



506 3rd Street
Tribune, Kansas 67879

620-376-4221
Fax 620-376-2406

Póliza de Asistencia Financiera para Pacientes

1. Propósito

Greeley County Health Services existen para promover, mejorar y restaurar la salud. Proporcionamos atención médica a las personas con necesidades y damos consideración especial a los más vulnerables, incluyendo a los que no pueden pagar y a los que tienen medios limitados que causan dificultades para pagar los gastos de atención médica. El propósito de esta póliza es establecer pautas de asistencia financiera para pacientes indigentes que incurren una carga significativa financiera debida a la totalidad de los gastos esperados de su bolsillo para servicios de atención médica.

2. Definiciones

2.1 Asistencia financiera se refiere a la atención de emergencia o medicamento necesaria para los pacientes sin seguro o con un seguro insuficiente que no pueden pagar la atención médica de acuerdo con las pautas establecidas por el hospital. Este tratamiento es proporcionado por esta el hospital sin la expectativa de pago. La asistencia financiera no incluye deuda incobrable o deficiencias contractuales de los programas gubernamentales, pero puede incluir copagos, deducibles del seguro o los dos.

2.2 Deuda incobrable se define como los gastos causados por el del tratamiento de los servicios proporcionado al paciente y/o garante quien, al contar con los recursos financieros necesarios para pagar los servicios de atención médica, que se ha demostrado por él o ella en sus acciones de no cumplir con los acuerdos contractuales para resolver la cuenta.

2.3 Dificultades financieras se define como un problema en cual los pagos no se pueden realizar debido a una enfermedad, desempleo y gastos médicos extraordinarios. El saldo mínimo que debe considerarse para dificultades financieras es de \$10,000.00. El estado de dificultades financieras será designado por el comité del ciclo de ingresos. Consulte la póliza para obtener detalles sobre la calificación para dificultades financieras.

2.4 Los servicios de atención primaria se define como los servicios profesionales que se proporciona en la clínica de medicina familiar del condado de Greeley o en la clínica de medicina familiar del condado de Wallace.

2.5 Los servicios de atención no primaria se define como los servicios tecnológicos necesarios proporcionados en Greeley County Hospital.

3. Póliza

3.1 No discriminación.

Este hospital proporcionar servicios medicamente necesarios, etc. a todos los miembros de la comunidad que necesiten atención médica sin importar la habilidad del paciente de pagar tales servicios. La determinación de la asistencia financiera total o parcial se basará en la capacidad de pago del paciente y no se reducirá en función de la edad, el sexo, credo de la raza, la discapacidad, la orientación sexual o el origen nacional.

3.2 Servicios de asistencia financiera

Los servicios de asistencia financiera se extenderán a los servicios de atención primaria después del horario del programa de asistencia financiera de la clínica y para los servicios no primarios después del horario de la asistencia financiera. Los servicios de asistencia financiera no se aplican a procedimientos electivos como la cirugía cosmética, el tratamiento de fertilidad, el tratamiento de la infertilidad (ligadura de trompas, la vasectomía). La asistencia financiera está destinada únicamente para el beneficio del paciente y su familia y no exime a terceros de su responsabilidad. (Consulte el adjunto para obtener una lista de profesionales de la salud calificados).

3.3 Determinación de elegibilidad.

La determinación de la asistencia financiera se debe hacer antes de proporcionar servicios cuando sea posible. Cuando se precalifique para recibir asistencia financiera, se requiere una declaración del médico que detalle la necesidad médica. Si la información completa del seguro médico del paciente o si la ayuda de la asistencia financiera no está disponible en el momento del servicio o si la situación financiera del paciente cambia, la designación de asistencia financiera puede hacerse después de proporcionar servicios. Se hará todo lo posible para establecer si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera antes de irse del hospital.

3.4 Confidencialidad.

La necesidad de asistencia financiera puede ser un tema delicada y profundamente personal para los beneficiarios. La confidencialidad de la información y la preservación de la dignidad del individuo se mantendrá para todos los que solicitan caritativos. La orientación del personal y la selección del personal que implemente esta póliza y procedimiento serán guiadas por estos valores. Ninguna información obtenida en la solicitud de asistencia financiera del paciente podrá ser divulgada solamente si el paciente otorga permiso por tal divulgación.

3.5 Información del personal.

Todos los empleados de la instalación de Servicios Financieros para el Pacientes, Registración y Manejo de Casos serán entrenados en la póliza de asistencia financiera de esta instalación, tener acceso a los formularios de solicitud y poder de hacer preguntas directas a los representantes apropiados del hospital. Los pacientes deben ser informados sobre nuestra póliza de asistencia financiera y solicitud en formas de comunicación oral sobre la factura durante el periodo de notificación. Toda la información proporcionada al paciente con respecto al programa de asistencia financiera debe ser documentada en el registro financiero del paciente.

3.6 Representante de contabilidad

El hospital designara una persona para procesar las solicitudes de asistencia financiera, coordinar los esfuerzos y supervisar las prácticas de asistencia financiera. El representante de cuentas de pacientes proporcionar copias gratuitas de la póliza de asistencia financiera, solicitud de asistencia financiera y resumen si los solicita por correo y en ubicaciones dentro el hospital. La aplicación y la póliza también estarán disponibles en el sitio web del hospital y la intranet. Además, el resumen y la solicitud de asistencia financiera estarán disponibles en el paquete de ingreso que es distribuido cuando se ingresa al hospital.

3.7 Capacitación del personal.

Todo el personal que está en contacto con el público y el paciente está entrenado para comprender la información básica relacionada con la política y los procedimientos de asistencia financiera y proporcionar materiales impresos explicando el programa de asistencia financiera.

4. Proceso de Aplicar

4.1 Solicitud.

La solicitud adjunta será utilizada por los pacientes para solicitar asistencia financiera del hospital. Los pacientes que no tienen seguro médico pueden calificar para recibir asistencia financiera según sus ingresos mensuales o anuales y el tamaño de su familia. Los pacientes que tienen seguro médico también pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera por la parte de su factura que no está cubierta por el seguro médico, incluidos los deducibles, coaseguros y servicios que no son cubiertos.

4.2 Asistencia para aplicar.

El representante de contabilidad de pacientes del hospital proporcionar asistencia a los pacientes para aplicar. Se ofrecerán servicios de traducción y asistencia a todos los pacientes.

4.3 Solicitar información.

El hospital enviara una carta y el formulario de solicitud a cualquier persona que solicite información sobre el programa de asistencia financiera del hospital.

4.4 Solicitantes adiciones.

Las solicitudes de asistencia financiera pueden ser pedidas por otras personas aparte del paciente, como el médico del paciente, miembros de la familia, grupos comunitarios o religiosos, organizaciones de servicios sociales o personal del hospital. El paciente será informado de tal dicha solicitud. Este tipo de solicitud será procesada como cualquiera otra.

4.5 Tiempo

El hospital hará todo lo posible para que el paciente complete una solicitud de asistencia financiera en el momento o antes de que se presente los servicios.

4.5.1 Periodo de notificación

El hospital notificara a las personas sobre la disponibilidad de FAP durante 120 días antes de que comience la actividad de cobro extraordinaria (ECA) comenzar si no se recibe la solicitud de FAP. ECA se define como cualquier cosa que requiera un proceso legal o judicial (incluido el embargo de salario, gravámenes, demanda etc.); reportar información adversa a las agencias de crédito; vendiendo una deuda.

5. Proceso de Revisión de la Solicitud

5.1 Criterios de elegibilidad.

5.1.1 Revisión de asistencia financiera.

Una vez examinado la solicitud de asistencia financiera completada por el paciente, el hospital determinara si el paciente califica para la asistencia financiera. Para calificar para la asistencia financiera, el ingreso mensual o anual de un paciente debe ser del 400% o menos de las pautas federales de pobreza. El paciente puede ser elegible para servicios con descuento según una escala móvil.

5.1.2 Información financiera.

El hospital reserva el derecho de ofrecer descuentos de asistencia financiera solo si el paciente completa una solicitud de asistencia financiera y proporciona otra información solicitada y requerida por el hospital. El hospital puede solicitar una variedad de información para justificar las circunstancias financieras, como talones de cheques, formularios W-2, declaraciones de impuesto, desempleo, documentación de manutención de los hijos, declaraciones de incapacidad, verificación de empleo del empleador del paciente, etc. Si esos documentos no están disponibles se podría aceptar una carta de apoyo de las personas que atienden las necesidades básicas de la vida del paciente.

5.2 Tiempo

Los pacientes son elegibles para completar una solicitud por 240 días a partir del día en que se envié la primera factura al individuo o la persona responsable el hospital aceptara y procesara la solicitud durante este periodo de tiempo hasta que este complete y cese cualquier actividad de recopilación extraordinaria.

5.3 Aprobación.

5.3.1 La aprobación y autorización de asistencia financiera del individuo dar por perdido requiere dos firmas y la decisión del hospital será hecho por dos de las siguientes personas:

- Director de Servicios Financieros del Paciente
- Director Financiero
- Director Ejecutivo
- Coordinador de Asistencia Financiera

5.3.2 Notificación de aprobación.

Se notificara al paciente por escrito dentro de los diez (10) días hábiles después de recibir la solicitud de asistencia financiera y los documentos adicionales para determinar si el paciente califica para el programa de asistencia financiera. Cuando se notifica al paciente que él/ella es elegible para recibir asistencia financiera, el paciente recibirá una carta que indica que la asistencia financiera ha sido aprobada.

5.3.3 Pacientes Fallecidos

Los pacientes que han fallecido y no tienen finca o ningunos otros ingresos para determinar la elegibilidad de la asistencia financiera.

5.4 Negación

Si a un paciente se le negar asistencia financiera, se le informara al paciente dentro 10 días hábiles de la negación. Todos los motivos de la denegación se proporcionarán en ese momento y se informara al paciente del proceso de apelación.

5.5 Apelación.

Cada paciente a quien se le niegue la asistencia financiera puede solicitar el hospital dentro de los treinta (30) día para una reconsideración basada en circunstancias atenuantes. Se notificara al paciente el proceso de apelación en la correspondencia que informa al paciente de la negación de asistencia financiera.

6. Estados de Facturación

6.1 Esfuerzos razonables de cobros de deudas.

Esfuerzos razonables de cobros de deudas se definen como noticiar al paciente sobre la FAP; proporcionar a los pacientes quienes presentan solicitudes FAP incompletas con la información que necesitan para completarla; y haciendo y documentando una determinación de elegibilidad cuando se recibe una solicitud completa.

6.2 Notificación de FAP.

Notificando a un paciente sobre FAP se define además como: proporcionar a los pacientes un resumen en lenguaje sencillo de la FAP y ofrecer un formulario de solicitud de FAP antes del alta hospitalaria; incluyendo un resumen en lenguaje sencillo con todos (y al menos tres) estados de facturas y comunicaciones escritas sobre la factura durante el periodo de notificación; informar a los pacientes sobre FAP en todas las comunicaciones orales sobre su factura durante el periodo de notificación; proporcionar al menos una notificación por escrito días antes del final del periodo de notificación que describe la ECAs del hospital o un tercero autorizado es permitido si no se recibe una solicitud o pago de FAP al finalizar el período de notificación.

6.3 Monto generalmente facturado

A los pacientes que califican según las pautas de atención de caridad y sin seguro o con seguro insuficiente se les debe cobrar menos que los cargo brutos por cualquier atención medica que reciban y no más de las cantidad generalmente facturada (AGB, por sus siglas en inglés) a los pacientes que tienen seguro médico por atención de emergencia o medicamento necesaria.

Los servicios de Greeley County Health Services utiliza el método de retrospectiva del año fiscal anterior para calcular el AGB. El método de retrospectiva cual es basado en los reclamos actuales pagados por la tarifa de Medicare para el servicio al igual a todos los seguros médicos privados (incluido Medicare Advantage) y sus beneficiarios. (vea el adjunto B para el cálculo).

7. Publicación

7.1 Publicación del Hospital

7.1.1 Carteles.

La disponibilidad de asistencia financiera se anunciara en la señalización ubicada en la zona del mostrado de registro de pacientes, sala de emergencias, oficina de finanzas y las salas de espera.

7.1.2 Hoja Informativa

Las hojas de información que describen el programa de asistencia financiera y el proceso de solicitud estarán disponibles en todos los mostradores de inscripción. Esta información estará disponible en el nivel de lectura de sexto grado.

7.1.3 Paquetes hospitalarios

Se le proporcionará al paciente una solicitud de asistencia financiera al momento del ingreso al hospital.

7.2 Publicación Pública del Hospital

7.2.1 Publicación

La información sobre la disponibilidad de asistencia financiera en el hospital se publicará en el sitio web del hospital

7.2.2 Publicación.

El programa de asistencia financiera del hospital se publicará anualmente en el boletín de la comunidad del hospital. El aviso incluirá una descripción de los tipos de servicios que ofrecen y los criterios financieros utilizados para hacer determinaciones de elegibilidad. La notificación incluirá una invitación para que el público haga comentarios y proporcione sugerencias sobre el programa de asistencia financiera de la instalación, incluida las instrucciones sobre cómo enviar comentarios.

7.2.3 Traducción.

Todas las publicaciones y formularios informativos relacionados con el programa de asistencia financiera se traducirán a los idiomas correspondientes a los datos demográficos de la comunidad.

8. Notificación

8.1 Notificación al paciente en el hospital.

El hospital proporcionará a todos los pacientes una notificación oral o escrita del programa de asistencia financiera del hospital durante cualquier proceso de ingreso y alta hospitalaria. Esta información estará disponible en o por debajo de un nivel de lectura de sexto grado.

9. Mantenimiento de registros

9.1 Grabación interna.

Todas las solicitudes de asistencia financiera se registrarán en el registro de control de asistencia financiera y se les dará un número de control secuencial. Las solicitudes completadas se mantendrán archivadas por siete años.

9.2 Contabilidad

La asistencia financiera se registrará utilizando el método de cancelación directa y cumplirá con todas las regulaciones contables de American Institute for Certified Public Accounting.

10. Reportando

El hospital deberá proporcionar una copia del programa de asistencia financiera del hospital e informar el monto de asistencia financiera proporcionada en costos y cargos en sus estados financieros.

Adjuntado A
Lista de los Profesionales de la Salud
(Actualizado 11/01/18)

Wendel Ellis, D.O.

Samuel Lindquist, M.D.

Sheila Scheffe, M.D.

Kathy Bangerter, N.P.

Kim Dansel, P.A.

Kari Cox, P.A.

Melissa Borthwick, P.A.

Kieran Elder, P.A.

Charles Frankum, M.D.

Adjuntado B
Cálculo de AGB Método de Retrospectiva
“Mirar hacia atrás”

Método de vista retrospectiva – multiplica los cargos brutos del hospital por la atención médica del individuo uno o más de los porcentajes de los cargos brutos (montos generalmente facturados [o AGB] porcentaje(s)). Un hospital utilizando este método deben calcular su (s) porcentaje (s) de AGB al menos una vez al año al dividir la suma de los montos de todos los reclamos de emergencia y otra atención medicamente necesaria (o, en la alternativa, para toda la atención médica) que ha sido permitido por ciertos aseguradores médicos —i.e., (1) pago por servicio de Medicare, (2) pago por servicio de Medicare y todos aseguradores médicos privados, o (3) Medicaid solo , o en combinación con el #1 o #2 mencionado arriba durante un periodo de doce meses , por la suma de los cargos brutos asociados para esas reclamaciones. Al calcular las reclamaciones permitidas, la instalación incluirá cualquier parte asociada de estas reclamaciones pagadas por los beneficiarios de Medicare o las personas aseguradas en forma de copagos, coaseguros o deducibles. Los porcentajes de AGB pueden ser un porcentaje promedio de los cargos brutos para toda la atención de emergencia y otros cuidados de atención médica proporcionados por el hospital; o un hospital podrá calcular múltiples porcentajes de AGB para categorías separadas de atención médica. (tal como la atención médica de (tal como ambulatorios y no ambulatorios de atención médica o atención medica proporcionado por diferentes departamentos) o por otras cosas o servicios, mientras la instalación hospitalaria calcule los porcentajes de AGB para todas las emergencias y otros cuidados de atención médica necesaria que proporciona.