



Anexo 4

Memorial Medical Center

Explicación de los montos generalmente facturados a los pacientes

Al 1.º de febrero de 2016

A aquellos pacientes que reciban asistencia bajo la Política de ayuda económica (FAP, Financial Assistance Policy) de Memorial Health System (MHS) no se les cobrará más que los montos generalmente facturados (AGB, Amounts Generally Billed) a los individuos que poseen cobertura de seguro. El monto que se le cobra a un paciente elegible para la FAP corresponde al monto por el cual el paciente es personalmente responsable después de aplicarse todos los descuentos (incluidos los descuentos disponibles bajo la FAP) y cualquier pago de seguro. Para determinar el valor de los AGB, MHS multiplica los cargos brutos del paciente correspondientes a los servicios de emergencia o cuidado médico necesarios por el porcentaje del AGB.

El porcentaje de los AGB se calcula anualmente dividiendo la suma de los montos permitidos para todos los reclamos del hospital por parte de los aseguradores de salud privados y Medicare durante un período de doce meses anterior por la suma de los cargos brutos asociados a estos reclamos. A tal efecto, el monto permitido incluye el monto que será reembolsado por el asegurador y el monto (según corresponda) por el cual el individuo es personalmente responsable de pagar a través de copagos, coseguros o deducibles.

En base a los reclamos del año calendario 2015, el porcentaje de los AGB de Memorial Medical Center fue del 31,0 %. MHS incluye en su FAP un descuento para los pacientes no asegurados. El monto del descuento se determinó con el fin de evitar que se cobre a los pacientes un monto superior a los AGB. Al 1.º de febrero de 2016, el descuento para pacientes no asegurados era del 70 %.

Para obtener más información sobre los montos generalmente facturados, consulte la información de contacto en el directorio de centros.