

Programa de Asistencia Financiera



Propósito: Proporcionar asistencia financiera para emergencias y servicios médicos Los servicios de salud necesarios recibidos como paciente interno o ambulatorio del Hospital de manera justa, consistente, Respetuosa y objetiva a pacientes indigentes, médicamente indigentes, no asegurados o con seguro insuficiente. Esta Contiene recomendaciones de GPHA.

A. Criterios de Elegibilidad:

1. El Programa de Asistencia Financiera (Programa) emplea un descuento a escala Toma en consideración los ingresos familiares de un paciente y los activos Apéndice A.
2. Los pacientes elegibles son personas que han recibido emergencia y médicamente necesario Servicios, y son indigentes, médicamente indigentes, sin seguro o con seguro insuficiente. Los El ingreso del hogar (como se define más adelante) debe ser inferior al 300% del Poverty Level (FPL) para calificar para descuentos de asistencia financiera. Asistencia financiera Los descuentos están sujetos a las limitaciones de los Activos Calificados descritos en la sección E.5 Y E.6.
3. La determinación de asistencia financiera será consistente entre los pacientes, independientemente Sexo, raza, credo, discapacidad, orientación sexual, origen nacional, estado migratorio o preferencia religiosa.
4. La asistencia financiera es secundaria a todos los demás recursos financieros Paciente, incluyendo seguro de empleo basado en el empleador, seguro comercial, Los programas gubernamentales, la responsabilidad civil de terceros y los activos cualificados de los hogares.

B. Limitación de los derechos

1. En el caso de emergencia u otra atención médicamente necesaria, un paciente elegible Para la asistencia bajo este Programa no se cobrará más que las cantidades generalmente (AGB) para terceros beneficiarios de pago por servicio (los individuos que tienen Seguro de fiesta para la atención). Este descuento se determina utilizando el método look back Después de que el informe de costo de Medicare se haya completado 5 meses después del año fiscal y Los asentamientos finales se agregan a

los datos del año fiscal para todos los honorarios de terceros por el servicio Colecciones para determinar la AGB. El nuevo AGB se aplicará el primer día Del séptimo mes posterior al cierre del ejercicio fiscal. La actual AGB en vigor es 100.00%.

2. En el caso de cualquier otra atención médica, un paciente que sea elegible bajo este Programa Una cantidad inferior a los cargos brutos. (99%)

C. Medidas para publicitar el programa de asistencia financiera

Las siguientes medidas se utilizan para dar a conocer el Programa a la comunidad ya los pacientes:

1. Publicación del Programa de Asistencia Financiera, Solicitud de Asistencia Financiera y Resumen de la Política en el sitio web del Hospital Memorial del Condado de Kiowa en el siguiente Ubicación: www.KCMH.net
2. Proporcionar copias impresas del Programa, la aplicación y el resumen del Programa al Solicitud en las admisiones y los servicios financieros del paciente en el hospital conmemorativo del condado de Kiowa.
3. Publicar avisos sobre el Programa en el servicio de urgencias, admitiendo áreas y Oficina de negocios del hospital conmemorativo del condado de Kiowa.
4. Distribuir un resumen en lenguaje sencillo del Programa y ofrecer un Solicitud de asistencia a los pacientes antes del alta hospitalaria.
5. Informar a los pacientes sobre el Programa en persona o durante la facturación y servicio al cliente Contactos del teléfono.
6. Proporcionar un resumen del Programa en la declaración de facturación mensual del paciente.

D. Proceso de Solicitud:

1. Todos los solicitantes calificados recibirán Asistencia Financiera por directrices aquí establecidas.
2. Una solicitud de asistencia financiera puede ser iniciada por un paciente en Admisiones o en los servicios financieros de los pacientes; Por teléfono llamando al 620-723-3341; A través del correo en las Grandes Llanuras de Kiowa Co., Inc. 721 W Kansas Ave, Greensburg KS, 67054; O por el sitio web del Hospital Memorial del Condado de Kiowa www.KCMH.net. En última instancia, es responsabilidad del paciente proporcionar la información necesaria Calificar para recibir asistencia financiera. No hay garantía de que el paciente califique Para obtener asistencia financiera.
3. El proceso de Asistencia Financiera comienza en el momento del servicio (durante la preadmisión, Admisión o en el momento del alta.
4. proceso de solicitud incluye completar un "Estado financiero personal para Asistencia Financiera "y proporcionar documentos de verificación. Información verificable, Puede incluir, pero no está limitado a, lo siguiente:
 - a) Ingreso individual o familiar (declaración de impuesto sobre la renta con copias de los ingresos Declaraciones formularios W-2, 1099 formularios, etc. durante los últimos 2 años)
 - b) Copias de los últimos 90 días de talones de cheques de pago, cheques de Seguro Social o Cheques de desempleo
 - c) Copias de los últimos 60 días de extractos bancarios

- d) Declaraciones actuales del fondo fiduciario
- e) Declaraciones hipotecarias
- f) Declaraciones anuales de impuestos a la propiedadg.
- g) En ausencia de ingresos, una carta de apoyo de las personas que Necesidades básicas de vida del paciente
- h) Declaración de tasación del impuesto del condado
- i) Documentación de la situación laboral
- j) Tamaño familiar de la familia
- k) Informes de historial de crédito
- l) Carta de negación de Medicaid
- m) Retornos anteriores o actuales de las agencias de recaudación con documentación respecto a Incapacidad para pagar norte.
- n) Conocimiento de la Oficina de Negocios de los antecedentes individuales o familiares
- o) O Experiencias anteriores de Business Office

Nota: El objeto es documentar la necesidad de asistencia financiera. Si un paciente O la persona que tiene la responsabilidad financiera de emergencia y médicamente Servicios necesarios no está dispuesto o no puede proporcionar todos los Información pertinente para hacer una determinación concienzuda y justa de sus.

5. Una vez completada la solicitud de Asistencia Financiera, la (s) cuenta Consideradas para Asistencia Financiera se pondrán en un estado de "retención" mientras que la Está siendo revisado (no más de 30 días). El estado de espera evitará que la (s) cuenta (s) Desde el proceso de recolección, incluyendo la asignación a una colección agencia. Una vez que la solicitud de Asistencia Financiera ha sido procesada y Aprobado / denegado, el Hospital enviará una notificación por escrito al paciente y / o persona Tener la responsabilidad financiera de la (s) cuenta (s).

6. El período de solicitud para completar una solicitud de asistencia financiera está disponible Durante un mínimo de 240 días a partir de la fecha en que el Hospital Memorial del Condado de Kiowa Paciente con la primera declaración de facturación para los servicios del paciente.

7. Debe transferirse una cuenta de pacientes a una agencia de cobro y posteriormente Solicitud de asistencia financiera completada es recibida y aprobada, el Hospital:

- a) Suspender todas las acciones extraordinarias de cobranza (ECA)
- b) Hacer y documentar una determinación con respecto a la calificación
- c) Notificar a la persona por escrito de la determinación de elegibilidad y la Base de la determinación (incluida la asistencia para la que se Persona es elegible.)

8. Si el Hospital determina que un individuo es elegible para un descuento FAP el Hospital

- a) Hará lo siguiente: Proporcione al paciente una declaración de facturación que indique la cantidad Debe y muestra o describe cómo el paciente puede obtener información Sobre los importes generalmente facturados (AGB) para el cuidado y Determinó la cantidad que el individuo debe.
- b) Si el paciente o el garante ha hecho pagos a la instalación hospitalaria o Cualquier otra parte por el cuidado en exceso de la cantidad que él o ella es Determinada como debida como un individuo elegible FAP, restituye esos excesos

- c) Tomar todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA tomada contra el individuo para cobrar la deuda como emisión; Dichas medidas deberán Incluir pero no se limitan a: desocupar cualquier sentencia, levantar los gravámenes o Impuesto sobre la propiedad de individuos y eliminar de los individuos de crédito Cualquier información adversa que haya sido reportada a una agencia Buró de Crédito.

9. La Oficina de Negocios del Hospital continuará trabajando con el paciente o el garante para Resolver saldos de cuenta restantes. Los pacientes o garantes son responsables de hacer Acuerdos de plan de pagos mutuamente aceptables con el Hospital dentro de los 30 Recibir una notificación de determinación por escrito sobre su Asistencia Financiera solicitud.

- a) Medidas que el Hospital Memorial del Condado de Kiowa puede tomar en caso de falta de pago De un proyecto de ley para la atención médica se describen en la política de colecciones. Pacientes Puede obtener una copia gratuita de la política de cobranzas llamando al 620-723-3341 en el sitio web del Hospital Memorial del Condado de Kiowa en www.KCMH.net

10. Si el paciente o el garante no inicia o completa la Asistencia Financiera Proceso, el Hospital puede elegir comenzar la actividad de recolección, incluyendo De la (s) cuenta (s) a una agencia de cobranza.

E. Determinación de asistencia financiera:

1. Los descuentos por asistencia financiera se determinan sobre la base de una escala de honorarios Sujeto a ingresos y activos. Para obtener asistencia financiera, el paciente o el garante Debe establecer que el ingreso del hogar es inferior al 300% de la más reciente Nivel de Pobreza (FPL) en la fecha de servicio. Los descuentos proporcionados por Identificados en el documento Escala Desplazable de la Pobreza 2012 (véase el Apéndice A).
2. Podrán concederse indemnizaciones por circunstancias atenuantes basadas en la Circunstancias de vida únicas y factores atenuantes. El monto de la asistencia prestada Por el Hospital puede ser más que se describe en las directrices, pero nunca menos.
3. "Ingresos del Hogar" incluye todos los ingresos antes de impuestos, sin embargo derivados, para todas las personas 18 Años de edad y más que residen en el hogar.
4. "Activos del hogar" se considerará en la determinación final de elegibilidad para Asistencia financiera. Los activos domésticos que se considerarán incluyen todo el efectivo y Activos no monetarios pertenecientes a todos los miembros del hogar que tienen 18 años y más Que residen en el hogar. Los activos de los hogares incluyen pero no se limitan a:
 - a) Efectivo en cuentas de ahorro, cuentas corrientes, cajas de seguridad o en el casa;
 - b) Valor del fideicomiso (incluyendo fideicomiso) el paciente o garante tiene interés o
 - c) Propiedad en, e incluye la equidad en bienes raíces; do. Valor en efectivo de acciones, bonos, letras del tesoro, fondos mutuos, certificados de depósito Y cuentas del mercado monetario;
 - d) Valor en efectivo de las pólizas de seguro de vida;

- e) Bienes personales mantenidos como una inversión, tales como joyas, colecciones de monedas, etc.;
 - f) Vehículos, que no sean automóviles familiares de valor razonable utilizados como Fuente de transporte;
 - g) Barcos, autocaravanas, remolques, maquinaria y equipo agrícola;
 - h) Una suma o una sola vez los ingresos de los fondos, tales como herencias, ganancias de la lotería, Y asentamientos de seguros;
 - i) Valor o patrimonio en propiedades inmobiliarias tales como residencia, propiedad de alquiler, negocios
5. Un paciente que sea elegible para Asistencia Financiera tendrá la cantidad de Asistencia Financiera reducida por la cantidad que el paciente "Activos Calificados" Exceder la cantidad de la (s) factura (s) por la que el paciente sería responsable Después de la deducción del descuento de asistencia financiera basado en los ingresos.
 6. "Activos calificados" se determinan calculando una cuarta parte del monto que Permanece después de \$ 25,000.00 se deduce del valor total de la casa neto de un paciente bienes. Por ejemplo, Activos Calificados = (Activos del Hogar - Deudas de los Hogares - \$ 25,000) X (25%).
 7. Las solicitudes incompletas de Asistencia Financiera, o información indocumentada Solicitud, puede hacer que el Hospital niegue la asistencia hasta que la Solicitud o documentación. El Hospital mantendrá la información. Solicitud y enviar documentación por escrito describiendo la información necesaria, y Instrucciones sobre la presentación de la documentación necesaria.
 8. El Gerente de la Oficina de Negocios del Hospital o su designado procesará el Solicitud de asistencia y determinar el descuento adecuado.
 9. La Oficina de Negocios del Hospital enviará una notificación por escrito a la Paciente o garante dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la solicitud Toda la documentación requerida).
 10. Los pacientes o sus representantes pueden apelar una denegación de asistencia financiera Proporcionar información adicional sobre la determinación de elegibilidad o una explicación De circunstancias atenuantes, al Director de la Oficina Comercial del Hospital en el 30 días después de recibir la notificación de denegación por escrito. La parte que presenta la apelación Ser notificado por escrito de la decisión final tomada por el Gerente de la Oficina de Administrador.

F. Aprobación y autorización:

1. La aprobación y autorización de los descuentos de Asistencia Financiera se basará en (O la política adoptada por el Consejo de Administración Alternativa del Hospital)
 - a) \$ 0 a \$ 750 Gerente de oficina de negocios o representante designado
 - b) \$ 750 a \$ 2,000 Gerente de Oficina de Negocios
 - c) \$ 2,001 a \$ 4,000 Administrador
 - d) \$ 4,001 a \$ 5,000 Vicepresidente de Operaciones Regionales o Representante

- e) \$ 5,000 o superior Junta de Fideicomisarios o Representante para Hospitales Administrados; GPHA CFO para Hospitales Arrendados

G. Términos y Definiciones:

1. Nivel Federal de Pobreza (FPL): Los umbrales de pobreza que se emiten cada año en Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). [Http://aspe.hhs.gov/poverty](http://aspe.hhs.gov/poverty)
2. Garante: Se refiere a la persona financieramente responsable del saldo (s) de la cuenta del paciente.
3. Indigente: Se refiere al paciente que no tiene recursos financieros para pagar la obligación.
4. Indigente Médicamente: Se refiere a la situación en la que el pago de la obligación creará dificultad financiera.
5. Servicios Médicamente Necesarios: Se refiere a servicios de atención médica para pacientes hospitalizados o ambulatorios Proporcionados a efectos Enfermedad o sus síntomas, que si no se tratan, representaría una amenaza para los pacientes Estado de salud en curso.

H. Ejemplo (usando 2013 Límites Federales de Pobreza): Familia de 5

Salarios anuales del hogar \$ 50,000
Otros Ingresos del Hogar 2.000
Ingreso total del hogar \$ 52,000

Otros Deuda Médica \$ 5,000
Hospital AR: Pt. Responsabilidad 12,000

Bienes

- Dinero en efectivo \$ 3,300
 - Efectivo en bancos 5.000
 - Acciones y Bonos 0
 - Fondos Mutuos, Mercado Monetario, etc. 0
 - Valor en efectivo del seguro de vida 0
 - Valor Inmobiliario 85,000
 - Valor Agropecuario 0
 - Vehículos Valor (no vehículo principal 9.000
 - Joyería y otros bienes muebles 0
 - Otros activos 0
- Activos totales \$ 102,300

Pasivo

- Deuda de tarjeta de crédito \$ 5,000
 - Deuda Médica - Excepto hospital 5.000
 - Deuda de Bienes Raíces 48.000
 - Deuda de vehículos 2.000
 - Otros Deuda 0
 - Hospital AR: Pt. Responsabilidad 12,000
- Activos totales \$ 72,000

Activos Calificados: \$ 1,325

Cálculo a partir de la información de arriba cargada en la Hoja de trabajo "Hoja de cálculo de tarifas de reducción de la pobreza"

Caridad S/O: \$ 6,314

Importe pendiente: \$ 5,686

Datos de entrada:	
Nombre del paciente:	
Número de Paciente:	
Número de cuenta:	
Fecha de admisión:	
Fecha de alta:	
Tamaño de la familia: 5	5
AGB Porcentaje de pago	70%
Hogares Salarios anuales brutos:	50,000
Otros Ingresos del Hogar:	2,000
Ingreso total del hogar:	52,000
Ingreso total del hogar:	5,000
Importe del hospital:	12,000

		Nivel de Pobreza + 100%		
		TAMAÑO DE LA FAMILIA	GAMA MÍNIMA	RANGO MAXIMO
1	RANGO DEL INGRESO TOTAL DEL HOGAR	5	\$48,844	\$55,820
2	GAMA MEDIANTE			\$52,332
3	ACTIVOS CALIFICADOS			
4	DEBIDO AL PACIENTE POR HORARIO DE CUOTAS CORREDIZAS			\$5,757
5	PORCENTAJE DE CARIDAD			52.03%
6	DESCUENTO DE CARIDAD CALCULADO			\$6,243

7	ACTIVOS CALIFICADOS EN EXCESO DEL RESP.			\$0
8	CARIDAD W / O = LINE 6 MINUS 7			\$6,243
9	AMOUNT DUE = CARGOS HOSPITALARIOS - LÍNEA 8			\$5,757
10	MONTO GENERALMENTE FACTURADO (AGB)			\$8,400
11	IMPORTE DEL PACIENTE			\$5.757