente.
- c. Mercy pedirá que los pacientes agoten todas las opciones alternas de pago incluyendo, pero no limitadas a, programas de asistencia local, estatal y federal disponibles al paciente (e.g. llenando una Solicitud de Medicaid u obteniendo seguro médico disponible) y requiriendo que los pacientes busquen cuidado dentro de la red, antes de considerar una solicitud de asistencia financiera.

IV. Periodo de Cobertura

- a. A los pacientes quienes solicitan asistencia financiera serán notificados de elegibilidad (aprobados o negados) para asistencia financiera por medio de carta
- b. Si es aprobado, el paciente recibirá el descuento financiero apropiado en los servicios elegibles que se facturaron por primera vez al paciente en los 240 días anteriores. Además, el paciente recibirá el descuento por los servicios elegibles que se le facturarán *durante* 6 meses a partir de la fecha de la carta de aprobación. Al final de 6 meses, el paciente puede solicitar una reevaluación o completar una nueva Solicitud de Asistencia Financiera.
- c. Al procesarse la cuenta aprobada para asistencia financiera, todas las fechas de servicio que califiquen para Ajustes de Asistencia Financiera serán revisadas para identificar cualquier pago personal que exceda la responsabilidad del paciente. En caso que un Ajuste de Asistencia Financiera causen un crédito en un HAR, este será realocado hacia cualquier otro balance que se le deba a Mercy antes de considerarse un reembolso.

V. Servicios Incluidos y Excluidos

- i. Todos los servicios profesionales son excluidos de la Política de Hospital y Servicios de Salud de Asistencia Financiera a menos que específicamente estén en la lista de incluidos. Hacer referencia al **Inciso C** incluido para la lista completa de servicios incluidos
- ii. Servicios no emergentes recibidos por pacientes con seguro que no son cubiertos dentro de la red por su seguro no calificaran para asistencia financiera a menos que su plan ofrezca beneficios fuera de la red.
- iii. La asistencia financiera solo aplicará a la porción que le corresponda al paciente después de que pagos hechos por terceros sean aplicados.
- iv. La asistencia financiera no será otorgada si la(s) cuenta(s) están relacionadas a un reclamo de herida personal, demanda, compensación al trabajador o sucesión de herencia como ejemplos.

VI. Presunta Asistencia Financiera



- a. Tratando de identificar a los de mayor necesidad financiera, Mercy utilizará una herramienta de terceros para identificar a los pacientes que están en o por debajo del 200% del nivel federal de pobreza con baja propensión a pagar. Mercy otorgará a estos pacientes asistencia financiera presuntamente, sin el requisito de una solicitud.
- d. Inicial Presunta
 - i. Los pacientes pueden recibir asistencia financiera (sin solicitar) al momento en que *deuda cae al balance que se debe*, si su situación financiera, por herramienta de terceros, indica que esta por debajo del 200% de la FPL (Tabla de Pobreza Federal) y su habilidad de pagar es baja lo cual se identificara al paciente elegible para un 100% ajuste de caridad para ese encuentro individual.
- e. Presunta al Final
 - i. Los pacientes pueden recibir asistencia financiera (sin solicitar) *antes de enviar la cuenta a colecciones* si su situación financiera (por medio de herramienta de terceros) cambió (y ahora califica) desde que el balance cayó a responsabilidad del paciente y fue originalmente asesorado. El mismo criterio será usado. La FPL (Tabla de Pobreza Federal) es 200% o más baja y si su habilidad de pagar es baja, lo cual identificará que el paciente sea elegible para un 100% ajuste de caridad para encuentro individual.
- f. Evaluación de Elegibilidad para Seguro Médico
 - i. Aunque no se requiere una evaluación para seguro médico para los pacientes sin seguro antes de recibir presunta asistencia financiera, si en algún momento se identifica que un paciente califica para cobertura, se espera que el paciente haga el esfuerzo para obtener cobertura cuando sea posible.
- E. Determinación de Elegibilidad
 - ii. Vea arriba en la sección III .
 - iii. Además, si un paciente tiene fuentes alternativas de pago (seguro, plan de costo compartido que permitan reclamar pago por el proveedor, ayuda de copagos etc.) los reclamos/peticiones serán sometidos y considerados por la fuente antes de que el paciente reciba Presunto descuento
- g. Encuentros que califican
 - i. Si un paciente califica para presunta asistencia financiera, solamente a ese encuentro individual se le aplicará la asistencia financiera.
- h. Servicios Incluidos y Excluidos
 - i. Vea la sección V.
- i. Solicitud vs. Presunta
 - i. Si un paciente ha solicitado (verbal u oralmente) asistencia financiera y También califica para un presunto descuento, el descuento presunto tomará precedencia, dando al paciente el descuento más alto posible.

VII. Incumplimiento en Pagos

- a. Mercy cobra la responsabilidad del paciente por medio de estados de cuentas mensuales. Los pacientes son responsables de pagar sus cuentas. Los pacientes que reciben Asistencia Financiera deberán planear los pagos restantes dentro del plazo establecido en el estado de cuenta. Si no se recibe un pago o no se proporciona un domicilio válido durante 3 meses del envío del estado de cuenta, la misma será enviada



a una agencia de colecciones. Para evitar acudir a la agencia de colecciones, Mercy cuenta con asesores financieros y representantes de servicio al cliente a disposición del paciente para aclarar dudas, de lunes a viernes y en los horarios mencionados en el estado de cuenta

- b. Las cuentas remitidas a la agencia de cobranza estarán sujetas a esfuerzos adicionales de cobro; incluyendo Acción Extraordinaria de Cobro, hasta e incluyendo, gravámenes, informes de crédito, embargo de salarios y aplazamiento de servicios por servicios recibidos en ubicaciones específicas de acuerdo con las Pautas de Liquidación Financiera del Paciente. Incluso con saldos colocados en una agencia de cobranza, los pacientes pueden presentar una solicitud de asistencia financiera durante el período de solicitud de 240 días a partir de la primera fecha de estado de cuenta facturado. Los pacientes pueden enviar esas solicitudes de solicitud poniéndose en contacto con un asesor financiero como se detalla en nuestra sección de Política al principio de este documento.

VIII. Montos Generalmente Facturados

- a. Mercy utilizará un método retrospectivo para determinar la cantidad generalmente facturada (MGF). Bajo este método, se calcula anualmente un descuento porcentual sobre las reclamaciones permitidas por atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria proporcionada a pacientes cubiertos por Medicare cobro-por-servicio y aseguradoras de salud privadas durante los últimos 12 meses. Los pacientes que califican para asistencia financiera no estarán obligados a pagar más de la cantidad generalmente facturada a las personas que reciben atención en Mercy que tienen un seguro que cubre dicha atención. Mercy limitará la cantidad cobrada por la atención de emergencia y médicamente necesaria proporcionada a los pacientes que son elegibles para asistencia financiera bajo esta póliza a no más del porcentaje de MGF calculado anualmente.
- b. Comunidad del Suroeste de Missouri de Mercy: Si los pacientes que se presentan para recibir servicios en la comunidad del Suroeste de Missouri de Mercy (que incluye: hospital de Joplin, Hospital de Carthage, Hospital de Columbus, Hospital de Especialidades del Sureste de Kansas y Clinicas Comunitarias del Suroeste de Missouri) califican para los Nivele 2 y no pagan la cantidad porcentual requerida, los servicios puedenser diferidos o el acuerdo de atención terminado. Consulte [MHJC PSER Patient Financial Clearance Guidlines](#).
- c. El porcentaje de MGF se calculará para cada hospital y se actualizará anualmente. Mercy evaluará todas las instalaciones calculadas en porcentaje de MGF individualmente y utilizará para la base de la determinación de esta póliza el más bajo



de esos cálculos con respecto a la determinación de MGF como base para todas las instalaciones cubiertas dentro de esta póliza. (Véase el Anexo D)

EXCEPCIONES

- I. Clínicas del Servicio Nacional de Salud (NHSC): Se ha designado una solicitud y política separada para servicios recibidos en localidades designadas NHSC. La Solicitud NHSC no incluye uso de herramienta de terceros y la situación financiera del paciente se revisa basada solamente en los documentos requeridos o descritos en la política para estos balances, la solicitud NHSC-específica deberá ser entregada por el paciente. Los pacientes que soliciten la consideración de Asistencia Financiera para servicios de Mercy recibidos fuera de la ubicación NHSC no tendrán que llenar ambas solicitudes, Mercy y NHSC. Únicamente deberá completarse el proceso de aprobación estándar de Asistencia Financiera Mercy (la solicitud de Asistencia Financiera tradicional se puede tomar *por teléfono, etc.*).
 - a. Para aquellos pacientes que entreguen tanto balances de NHSC como otros para ser considerados, el porcentaje de descuento de asistencia financiera determinado por el proceso de evaluación y aprobación de la Asistencia Financiera Mercy será aplicado a ambos balances, NHSC y balances que no sean NHSC.
 - b. En caso de que el paciente reciba asistencia financiera a través del proceso de solicitud NHSC y posteriormente recibe servicios fuera de la ubicación NHSC, Mercy aplicará la determinación del porcentaje NHSC al balance apropiado de Mercy durante el periodo aprobado, a menos que surja una diferencia significativa en el proceso de aprobación.
 - c. Si un saldo no de NHSC no califica para recibir asistencia financiera, el saldo NHSC será considerado separadamente.
- II. Servicios de Clínica Comunitaria: Hay otros programas Clínicos Comunitarios de asistencia financiera que sustituyen la Política de Asistencia Financiera de los Hospitales Mercy y los Servicios de Salud, excepto por las ubicaciones NHSC identificadas, en donde la excepción antes mencionada se aplica. De otra forma, refiérase a las políticas de comunidad local.
- III. Patients en Reducción de gastos: Mercy utilizara information verificada por el estado para atribuir los ingresos del hogar para determinar si el pacietne califica para asistencia financiera.
- IV. Hospital Mercy Clínica JFK: Las pautas de asistencia financiera para pacientes de JFK están definidas en el Inciso B. Los pacientes interesados en solicitar servicios de asistencia caritativa recibidos en una Clínica JFK, tendrán que llenar una Solicitud de Asistencia Financiera de la Clínica JFK en lugar de la Solicitud de Asistencia Financiera de Mercy. Los pacientes que se presentan en las clinicas de JFK no seran evaluados bajo las pautas resumidas en la seccion de la Asistencia Financiera Presunta (VI).
- V. Comunidad del Suroeste de Missouri de Mercy: Los pacientes que se presenten para recibir servicios en la comunidad del Suroeste de Missouri de Mercy (que incluye: Hospital de Joplin,



Hospital de Carthage, Hospital de Columbus, Hospital de Especialidades del Sureste de Kansas y Clínicas Comunitarias del Suroeste de Missouri) no serán evaluados bajo las pautas de la sección de Asistencia Financiera Presunta (VI).

- VI. Política de Caridad Internacional: La Política de Caridad Internacional reemplaza esta política. Ver la Política de Caridad Internacional.

- VII. Estado Financiero del Paciente – Los pacientes encarcelados o sin hogar y que se confirme que no se puede facturar a ninguna otra parte responsable, se considerarán 100% de asistencia financiera. Las cuentas de bancarrota al momento de la notificación de la presentación se considerarán 100% caritativas. Los fallecidos serán revisados por un proveedor externo y, una vez que se determine que son incobrables, se considerarán 100% de caridad, a menos que la colocación de deudas incobrables haya excedido los 365 días, entonces se considerará 100% deudas incobrables.

- VIII. Gestión del Ciclo de Ingresos – Las cuentas que se administran bajo una relación client/tercero recibirán asistencia financiera de acuerdo con el porcentaje de descuento en su propia póliza, sin incluir la escala de porcentaje de descuento de Mercy.

- IX. Instituto Quirúrgico Principal: Servicios prestados por Especialista en Instituto Quirúrgico Principal serán excluidos del Programa de Asistencia Financiera

- X. Comunidad de Mercy Southeast Missouri: Los servicios proporcionados por Mercy Hospital Southeast, Mercy Hospital Stoddard, Mercy Hospital Stoddard RHC y Mercy Clinic Southeast están excluidos de esta política. Los pacientes deberán cumplir con la política específica y única relacionada con esas ubicaciones para recibir asistencia con sus gastos médicos. Los pacientes que hayan recibido servicios en estas ubicaciones pueden obtener una copia de la solicitud de asistencia financiera, un resumen en lenguaje sencillo o obtener más información mediante:
 - a. Ponerse en contacto con un asesor financiero al 573-651-5511
 - b. Visitar nuestro sitio web en <https://www.sehealth.org/patients-visitors/billing-services/financial-assistance/>
 - c. Visitar una ubicación de servicios financieros en el lugar en las siguientes direcciones:
 - i. Mercy Hospital Southeast: 301 S. Broadview St, Cape Girardeau, MO 63703
 - ii. Mercy Hospital Stoddard: 1200 N. One Mile Road, Dexter, MO 63841

- XI. Servicios establecidos como “Excluidos” en el Inciso C.



DISTRIBUCIÓN

- I. Agencias de Cobranza
- II. Liderazgo Financiero
- III. Liderazgo MRM
- IV. Cumplimiento y Riesgo de Negocio

INCISOS

- A. Pautas de Pobreza Federal Actualizadas al Año en Curso – Niveles de Asistencia Financiera Fiscal Actualizadas
- B. Pautas de Ajuste de Asistencia Financiera de Hospital Mercy Clínica JFK
- C. Lista de Servicios Incluidos y No Incluidos

ADJUNTOS

Solicitud de Asistencia Financiera (Inglés y español) a continuación:

<https://www.mercy.net/content/dam/mercy/en/pdf/financial-assistance-application-mercy.net-and-clinic.pdf>

<https://www.mercy.net/content/dam/mercy/en/pdf/financial-assistance-program-application-spanish.pdf>



INCISO A

Mercy Financial Assistance Guidelines

Based on 2024 Federal Poverty Income Guidelines

Family Size				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Level	% of Poverty Level	Hospital Discount	Physician Discount	Range	Range	Range	Range	Range	Range	Range	Range	Range	Range
I	0 - 200%	100%	100%	\$0.00 - \$30,120	\$0.00 - \$40,880	\$0.00 - \$51,640	\$0.00 - \$62,400	\$0.00 - \$73,160	\$0.00 - \$83,920	\$0.00 - \$94,680	\$0.00 - \$105,440	\$0.00 - \$116,200	\$0.00 - \$126,960
II	201% - 300%	80%	70%	\$30,121 - \$45,180	\$40,881 - \$61,320	\$51,641 - \$77,460	\$62,401 - \$93,600	\$73,161 - \$109,740	\$83,921 - \$125,880	\$94,681 - \$142,020	\$105,441 - \$158,160	\$116,201 - \$174,300	\$126,961 - \$190,440

For family units with more than 10 persons, add \$5,380 to household income range for each additional person. *Effective 02.01.2024

INCISO B

Mercy Hospital Clínica JFK – St. Louis, MO

Pautas de Ajuste de Asistencia Financiera

Nivel	% FPG	Cuota	Ubicación	Médico	Total
I	0-200	\$5.00	-	\$5.00	\$5.00
II	201-300	\$25.00	\$5.00	\$20.00	\$25.00

MERCY HOSPITAL CLÍNICA JFK – PACIENTES CALIFICADOS

Los pacientes que no cuenten con seguro se aceptarán como pacientes establecidos en la clínica. Si tienen acceso a un seguro, no serán aceptados para recibir servicios en Mercy Hospital Clínica JFK; esto incluye niños que puedan calificar para recibir Medicaid.

EXCEPCIONES

Servicios de Laboratorio

A los pacientes que reciban servicios de laboratorio el mismo día que visiten la clínica se les exigirá que paguen la parte del nivel aprobado de co-pago de asistencia caritativa, además del pago con descuento del laboratorio.

Servicios Obstétricos

Las tarifas de la clínica cubren todas las visitas, laboratorios, ultrasonidos, partos y visitas posparto. Además, se cubren los cargos del recién nacido y una visita para el bebe. Estas tarifas son evaluadas



anualmente con un precio con descuento y se aplicarán a todos los pacientes inscritos en Hospital Mercy Clínica JFK.

Dental

Las limpiezas dentales para pacientes sin seguro tienen un costo de \$30.00 para adultos y \$25.00 para menores. Si se requiere de trabajo reconstructivo, esos servicios tendrán que ser prepagados.

**Favor de utilizar la solicitud de Hospital Mercy Clínica JFK (inglés y español):*

https://www.mercy.net/content/dam/mercy/en/pdf/financial_assistance_application_jfk_clinic_english_posted_20160915.pdf

https://www.mercy.net/content/dam/mercy/en/pdf/mercy_hospital_jfk_clinic_financial_assistance_application_spanish_posted_20161207.pdf

INCISO C

LISTA DE SERVICIOS INCLUIDOS Y NO INCLUIDOS

SERVICIOS INCLUIDOS

- Todos los Servicios de Hospital
- Servicios de Laboratorio Mercy
- Servicios Mercy de Atención a Domicilio
- Servicios de Cuidados Paliativos Mercy
- Servicios Mercy de Infusión a Domicilio

***Arreglos de Precios Especiales no aplican con la asistencia financiera, y los descuentos de por no tener seguro no aplican con la asistencia financiera.**

Todos los Servicios Profesionales son excluidos excepto los Servicios Profesionales en la Lista del Inciso C los cuales están incluidos en la Póliza de Asistencia Financiera de Servicios de Salud del Hospital

Community	Department	Billing System
Ada	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS	PB
	CENTRO DEL SUEÑO	PB
	SERVICIOS CARDIOPULMONARES	PB
Ardmore	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS	PB
Aurora	ANESTESIA	HB



	MEDICINA OCUPACIONAL - Dr Jordan	HB
	DOCTORES DE EMERGENCIA	HB
	HOSPITALISTAS	HB
	ECO PF	HB
	ASISTANTES DE CIRUGÍA - Dr Henderson	HB
Berryville	ANESTESIA	HB
	DOCTORES DE EMERGENCIA	HB
	HOSPITALISTAS	HB
	ECO/FLUIDO DE SANGRE PF	HB
	CLÍNICA DE REUMATOLOGIA	HB
Booneville	CRNA ANESTESIA	HB
	CUARTO DE OPERACION RURAL (Dr. Ahmed)	HB
	MEDICINA FAMILIAR RH BOONEVILLE	PB
	FTSMMC MEDICINA FAMILIAR MAGAZINE	PB
Carthage (McCune Brooks)	DOCTORES DE EMERGENCIA	HB
	CLÍNICA DE PACIENTES EXTERNOS Reumatología	HB
	CLÍNICA DE PACIENTES EXTERNOS Neuro logía	HB
	CLÍNICA DE PACIENTES EXTERNOS EKG PF	HB
	CENTRO DE TERAPIA DE DOLOR	HB
	ECO PF	HB
	CIRUGÍA DE TRAUMA DE GUARDIA (Dr. Hargroder)	HB
	PEDIATRÍA BUENA VISTA	PB
	WOMENS HEALTH CARTHAGE	PB
	MEDICINA FAMILIAR MEDICA PARK DRIVE (Dr. Haffner)	PB
Cassville	ANESTESIA	HB
	DOCTORES DE EMERGENCIA	HB
	HOSPITALISTAS	HB
	MEDICAL CLINIC DEPARTMENT - Dr Jordan	HB
	ECO PF	HB
	ASISTENTES DECIRUGÍA - Dr Flake	HB
El Reno	CARDIOPULMONAR	PB
	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS	PB
	CUIDADOS BÁSICOS EL RENO 27TH ST	PB
Fort Scott	ANESTESIA	HB
	DOCTORES DE EMERGENCIA	HB
	MEDICINA FAMILIAR RH LINN COUNTY	PB
	MEDICINA FAMILIAR RH ARMA	PB



	CIRUGÍA GENERAL FT SCOTT	PB
	ORTOPEDIA FT SCOTT	PB
	GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA FT SCOTT	PB
	CONVENIENT CARE S NATIONAL	PB
	CUIDADO DE HERIDA DE OSTOMÍA	PB
	IMAGEN FORT SCOTT	PB
	MEDICINA NUCLEAR	PB
	VIA CHRISTI CLÍNICA MERCY LLC	PB
	CUIDADOS BÁSICOS FT SCOTT	PB
Fort Smith	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	PB
	MEDICINA DE EMERGENCIA HOSPITAL DE ORTOPEDIA	PB
Healdton	DOCTORES DE EMERGENCIA	HB
	CUIDADO PRIMARIO HEALDTON	PB
Jefferson	N/A	
Joplin	DOCTORES DE EMERGENCIA	PB
	MEDICINA FAMILIAR RH NEOSHO	PB
Kingfisher	SERVICIOS DE APOYO DE ANESTESIA	HB
	DOCTORES DE EMERGENCIA	HB
	HIPERBARICO/OP HERIDAS	HB
Lebanon	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	HB
	OCUPACIONAL MED PF	HB
Lincoln	ANESTESIA	HB
	DOCTORES DE EMERGENCIA	HB
	HOSPITALISTAS MERCY LINCOLN	HB
	CUIDADO DE URGENCIA CTR-TROY	HB
	STLMC MEDICINA FAMILIAR 1003 E CHERRY	PB
	STLMC MEDICINA FAMILIAR WINFIELD	PB
	STLMC MEDICINA FAMILIAR ELSBERRY	PB
	STLMC PRIMARY CARE 1165 E CHERRY	PB
	STLMC MEDICINA FAMILIAR 900 E CHERRY	PB
	STLMC PSYQUIATRÍA 900 E CHERRY	PB
Logan County (Guthrie)	DOCTORES DE EMERGENCIA	HB
	HOSPITALISTAS-LOGAN CTY	HB
	CENTRO DE LA HERIDA	HB
	ECO PF	HB
	OKMC CUIDADO PRIMARIO EDMOND I35	PB
	OKMC CUIDADO PRIMARIO GUTHRIE ACADEMY	PB



	OKMC CUIDADO PRIMARIO EDMOND WATERLOO	PB
	OKMC CUIDADO PRIMARIO OKLAHOMA CHRISTIAN	PB
	OKMC MEDICINA FAMILIAR RH CRESCENT	PB
	OKMC CUIDADO BASICO RH GUTHRIE DIVISION	PB
	OKMC MEDICINA FAMILIAR RH GUTHRIE DIVISION	PB
Love County	DOCTORES DE EMERGENCIA	HB
Maude Norton (Columbus)	SALUD DE CORPORATIVA	HB
	DOCTORES DE EMERGENCIA	HB
Mountain View	SERVICIOS DE ANESTESIA	HB
	DOCTORES DE EMERGENCIA	HB
	HOSPITALISTAS	HB
	NEUROLOGÍA PF	HB
	MEDICINA OCUPATIONAL PF	HB
	PULMONOLOGÍA-MT VIEW PF	HB
	ECO PF	HB
	BRONCODIAL PF	HB
	MEDICINA DEL SUEÑO PF	HB
Oklahoma City	EEG	PB
	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS	PB
	ULTRASONIDO	PB
Ozark (Turner)	CRNA ANESTESIA	HB
	FTSMMC MEDICINA DE EMERGENCIA OZARK	PB
	HOSPITALISTAS	HB
Paris (Logan)	CRNA ANESTESIA	HB
	HOSPITALISTAS	HB
	CUIDADO DE URGENCIA	PB
	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA	PB
Perry	SERVICIOS DE ANESTESIA	HB
	EKG	HB
	HOSPITALISTAS	HB
	DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS	HB
	RADIOLOGY	HB
Rogers	N/A	
South	URGENT CARE	PB
Springfield	DOCTORES DE EMERGENCIA	HB
	CENTRO DE RECURSOS EDUCACIONALES (Diab Self Mgt Entrenamiento)	HB
	CENTRO DEL DOLOR DE CABEZA	HB



	AUTOBUS DE SALUD MÓVIL	HB
St Louis	DOCTORES DE EMERGENCIAS	HB
	MÉDICOS DE URGENCIAS	HB
	DIETISTA -CLRKS & CLYTN	HB
	ED UNIDAD CLÍNICA DE DECISION	PB
	HOSPITAL JFK CLÍNICA DE SALUD DE COMPORTAMIENTO	PB
	HOSPITAL JFK CLÍNICA	PB
	MEDICINA INTEGRAL Y CENTRO DE CANCER DESERVICIO DE TERAPIA	PB
	AUDIOLOGÍA OFALLON	PB
	MEDICINA INTEGRAL Y SERVICIOS DE TERAPIA TESSON	PB
	MEDICINA INTEGRAL Y SERVICIOS DE TERAPIA OLIVE	PB
	AUDIOLOGÍA INFANTIL OLIVE MASON	PB
	SERVICIOS DE MEDICINA INTEGRATIVA AND TERAPIA CLYNTN CLRKS	PB
	CUIDADO DE EMERGENCIA CHESTERFIELD VALLEY	PB
Tishomingo	DOCTORES DE EMERGENCIA	HB
Waldron (Scott County)	CRNA ANESTESIA	HB
	ENDOSCOPIA PF	HB
	CUARTO DE OPERACIONES RURAL (Dr. Ahmed)	HB
	MEDICINA FAMILIAR RHC MANSFIELD	PB
	MEDICINA FAMILIAR RHC WALDRON	PB
Washington	DOCTORES DE EMERGENCIA	HB
	DOCTORES DE CUIDADO URGENTE	HB
	HOSPITAL WASH MCAULEY SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO	PB
	HOSPITAL WASH MCAULEY SERVICIOS DE SALUD DENTAL	PB
	HOSPITAL WASH MCAULEY SERVICIOS DE SALUD ADULTA	PB
	HOSPITAL WASH MCAULEY SERVICIOS DE SALUD DE LA MUJER	PB
	HOSPITAL WASH MCAULEY SERVICIOS DE SALUD INFANTIL	PB
Watonga	DOCTORES DE EMERGENCIA	HB
	HOSPITALISTAS - WATONGA	HB

Servicios Excluidos/Descuentos

SERVICIOS NO HOSPITALARIOS

Servicios Residenciales (nota:camas balanceadas son elegibles para caridad)

Farmacia a menudeo

Tienda Óptica



Servicios de Enfermería Privada
Salud Corporativa
Medicina Integral

Todos los Servicios No Listados como Incluidos

NO MÉDICAMENTE NECESARIOS

Cosmético
Rehabilitación Cardíaca y Pulmonar Fase III
Aparatos Auditivos
Evaluaciones de Manejo

OTROS DESCUENTOS

Arreglos de Precios Especiales (precio por paquete) no califican para Asistencia Financiera.
Una cuenta no puede recibir ambos, descuento por no tener seguro y Asistencia Financiera. Si se le otorga Asistencia financiera, el descuento por no tener seguro será revocado.



Exposición D
Montos Generalmente Facturados

Instalación	MGF %
Jefferson	27
South (formerly SAMC)	30
Saint Louis	30
Lincoln	36
Washington	26
Aurora	41
Berryville	34
Cassville	41
Lebanon	34
Springfield	27
Saint Francis	42
Ada	29
Ardmore	28
Healdton	55
Kingfisher	54
Logan County (Guthrie)	43
Oklahoma City	27
Tishomingo	56
Watonga	56
Bonneville	42
Fort Smith	29
Ozark (Turner)	43
Paris (Logan)	42
Waldron (Scott County)	41
Berryville	34
Northwest Arkansas	25
Joplin	26
Maude Norton Columbus	70
Southeast Kansas	21
Carthage McCune Brooks	36