

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA Y POLIZA DE COBRANZA

CHEYENNE COUNTY HOSPITAL

Date of Board Approval: 11-28-17

Propósito: Para proporcionar asistencia financiera en caso de emergencia y servicios de salud medicamente necesarios recibidos como paciente interno o externo del Hospital de una manera justa, coherente, respetuosa y objetiva a los pacientes indigentes, medicamente indigentes, sin seguro o con seguro insuficiente. Esta Poliza **contiene recomendaciones de GPHA.**

* * * * *

A. Criterio de Elegibilidad:

1. El Programa de Asistencia Financiera (Programa) tiene en consideración el ingreso familiar del paciente y se basa en el Nivel Federal de Pobreza (FPL siglas en ingles) que se actualiza anualmente y se incluye en (Apéndice A).
2. Los pacientes elegibles son personas que han recibido servicios de emergencia y servicios médicamente necesarios, y son indigentes, médicamente indigentes, sin seguro o con seguro insuficiente. El ingreso familiar del paciente (como se define a continuación) deben ser menos del 200% del nivel de pobreza para recibir el 100% de asistencia financiera..
3. Determinación de Asistencia Financiera será consistente entre pacientes, sin importar sexo, raza, credo, discapacidad, orientación sexual, nacionalidad de origen, estatus migratorio o preferencia religiosa.
4. Asistencia Financiera es secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, incluyendo la cobertura de seguro basada en el empleador, seguro comercial, programas gubernamentales, responsabilidad de terceros y bienes familiares.

B. Proceso de Aplicacion:

1. Todos los solicitantes que califiquen recibirán asistencia financiera por *emergencia y servicios medicamente necesarios* de acuerdo con los requisitos y pautas aquí establecidas.
 2. La aplicación para asistencia financiera puede iniciarse por el paciente en persona al tiempo de la admision o en los servicios financieros al paciente, llamando 7 8 5 / 3 3 2 - 2 1 0 4 ; por correo en Cheyenne County Hospital, PO Box 547, St. Francis, KS, 67756; o al correo electrónico de Cheyenne County Hospital sitio web
-

www.cheyennecountyhospital.com Si necesita ayuda para llenar la aplicación, alguien estará disponible para ayudarlo

Es en última instancia, responsabilidad del paciente el proveer la información necesaria para recibir asistencia financiera. No hay ninguna garantía de que el paciente califique para asistencia financiera.

3. El proceso de Asistencia Financiera comienza en el momento del servicio (durante la pre-admisión, admisión o al momento del alta.) Se encuentra disponible una lista de proveedores cubiertos y no cubiertos (Apéndice B y C).
4. El proceso de aplicación incluye la finalización de un “Estado Financiero Personal para Asistencia Financiera” y el proveer documentos que lo verifiquen. Información verificable puede incluir, pero no se limita a, lo siguiente:
 - a. Ingresos individuales o familiares (declaración de impuestos con copia de declaración de ingresos– forma W-2 , forma 1099 , etc. de los últimos 2 años)
 - b. Copias de los últimos 90 días de recibos de nómina, cheque del Seguro Social, o cheque de desempleo.
 - c. Copias de los últimos 60 días del estado de cuenta del banco y declaración de inversiones
 - d. Declaracion actual de fondo fiduciarios
 - e. Declaraciones hipotecarias
 - f. Documentación de estatus laboral
 - g. Número de integrantes en la familia
 - h. Informe de historial crediticio
 - i. Devoluciones anteriores o actuales de agencias de cobro con documentación sobre incapacidad para pagar.
 - j. Conocimiento en la oficina de antecedentes familiares o personales.

Nota: El objetivo es documentar la necesidad de asistencia financiera. Si un paciente o la persona que tiene la responsabilidad financiera por emergencia y/o servicios médicos necesarios no está dispuesto o no puede proporcionar toda la información necesaria y pertinente para hacer una determinación concisa y justa de sus ingresos, entonces se puede establecer Presunta Elegibilidad (PE siglas en ingles) .

5. Elegibilidad Presunta (PE): Se presume que algunos pacientes o garantes son elegibles para recibir asistencia financiera basados en la circunstancias individuales de vida, por ejemplo, aquellos que no tienen hogar que califican para programas de asistencia necesidades - basados. Esto se denomina “Presunta Elegibilidad”. Estos pacientes o garantes no necesitan completar la solicitud financiera si proporcionan prueba de que califican para ciertos programas que existen para beneficiar a las personas que no tienen los recursos suficientes para pagar los servicios y la atención. La presunta elegibilidad se utilizara para dar un descuento del 100 por ciento a los pacientes que son elegibles por uno de los siguientes ejemplos:
 - a. No tienen hogar y/o han recibido atención de una clínica o refugio para personas sin hogar. El paciente o garante deben proporcionar una declaración
-

por escrito de una clínica o refugio.

- b. Aquellos que reciben cuidado por parte de Women, Infants and Children's (WIC) program. El paciente o garante deben proporcionar un comprobante reciente de WIC emitido por la oficina de la División de Apoyo Familiar.
 - c. Quienes reciben beneficios del programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) beneficios (anteriormente conocidos como cupones para alimentos). El paciente o garante deben proporcionar el estado de elegibilidad más reciente SNAP (cupones de alimentos) emitida por la oficina de la División de Apoyo familiar.
 - d. La familia del paciente es elegible por y para recibir reducción –costo en alimentos escolares como parte del programa financiado por el Gobierno Federal. El paciente o garante debe proporcionar una carta reciente de confirmación de la División de Apoyo Familiar para respaldar este.
 - e. La dirección del paciente debe ser de un programa de vivienda asequible o subsidiada para personas de bajos ingresos, como HUD Section 8 Housing. El paciente o garante debe proporcionar la aprobación de solicitud de vivienda subsidiada emitida por la oficina de la División de Apoyo Familiar.
 - f. Los salarios del paciente o garante no son suficientes para incautar, según lo define la ley estatal. El paciente debe presentar una prueba, tal como lo expide el estado en el que vive, la exención del embargo salarial.
6. Una vez completada la solicitud de Asistencia Financiera, las cuentas que se consideren para Asistencia Financiera se pondrán en estado de "espera" mientras se revisa la solicitud (no por más de 30 días). El estado de espera evitará que la (s) cuenta (s) continúen durante el proceso de cobranza, incluida la asignación a una agencia de cobranza. Una vez que la solicitud de Asistencia financiera haya sido procesada y aprobada / denegada, el Hospital enviará un aviso por escrito al paciente y / o a la persona que tenga la responsabilidad financiera de la (s) cuenta (s).
7. El periodo para completar una solicitud de asistencia financiera está disponible por un mínimo de 240 días a partir de la fecha en que Cheyenne County Hospital le proporciona al paciente el primer estado de cuenta posterior al alta de los servicios al paciente.
8. Si el Hospital determina que el paciente es elegible para FAP el Hospital hará lo siguiente:
- a. Si el paciente o el garante ha realizado pagos a las instalaciones del hospital (o a cualquier otra parte) para atención como individuo elegible FPA, se efectuara el reembolso de los pagos hechos.
 - b. Tomará todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA tomada contra el individuo para cobrar la deuda; tales medidas incluirán pero no se limitaran a: anular juicios, levantar gravámenes en las propiedades de los individuos y eliminar del informe de crédito de los individuos cualquier información adversa que haya sido reportada a una agencia de informes o buros de crédito.
-

9. La oficina del Hospital continuara trabajando con el paciente o garante para resolver el saldo de las cuentas restantes. Los pacientes o garantes son responsables de hacer arreglos de pagos mutuamente aceptables con el Hospital dentro de los 30 días después de recibir un aviso por escrito con respecto a su solicitud de Asistencia Financiera.

10. Si el paciente o garante no inicia o completa el proceso de Asistencia Financiera, el Hospital puede optar por comenzar la actividad de cobro, incluyendo la posible transferencia de cuenta (s) a una agencia de cobro.

C. Determinacion de Asistencia Financiera:

1. Para obtener Asistencia Financiera el paciente o garantor debe establecer que el ingreso familiar es inferior al 200% del Nivel de Pobreza Federal (FPL) más reciente en la fecha del servicio para recibir Asistencia Financiera del 100%. Para el actual (FPL) ver (Apéndice A).
 2. Se puede otorgar subsidios por circunstancias atenuantes basadas en las circunstancias de vida única y los factores mitigantes de cada persona. La cantidad de asistencia provista por el Hospital puede estar más que resumida en las pautas, pero nunca menos.
 3. “Ingresos familiares” incluye todos los ingresos antes de impuestos, para todas las personas mayores de 18 años que residan en el hogar. Un hogar consiste en una o más personas que viven en la misma casa, condominio o apartamento.
 4. Solicitud de Asistencia Financiera incompletas, o información no documentada dentro de la aplicación, puede causar que el hospital niegue la asistencia hasta que se proporcione la solicitud o documentación completa. El Hospital retendrá la solicitud incompleta y enviara documentación que describa la información que necesita, y las instrucciones para enviar la documentación necesaria.
 5. El Gerente de la oficina del Hospital o su designado procesara la solicitud de Asistencia Financiera y determinara el descuento apropiado.
 6. La Oficina Administrativa del Hospital enviara un aviso con la determinación al paciente o garante dentro de los 30 días de haber recibido la solicitud completa (incluyendo la documentación requerida).
 7. Pacientes o sus representantes pueden apelar una denegación de Asistencia Financiera al proporcionar información adicional con respecto a la determinación de elegibilidad al dar una explicación de circunstancias atenuantes, al Gerente de la Oficina del Hospital dentro de los 30 días de haber recibido la notificación de denegación por escrito. La parte que representa la apelación recibirá una notificación por escrito de la decisión final tomada por el Gerente de la Oficina y el Administrador.
-

8. Ninguna persona elegible para Asistencia Financiera bajo FAP se le cobrara mas por Emergencia u otra atención medicamente necesaria que los montos generalmente facturados a las personas que tienen seguro que cubre dicha atención

NOTA: El Hospital está usando el método prospectivo de Medicare por las cantidades generalmente facturadas (AGB).

D. Aprobacion y Autorizacion:

1. La aprobación y autorización de los descuentos de Asistencia Financiera se basaran en lo siguiente: (o a la política adoptada por el Consejo de Administración Alternativa del Hospital).

a.	\$ 0 a \$ 750	Gerente de Oficina o Representante Designado
b.	\$ 750 a \$2,000	Gerente de Oficina
c.	\$2,001 a \$4,000	Administrador
d.	\$4,001 a \$5,000	Vice Presidente de Operaciones Regionales o Representante
e.	\$5,000 o superior	Junta directiva o Representante Administrativo para el Hospital en gestión; GPHA CFO para Hospitales Arrendados.

E. Terms & Definitions:

1. *Nivel de Pobreza Federal (FPL):* Los umbrales de pobreza que se publican cada ano en el Federal Register by the Department of Health and Human Services (HHS). <http://aspe.hhs.gov/poverty>
 2. *Garantor:* Se refiere a la persona financieramente responsable de saldar la cuenta del paciente.
 3. *Indigente:* Se Refiere al paciente que no tiene recursos financieros para pagar la obligación.
 4. *Medicamento Indigente:* Se refiere a una situación en la que el pago de la obligación creara dificultades financieras.
 5. *Servicios Medicamente Necesarios:* Se refiere a Servicios de Salud para Pacientes
-

hospitalizados o ambulatorios con el propósito de evaluación diagnóstico y/o tratamiento de una lesión, enfermedad o sus síntomas que si no se tratan, representan una amenaza para el estado de salud actual de los pacientes.

6. *No Asegurado: El paciente no tiene seguro ni cobertura bajo los programas gubernamentales y no es elegible para ningún pago por terceros, como compensación del trabajador o seguro de responsabilidad civil.*
7. *Seguro Insuficiente: El paciente tiene una cobertura de seguro que no brinda cobertura para la atención medicamente necesaria o se ha excedido la responsabilidad máxima según la cobertura de seguro.*

F. Acciones de cobro: Cheyenne County Hospital, realizara todo esfuerzo razonable para determinar si un individuo es elegible para recibir asistencia de acuerdo con esta política antes de participar en acciones extraordinarias de cobro (“ECA” siglas en ingles).

1. ECA incluye cualquier acción tomada que requiera un proceso legal o judicial en un intento de cobrar. “ECAs requiere de un proceso legal o judicial que incluye, pero no limita a :
 - a. Poner un gravamen sobre la propiedad de un individuo;
 - b. Ejecución hipotecaria sobre la propiedad de un individuo;
 - c. Adjuntar o incautar la cuenta bancaria de un individuo o cualquier otra propiedad personal;
 - d. Comenzar una acción civil en contra de un individuo;
 - e. Causar el arresto de un individuo;
 - f. Causar que un individuo este sujeto a una orden de embargo; e
 - g. Incautar el salario de un individuo.”

Cheyenne County Hospital puede mandar la cuenta a una o mas agencias de cobro, pero dicha acción no se considera ECA. Agencias de cobro se llevara a cabo, en un acuerdo por escrito, bajo los términos y condiciones de esta política y no tomara ECAs sin la autorización previa de Cheyenne County Hospital.

2. Cheyenne County Hospital no tomara ECAs contra un individuo por al menos 120 días a partir de la fecha en que Cheyenne County Hospital le proporcione a la persona la primera factura posterior al alta; y
 - a. Proporciona al menos (30) días de aviso por escrito a la persona que:
 - i. Notifica a la persona de la disponibilidad de asistencia financiera.
 - ii. Identifica en específico que ECA(s) Cheyenne County Hospital Tiene la intención de iniciar en contra del individuo, y
 - iii. Establece una fecha limite después de la cual ECAs no antes de 30 días después de la fecha en que entrega la notificación a la persona;
 - b. Proporciona un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera con el aviso mencionado; y
 - c. Hace un esfuerzo razonable para notificar oralmente a la persona sobre la posible disponibilidad de asistencia al menos 30 días antes de iniciar ECA contra el individuo que describe como la persona puede obtener ayuda con el proceso de

solicitud de asistencia financiera.

3. Una vez que una persona ha presentado una solicitud completa dentro del periodo de aplicación, se determinara si el individuo es elegible de acuerdo a la política de Cheyenne County Hospital y se hará,
 - a. Suspender cualquier ECA contra el individuo , incluyendo el que fue iniciado por la agencia de cobranza;
 - b. No iniciara ninguna ECAs nueva; y
 - c. Realizara y documentara la determinación sobre si un individuo es elegible de acuerdo con la política
4. Si una persona presenta una solicitud incompleta en cualquier momento durante el periodo de solicitud, Cheyenne County Hospital cumplirá con F. 1,2 &3 así como lo siguiente:
 - a. Suspender cualquier ECA contra el individuo , incluyendo aquella que fue iniciada por la agencia de cobranza;
 - b. Proveer una notificación por escrito con una copia de la póliza, a la persona dando la información necesaria para completar la aplicación.
 - c. Si Cheyenne County Hospital no recibe la información requerida dentro del marco de tiempo requerido, las acciones de cobro pueden reanudarse.

