



Declaración de política

Anderson Regional Medical Center (ARMC) se compromete a proporcionarles atención compasiva y de alta calidad a Ud. y a su familia. Con el fin de mantener nuestros altos estándares de prestación de servicios de salud y de la manera más económica, se requiere el uso de sistema de co-pago. Como parte de la misión de ARMC para cumplir con las necesidades de salud de nuestra comunidad, el Hospital les ofrece ayuda financiera a los pacientes que no cuentan con recursos económicos para pagar la atención médica o servicios de emergencia necesarios. Esta política establece los requisitos para el programa de ARMC de Ayuda Financiera (AF).

Propósito

Para nuestros pacientes que lo necesitan, esta política les sirve para establecer y garantizar un método justo y constante para la evaluación y la finalización de solicitudes de ayuda financiera. Esta política se extiende en cumplimiento con el Artículo 501 (r) del Código de Impuestos Internos.

Alcance

Esta política se aplica a toda atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria proporcionada por los siguientes (denominados colectivamente como "ARMC"):

- Anderson Regional Medical Center
- Anderson Regional Medical Center South y su filial
- Clínicas de Salud de zona rural - Airpark, Enterprise, y Children's (Clínica de Niños)
- Para obtener una lista completa de los proveedores que se adhieren a esta política, favor consultar el Apéndice B
- Por ejemplo declaraciones de los proveedores cubiertos, consulte el apéndice B-1
- Para obtener una lista completa de los proveedores que no se adhieren a esta política, consulte el apéndice D

Significados

Consulte el Apéndice A - Glosario de Política

Artículo 1 Estipulaciones

ARMC les ofrece un programa AF para mitigar las barreras financieras y así recibir atención de emergencia y médica necesaria a los pacientes elegibles no obstante su edad, discapacidad, sexo, raza, religión, condición social o de inmigrante, orientación sexual, nacionalidad, o condición de membresía del paciente.

Sección 1.1 Servicios Elegibles Bajo la Política de Ayuda Financiera

AF se puede aplicar a todos los servicios de emergencia y de atención médica necesarios proporcionados por la instalación, incluso atención brindada por una entidad relacionada, sustancialmente tal como:

- Centro Médico para pacientes internados - "instalación", servicios realizados en ARMC y ARMC South, incluso rehabilitación internada y Psiquiatría Geriátrica.
- Centro médico para pacientes ambulatorios – "instalación", servicios de consulta externa realizados en ARMC y ARMC South incluyendo Anderson Pain and Wound Clínica (tratamiento de dolor y herida).
- Clínicas de zona rural - Airpark, Enterprise, y Children's Clinic (Clínica de Niños)
- Favor consultar el Apéndice B para una lista completa de los proveedores que se adhieren a esta política.

Sección 1.2 Ayuda Financiera No Se Aplicará a los Siguietes:

- Clínicas afiliadas periféricas – consulte el Apéndice D, lista de proveedores para los proveedores afiliados que no se adhieren a esta política.
- Cualquiera de los servicios electivos considerados de naturaleza cosmética
- Tratamiento o procedimientos no cubierto
- Farmacia minorista

Artículo 2 Cómo Solicitar Ayuda Financiera

Sección 2.1

- Como parte de pre-admisión, registro y / o proceso de descarga, representantes de ARMC le preguntarán al paciente cómo piensa pagar los servicios del Centro Médico. Se seguirán todos los reglamentos aplicables de EMTALA. Si el paciente alega incapacidad de pagar, el personal de ARMC puede ayudarle al paciente a completar la solicitud para AF. Los pacientes que no se califican según las medidas presuntivas deben completar y enviar una solicitud AF para solicitar el programa AF.
- La solicitud del programa AF describe la información y documentación personal, financiera y otra que el paciente debe someter para respaldar la determinación de elegibilidad para los programas de cobertura de salud públicos y privados, así como el programa AF. ARMC tiene el consentimiento del paciente para verificar toda la información sometida por el paciente.
- El requisito de documentación se puede eliminar en caso de que los asesores financieros de ARMC, o sus proveedores externos pueden utilizar fuentes externas de datos o herramientas electrónicas para verificar el estado financiero de fiador del paciente o, para apoyar la determinación de elegibilidad.

- Para obtener ayuda con la solitud de la política AF, favor comunicarse con: *Patient Financial Services* 601-553-6 850

Sección 2.2

Los pacientes que desean solicitar AF deben presentar una solicitud AF dentro de los 240 días después del recibo del primer estado de cuenta después del alta que corresponde a la atención recibida.

Sección 2.3

- Las solicitudes completas que incluyen toda la información y documentación requerida deben presentarse a ARMC para determinar su elegibilidad. Las solicitudes completas pueden ser:
- Enviadas por correo a: *Patient Financial Services* 2124 14th Street, Meridian, MS 39301, o,
- Entregadas en persona a la dirección anotada en la línea previa.

Sección 2.4

ARMC revisa solicitudes entregadas dentro de los treinta días hábiles después del recibo para determinar si el paciente es elegible de acuerdo con la Política de AF ARMC

Sección 2.5

No se consideran las solicitudes incompletas. En este caso, se le avisa por teléfono o por correo al solicitante que su solicitud está incompleta y se le brinda un plazo de dos semanas para añadirle información faltante a la solicitud. (Es decir, el plazo empieza al momento de notificación, que sea por correo o telefónica).

Sección 2.6

- ARMC tiene el derecho de, y puede, revocar, anular o modificar fallos a nuestra discreción:
- En caso de fraude, falsificación, robo, cambio al estado financiero de un paciente u otras circunstancias que debilitan la integridad del programa AF.
- Si se descubre información de cobertura de salud o de otras fuentes de pago después de que un paciente haya recibido AF, se pueden producir ajustes de facturación retroactivos

Sección 2.7

En el caso de que un paciente cree que su aplicación no se consideró adecuadamente, puede presentar una solicitud por escrito pidiendo reconsideración. La solicitud debe incluir la información que no fue presentada con la solicitud original para respaldar la

razón de apelar la decisión. La carta de denegación de solicitud del paciente proporciona información sobre el proceso de apelación.

Sección 2.8

Si se determina que un paciente tiene la capacidad de pagar el saldo completo o parte de la factura de auto-pago y el estado financiero del paciente cambia desfavorablemente en una fecha posterior, el paciente puede solicitar reconsideración del saldo restante de su cuenta.

Artículo 3 Elegibilidad del Programa

Sección 3.1

Se la hace la evaluación al paciente para determinar elegibilidad para AF a la mayor brevedad posible. ARMC no puede negar AF en virtud de su política por el hecho de que el solicitante no proporcione información o documentación, a menos que la información o documentación se describa en la solicitud de AF.

Sección 3.2

La evaluación de elegibilidad de un paciente para AF incluye los siguientes pasos:

3.2.1

Los pacientes reciben asesoramiento financiero, referencia y ayuda para mejor identificar posibles programas de cobertura de salud públicos o privados para ayudar con las necesidades a largo plazo.

- El paciente debe cooperar con el Centro Médico Regional de Anderson *ARMC) o sus agentes en la búsqueda de cualquier cobertura disponible, ya sea por medio de agencias gubernamentales, o por cobertura de seguros privados.

3.2.2

Los pacientes serán evaluados para determinar si cumplen con los criterios de elegibilidad presunta.

Elegibilidad presunta existe bajo las siguientes condiciones:

- Los extranjeros ilegales cuya identidad no se puede ser establecer
- Difuntos sin herencia o familiares conocidos. Criterio debe incluir: obtener una carta de la familia indicando que no queda inscrita ninguna sucesión en Chancery Clerk Office y / o ningún activo. Se utiliza software interno (*Search America*) para validar los activos por el Administrador de Crédito. Todas las sucesiones en Chancery Court serán validados por el Administrador de Crédito.

- Personas transitorios, indigentes
- Las personas cuya identidad no se puede establecer - El Director Financiero de Orientación o Director del Ciclo de Ingresos debe aprobar estas cuentas como Atención Brindada por Caridad.
- Si un paciente se determinó previamente tener derecho de ayuda financiera dentro de los últimos 6 meses, existe presunta elegibilidad.

Sección 3.3

Se puede exigir a los pacientes que cumplen según presunta elegibilidad proporcionar información financiera básica y dar fe a su validez.

Sección 3.4

Cualquier paciente que cumple con los criterios de elegibilidad presunta es elegible para ayuda financiera.

Sección 3.5

Los pacientes que no cumplen los criterios de elegibilidad presunta son evaluados para determinar si cumplen con los criterios de elegibilidad AF.

- Número de dependientes (en base a las Directrices del IRS) que residen en un hogar y su ingreso anual bruto combinado, además de otros factores.
- Además de los ingresos, otros factores incluyen: otros activos, cantidad y frecuencia de los gastos médicos, la capacidad actual en comparación a la del futuro para adquirir ingresos, etc.
- Indigente financieramente: La determinación de la indigencia financiera se basa en un cálculo de rentabilidad que considera la interacción entre los ingresos del hogar, número de dependientes del hogar, las directrices de accesibilidad y el saldo restante de la cuenta auto-pago.
- Directrices de Accesibilidad – Las Directrices de Accesibilidad se desarrollan a partir de las Directrices Federales de Pobreza, junto con las directrices establecidas por la autoridad de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD)

Artículo 4 Estructura de Fallos del Programa de Ayuda Financiera

Sección 4.1

ARMC proporciona ayuda financiera a los pacientes elegibles en alguna de las siguientes maneras:

- Para un determinado curso de tratamiento y / o episodio de atención.

- Los pacientes pueden ser elegibles para AF hasta 6 meses después de la determinación de elegibilidad inicial basada en una entrevista con los consejeros financieros.

Sección 4.2

ARMC utiliza el método *Mirar Hacia Atrás* para calcular los montos que generalmente se facturan (AGB) a los asegurados en caso de urgencia y otros servicios médicos necesarios. Para más detalles relacionados con el cálculo AGB y el porcentaje aplicable actualmente, consulte Apéndice C. Después de una determinación de la elegibilidad AF, la persona elegible para AF no se le cobrará más de AGB para atención de emergencia ni por ningún tipo adicional de atención médica necesaria.

Sección 4.3

Base de cálculo de los montos cobrados por AF

- 4.3.1** Los pacientes sin seguro elegibles reciben un descuento de ayuda financiera (sujeto al copago que se describe en la sección 4.4) en todos los servicios elegibles y suministros médicos.
- 4.3.2** Los pacientes asegurados elegibles reciben un descuento de ayuda financiera (sujeto al copago que se describe en la sección 4.4) para la parte de la factura que no está cubierta por el seguro.
- 4.3.3** Los pacientes asegurados elegibles se les puede pedir que proporcione documentación (por ejemplo, Explicación de beneficios o EOB) para determinar la parte de la factura no cubierta por el seguro.
- 4.3.4** Los pacientes asegurados elegibles deben entregar a ARMC los pagos recibidos de su aseguradora.
- 4.3.5** Pacientes sin seguro que son elegibles bajo esta política no se le cobrará más de las cantidades que generalmente se facturan a los pacientes asegurados que reciben equivalente cuidado.

Sección 4.4

Todos los pacientes elegibles serán responsables de un co-pago, como se detalla a continuación. El co-pago será el menor de los montos indicados a continuación o un monto que no excederá a los que generalmente se les cobran a las personas aseguradas que reciben cuidado equivalente. El co-pago no se paga por adelantado por los pacientes que reciben servicios de urgencias.

- No se le negará al paciente servicio de urgencias y otra atención médicamente necesaria debido a un saldo pendiente con ARMC.
- Reglamentos EMTALA (Tratamiento Médico de Urgencias y Parto Activo), requieren que se realice una revisión médica para determinar si un paciente

está experimentando una situación de urgencia o si una mujer está en parto activo, antes de solicitar cualquier arreglo financiero. Si después de la revisión médica para determinar si existe una condición médica de urgencia, resulta que no hay ninguna condición emergente, se puede solicitar pago antes de continuar con el tratamiento.

- Donde no existe una condición emergente, todos los pacientes sin seguro médico están obligados a pagar un co-pago de \$ 150 para cada visita a Servicio de Urgencias. Este monto de copago no es elegible para ayuda financiera y sólo se aplica a los cargos de "Instalación"
- Todos los pacientes Internados sin seguro están obligados a pagar un co-pago de \$ 200 por día, hasta un máximo de \$ 800. Este monto de copago no es elegible para ayuda financiera y sólo se aplica a los cargos de "Instalación"
- Todos los pacientes Ambulatorios del Medical Center no asegurados están obligados a pagar un co-pago de \$ 150 por visita. Este monto de copago no es elegible para ayuda financiera y sólo se aplica a los cargos de "Instalación".
- Todos los pacientes en Observación del Medical Center no asegurados están obligados a pagar un co-pago de \$ 200 por día. Este monto de copago no es elegible para ayuda financiera y sólo se aplica a los cargos de "instalación".

Sección 4.5

En el caso de que el individuo pagó en exceso por un episodio de atención, la organización hará una devolución del pago en exceso o aplicarlo a un saldo pendiente por los servicios prestados por ARMC.

Todos los créditos resultantes de los pagos realizados por los pacientes, que no califican para un reembolso, se aplicarán a otra cuenta abierta como la primera opción para reducir los saldos pendientes de pago, en particular para los pacientes mayores de edad y en estado de mala deuda.

Artículo 5 Acción en Caso de Falta de Pago

Sección 5.1

El Consejero de Ayuda Financiera de la organización tiene la autoridad final para tomar determinaciones de elegibilidad. ARMC no lleva a cabo, ni permite que ninguna agencia de cobro lleve a cabo por su parte, las acciones de cobro contra los individuos antes de los 120 días siguientes a la facturación inicial. Después de la facturación inicial ARMC hará esfuerzos razonables para notificar al paciente sobre la ayuda financiera ofrecida. Los siguientes esfuerzos de recolección se llevarán a cabo en circunstancias apremiantes después del período de notificación de 120 días y después

de la aprobación del personal de ARMC. Para comunicarse con ellos, marque 601-553-6850

5.1.1 Acciones de cobro permitidos incluyen, pero no se limitan a:

- El embargo de salarios
- Acción legal
- Informes de crédito

5.1.2

ARMC notificará a los pacientes al menos 30 días antes de realizar cualquiera de las acciones de cobro anteriores

Sección 5.2

Antes de emprender una acción (s) de cobro o informarle a una agencia de crédito o de colección, se les informará al paciente / fiador sobre el programa de ayuda financiera.

Sección 5.3

ARMC o agencias externas de cobro cancelan y devuelven de forma retrospectiva, las cuentas que califiquen como cuidado de caridad de acuerdo con los criterios de elegibilidad descritos en el programa de ayuda financiera.

Sección 5.4

Antes de tomar acciones legales por falta de pago de las facturas médicas, se ofrece asesoría financiera para determinar si el paciente / fiador es elegible para los programas aplicables de ayuda pública o el programa de ayuda financiera.

Sección 5.5

Cuando se han producido esfuerzos de recolección razonables y la deuda paciente / fiador se considera incobrable dentro de un mínimo de 120 días después de que el estado de cuenta inicial, los créditos calificados serán colocados con una agencia de colección.

Sección 5.6

ARMC puede contratar servicios de recolección externos para demandar el pago de las cuentas morosas. Todas las cuentas pendientes de pago sin excepciones previas ni arreglos de pago serán pasadas a una agencia de colección externa después de que ocurre un mínimo de 120 días a partir del estado de cuenta inicial y la entrega de todos los estados de cuenta programados para el paciente / o fiador. La agencia de colección no puede informarle a la oficina de crédito antes de pasar 120 días después de la entrega del estado de cuenta inicial.

Sección 5.7

Las agencias de cobro pueden reportar información adversa a una de reportaje de crédito del consumidor o iniciar una acción civil contra el paciente / garante por falta de pago sólo después de realizar colecciones apropiadas de acuerdo con el contrato y la ley. ARMC mantiene el derecho de solicitar eliminaciones de cuentas reportadas a una agencia de crédito sólo debido a errores.

Artículo 6 Medidas para Dar a Conocer el Programa de Ayuda Financiera

Sección 6.1

- Información sobre el programa de ayuda financiera y la disponibilidad de asesoramiento financiero es comunicada ampliamente. Se incluye, pero no está limitada, a los siguientes medios de comunicación.
- El asesoramiento para ayuda financiera de ARMC está disponible para todos los pacientes.

Sección 6.2

Información sobre el programa de ayuda financiera, incluyendo copias de la política de ayuda financiera, cómo solicitar ayuda financiera (por ejemplo, formulario de solicitud) y folletos sobre el programa están disponibles para el público en general sin costo ninguno. Esta información está disponible en cualquiera de las siguientes maneras:

- Para copias electrónicas, consulte la página web de ARMC www.andersonregional.org
- Para pedir copias escritas (sin costo), solicítelas por correo a: Patient Financial Services 2124 14th Street, Meridian, MS 39301
- Para pedir copias escritas (sin costo) en persona, preséntese a la oficina de Patient Financial Services: 2124 14th Street, Meridian, MS 39301
- Las copias escritas también están disponibles (sin costo) en la oficina de admisión y en el departamento de servicio de urgencias
- En los estados de cuenta / facturas.
- Desde el personal de ARMC a petición.

Sección 6.3

ARMC informa a las agencias públicas locales y a las organizaciones comunitarias que se ocupan de las necesidades de salud de la población de bajos ingresos.



Los montos que generalmente se facturan - a los efectos de esta política de ayuda financiera, son los montos totales esperados que cubrirían los gastos de los servicios brindados por esta instalación si el paciente tuviera cobertura de seguro externa. El porcentaje del monto que generalmente se factura se determina por tomar la suma de los montos totales permitidos por aseguradoras y Medicare y dividirlo por la suma de las cargas brutas asociadas a esos reclamos durante un período de 12 meses.

Ayuda financiera - es el costo de proporcionar atención gratuita o con descuento a las personas que no pueden pagar, y para el que, en última instancia ARMC no espera el pago. ARMC clínica puede determinar la imposibilidad de pagar antes o después de proporcionarle al paciente los servicios médicos necesarios. Esto también se conoce como atención de caridad.

Mala deuda - es el costo de proporcionarles servicio a las personas que son capaces, pero no quieren pagar la totalidad o una parte de los gastos médicos que les corresponden.

Servicios de la Instalación - Servicios proporcionados por, o en algún sitio de, la instalación de cuidados intensivos, que se factura como parte del cobro de las clínicas. Esto no incluye "servicios profesionales".

Servicios Profesionales - Servicios proporcionados por un médico, o proveedor aprobado, que puede facturar legalmente por aparte para estos servicios por separado de los servicios de la instalación. Estos servicios no incluyen "servicios de la instalación".

Servicios Médicamente Necesarios - Servicios obligados a:

- diagnosticar o prevenir una enfermedad, lesión o afección ◦ asegurar que una condición no empeore,
- disminuir el dolor o la gravedad de una condición,
- ayudar a mejorar una condición, o
- restaurar las habilidades perdidas (rehabilitación)

Servicios Que No Son Médicamente Necesarios - Los servicios que son electivos, que no necesariamente se requieren para

- diagnosticar o prevenir una enfermedad, lesión o afección,
- asegurar que una condición no empeore,
- disminuir el dolor o la gravedad de una condición,
- ayudar a mejorar una condición, o
- restaurar las habilidades perdidas (rehabilitación)

Saldo Asequible - El saldo asequible es el saldo que le toca al paciente no asegurado que Anderson Regional Medical Center ha determinado capaz de pagar a través de criterios establecidos y análisis.

El tamaño del hogar - El número de personas (en base a las directrices del IRS) que viven en la misma casa o apartamento que el paciente donde el paciente o fiador es él que se encarga de sus necesidades financieras.

Ingreso del Hogar - es "ingreso bruto" sin considerar la retención de impuestos. El ingreso del hogar incluye ingresos de todas las fuentes, incluyendo pero no limitado a: empleo,



discapacidad, desempleo, seguro social, trabajo por cuenta propia, ingresos por alquiler, pensiones, regalías, pensión alimenticia, venta de activos, etc., incluyendo ingresos ilegales o ingresos no reportados a autoridades fiscales.

Servicio Dirigido - pagadores externos que mantienen un contrato formalizado con Anderson Regional Medical Center (ARMC)



Apéndice B - Lista de Proveedores elegibles para Asistencia Financiera

Anderson Cancer Center
Anderson Express Care Clinic
Anderson Family Medical Center-Airpark
Anderson Family Medical Center-Enterprise
Anderson Regional Medical Center
Anderson Children's Medical Clinic
Anderson Professional Services

Apendice B-1 Ejemplo de declaraciones para proveedores cubiertos

GUARANTOR NAME

STATEMENT DATE

GUARANTOR NUMBER

09/05/17

GN

PATIENT NAME / DATE	ACCOUNT NO. / DESCRIPTION	SERVICE/ADMIT DATE	CHARGES/PAYMENTS ADJUSTMENTS	ACCOUNT BALANCE
	Previous Balance	04/03/17	151.16	151.16
	Total Due			

Payments and charges received after the statement date will be reflected on the next statement.

IMPORTANT MESSAGES

See Back For More Information.



The premier medical care provider in East Mississippi & West Alabama.



Get answers to your medical questions from home



Get your test results faster



Keep track of your family's health



Online Payment Manager: www.andersonregional.org



E-mail: patientaccounts@andersonregional.org



Phone: 601-553-6850
Office Hours: Monday - Friday 8am - 4:30pm



Scan to make payment

Please contact us by any of these methods to update insurance, update address, or set up payment arrangements.

TO INSURE PROPER CREDIT, PLEASE DETACH AND RETURN BOTTOM PORTION IN THE ENCLOSED ENVELOPE.

GUARANTOR ACCOUNT STATEMENT



2124 14th Street • Meridian, MS • 39301

9780-8690

RETURN SERVICE REQUESTED

Please check if address below is incorrect and indicate change on reverse side

PAGE: 1 of 1



003594
0101



MERIDIAN, MS 39305-2559

IF PAYING BY CREDIT CARD, FILL OUT BELOW.

	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
CARD NUMBER						SIGNATURE CODE	
SIGNATURE						EXP. DATE	
PLEASE PRINT NAME							
DATE		GUARANTOR NUMBER		SHOW AMOUNT PAID			
09/05/17		GN		\$			
TOTAL AMOUNT DUE BY PATIENT							
▶▶ 151.16 ◀◀							
						Pay Online: www.andersonregional.org	
PLEASE MAKE CHECKS PAYABLE AND REMIT TO:							

9780-8690*T070L8AN2000264

ANDERSON REGIONAL MEDICAL CENTER
PO BOX 22505
JACKSON, MS 39225-2505

63002329790000000151160905176

000004556-A

For Your Information

- State Law requires all health insurance companies to process claims within 30 days of initial billing.
- You are responsible for payment of any balance remaining after your insurance has paid.
- Account balances greater than 120 days may be placed with our external collection agency.
- Payments made by mail and online will be applied to the oldest balance first.

Discounts

You may be eligible for a prompt pay discount if your account is paid in full within 30 days of your first statement. Please contact our Patient Financial Services Department at 601-553-6850 for more details.

Monthly Payment Plans

You may be eligible to establish a monthly payment plan in order to pay your total amount due over a series of monthly installments. Please contact our Patient Financial Services Department at 601-553-6850 for more details.

Financial Assistance

Financial assistance is available for patients who meet eligibility criteria. Please contact our Patient Financial Services Department at 601-553-6850 for more details.

If you are uninsured or unable to pay your Hospital bill, we may be able to assist you in obtaining financial assistance benefits through federal, state, and hospital programs. Depending on your family income and assets, you may qualify for free or discounted hospital care through one of several financial assistance programs. For assistance call The Parallon Group at 601-553-6877.

Credit Balance

All credits resulting from payments made by patients, that do not qualify for a refund, will be applied to another open account as the first option to reduce unpaid balances, particularly those that are aged or in bad debt.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-774-4344

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-774-4344.

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-774-4344。

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-774-4344.

주의: 한국어 사용자하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-774-4344 번으로 전화해 주십시오.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-774-4344.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-774-4344.

ملاحظة: إذا كنت تتحدث اللغة فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-774-4344

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-774-4344.

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-774-4344.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-774-4344.

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-774-4344 まで、お電話にてご連絡ください。

ANOMPA PA PISAH: [Chahta] makilla ish anompoll hokmg, kvna hosh Nahollo Anompa ya pipilla hosh chi tosholahinia. Atokg, hattak yvmmg im anompoll chi bvnnakmvt, hohitina pg pyyah 1-800-774-4344

મચના: જો તમે અજરાતી બોલતા છો તો નિ:શલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. કોલ કરો 1-800-774-4344

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-774-4344 पर कॉल करें। 800-774-4344 'ਤੇ काल करो।

IF ANY OF THE FOLLOWING HAS CHANGED SINCE YOUR LAST STATEMENT, PLEASE INDICATE . . .

ABOUT YOU:

YOUR NAME (Last, First, Middle Initial)			
ADDRESS			
CITY	STATE	ZIP	
TELEPHONE ()	MARITAL STATUS <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Widowed		
EMPLOYER'S NAME		TELEPHONE ()	
EMPLOYER'S ADDRESS	CITY	STATE	ZIP

ABOUT YOUR INSURANCE:

YOUR PRIMARY INSURANCE COMPANY'S NAME		EFFECTIVE DATE	
PRIMARY INSURANCE COMPANY'S ADDRESS		TELEPHONE ()	
CITY	STATE	ZIP	
POLICYHOLDER'S ID NUMBER		GROUP PLAN NUMBER	
YOUR SECONDARY INSURANCE COMPANY'S NAME		EFFECTIVE DATE	
SECONDARY INSURANCE COMPANY'S ADDRESS		TELEPHONE ()	
CITY	STATE	ZIP	
POLICYHOLDER'S ID NUMBER		GROUP PLAN NUMBER	

Anderson Regional Medical Center - South
 PO BOX 226791
 Jackson MS 39225-2679

CHECK CREDIT CARD USING FOR PAYMENT AND FILL OUT BELOW.

MasterCard VISA DISCOVER AMERICAN EXPRESS

CARD NUMBER	SECURITY CODE
NAME ON CARD (PLEASE PRINT)	EXP. DATE
SIGNATURE	AMOUNT
STATEMENT DATE 09/10/2017	ACCOUNT # [REDACTED]
	PAY THIS AMOUNT \$17.00

0018

00001

AMOUNT PAID

[REDACTED]

MAKE CHECK PAYABLE & REMIT TO:

Anderson Regional Medical Center - South
 PO BOX 226791
 Jackson MS 39225-2679

ARMS0001-0000584-0000000-6492544-001-000008-#000001-0000

PLEASE CHECK BOX IF ABOVE ADDRESS IS INCORRECT AND INDICATE CHANGES ON BACK.



AND RETURN THIS TOP PORTION WITH YOUR PAYMENT USING THE RETURN ENVELOPE ENCLOSED

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	INSURANCE BAL.	PATIENT BAL.	ITEM BAL.
	ENCOUNTER [REDACTED]				
09/06/17	86580 - SKN TST TUBERCULOSIS ID	\$17.00		\$17.00	
	ENCOUNTER TOTAL	\$17.00	\$0.00	\$17.00	\$17.00

All credits resulting from payments made by patients, that do not qualify for a refund, will be applied to another open account as the first option to reduce unpaid balances, particularly those that are aged and or in bad debt.

BALANCE DUE: \$17.00

ACCOUNT CONDITION: Current: \$17.00 30 Days: \$0.00 60 Days: \$0.00 90 Days: \$0.00 120 Days: \$0.00

Account Number: [REDACTED]

Statement Date: 09/10/2017

For Billing Questions, Call 601-703-3480

Anderson Regional Medical Center - South
 PO BOX 226791
 Jackson MS 39225-2679

BASIC - GRN

Anderson Express Care Clinic

1400 20th Avenue, Ste D
Meridian MS 39301

CHECK CREDIT CARD USING FOR PAYMENT AND FILL OUT BELOW.

MasterCard VISA DISCOVER

CARD NUMBER	SECURITY CODE
NAME ON CARD (PLEASE PRINT)	EXP. DATE
SIGNATURE	AMOUNT
STATEMENT DATE 09/03/2017	ACCOUNT # [REDACTED]
PAY THIS AMOUNT \$182.00	

0006

00001

AMOUNT PAID

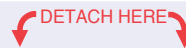
[REDACTED ADDRESS]

MAKE CHECK PAYABLE & REMIT TO:

Anderson Express Care Clinic
PO Box 2839
Meridian MS 39302-2839

ANEXP01-0000590-0000000-6476699-001-000002-#000001-0000

PLEASE CHECK BOX IF ABOVE ADDRESS IS INCORRECT AND INDICATE CHANGES ABOVE.



AND RETURN THIS TOP PORTION WITH YOUR PAYMENT USING THE RETURN ENVELOPE ENCLOSED

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	INSUR BAL	PATIENT BAL
ENCOUNTER [REDACTED]				
01/03/17	90715 - TDAP VACCINE Greater Than 7 IM	\$49.00		\$49.00
01/03/17	90471 - IMADM PRQ ID SUBQ/IM NJXS 1 VACC	\$35.00		\$35.00
01/03/17	99202 - OFFICE OUTPT NEW 20 MINUTES	\$98.00		\$98.00
	ENCOUNTER TOTAL	\$182.00	\$0.00	\$182.00

BALANCE DUE: \$182.00

ACCOUNT CONDITION: Current: \$182.00 30 Days: \$0.00 60 Days: \$0.00 90 Days: \$0.00 120 Days: \$0.00

Account Number: [REDACTED] Statement Date: 09/03/2017

For Billing Questions, Call 601-703-3480

Anderson Express Care Clinic
PO Box 2839
Meridian MS 39302

Anderson Professional Services

2124 14th Street
Meridian MS 39301

CHECK CREDIT CARD USING FOR PAYMENT AND FILL OUT BELOW.

MasterCard VISA DISCOVER AMERICAN EXPRESS

CARD NUMBER	SECURITY CODE
NAME ON CARD (PLEASE PRINT)	EXP. DATE
SIGNATURE	AMOUNT
STATEMENT DATE 09/03/2017	ACCOUNT # [REDACTED] PAY THIS AMOUNT \$1,316.70

0006

00001

AMOUNT PAID

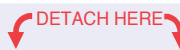
[REDACTED]

MAKE CHECK PAYABLE & REMIT TO:

Anderson Professional Services
2124 14th Street
Meridian MS 39301-4040

ANDPRO01-0000598-0000000-6476700-001-000001-#000001-0000

PLEASE CHECK BOX IF ABOVE ADDRESS IS INCORRECT AND INDICATE CHANGES ABOVE.



AND RETURN THIS TOP PORTION WITH YOUR PAYMENT USING THE RETURN ENVELOPE ENCLOSED

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	INSUR BAL	PATIENT BAL
	ENCOUNTER [REDACTED] FOR [REDACTED]			
05/23/17	49000 - EXPL LAPT EXPL CELIOTOMY +-BX SPX	\$1,503.00		\$1,316.70
06/20/17	Commerical Adjustment CO45 (Charges exceed your c	\$186.30-		
	ENCOUNTER TOTAL	\$1,316.70	\$0.00	\$1,316.70

BALANCE DUE: \$1,316.70

ACCOUNT CONDITION: Current: \$0.00 30 Days: \$0.00 60 Days: \$1,316.70 90 Days: \$0.00 120 Days: \$0.00

Account Number: [REDACTED] Statement Date: 09/03/2017

For Billing Questions, Call 601-703-3480

Anderson Professional Services
2124 14th Street
Meridian MS 39301



Apéndice C

Amonta Generali Villeda Calcúlatenos are base don Medicad activista incurrid at Anderson Regional Health System. Medicad receptas ere dividid bey medicad charres tú estables te AGB descoyunta porcentaje of 62%.

Apéndice D - Lista de Proveedores no elegibles para Asistencia Financiera

All About Smiles Dental Center
Anderson Cardiac Surgical Associates
Anderson - Locum Tenen
Anderson Ear, Nose & Throat Center
Anderson East MS Endoscopic Center
Anderson Emergency Medicine
Anderson Hospital Medicine
Anderson Neurology Center
Anderson Physician Alliance
Anderson Urology Clinic of Meridian
Austin W. Holmes, DMD, PLLC
Behavioral Medicine Clinic, Inc.
Cardiovascular Institute of the South
Cook Eye Center
Diagnostic Tissue/Cytology Group, PLLC
East Mississippi Medical Clinic
East Mississippi Oral and Facial Surgery
Eye Clinic of Meridian
Family Counseling Services
Foot Clinic of Meridian
Greater Meridian Health Clinic
Hattiesburg Clinic, PA
Hickory Family Medical
Internal Medicine Clinic
Keystone Healthcare Management
Laboratory Corporation of America
Lakeland Anesthesia
LifeLinc Anesthesia, PLLC
Magnolia Foot Clinic
Medical Arts Pediatric Group
Medical Arts Surgical Group
Medical Plaza Eye Clinic
Meridian Anesthesiology Group
Meridian Center for Oral and Facial Surgery
Meridian Dental Associates
Meridian Ear Nose and Throat Clinic
Meridian Emergency Physicians, LLP
Meridian Imaging PC
Meridian Medical Associates
Meridian OB/Gyn, PLLC
Meridian Oncology Associates
Meridian Ophthalmic Associates
Meridian Orthopaedic Clinic
Meridian Pediatric Dental Group
Meridian Pediatrics, LLC
Meridian Plastic Surgery
Meridian Weight Management Center
Mississippi Asthma & Allergy Clinic, PA
Nelson Center for Women
Neonatal Services
Neshoba Medical Associates
Pain Management Center of Meridian
Premier Women's Center
Reed Anesthesia PLLC
Robert Berg MD
Robert Justus, DDS
Rush Medical Arts Surgical Group
Rush Medical Group
Rush OB-GYN
Rush Pain Treatment Center
Rush Urology
Team Health Midwest
The Purvis Clinic
Total Pain Care LLC
UMC Pediatric Cardiology
UMMC Pediatric Cardiology
UMMC Pediatric Neurology
Urology Specialists of Mississippi
Virtual Radiology
Weatherby - Ortho
Woman's Group of Meridian, PLLC
Women's Medical Center of Meridian
Women's Wellness Institute