

DEPARTAMENTO DE POLITICAS

**SERVICIOS DE CUIDADOS FRANCISCANOS
HOSPITAL SAN FRANCIS MEMORIAL,
DINKLAGE CLINICA MEDICA Y CLINICAS ASOCIADAS
WEST POINT, NEBRASKA**

FECHA DE EMISION 01/01/16

POLITICA # 910.005

REVISION 01/01/17

REVIEWED 08/03/17

ASUNTO: POLITICAS DE ASISTENCIA FINANCIERA

DEPARTAMENTO: OFICINA DE NEGOCIOS

PROPÓSITO

El propósito de esta política es promover la misión caritativa de Servicios de Cuidado Franciscanos, Inc. dba Hospital San Francis Memorial y Clinica Médica Dinklage y Asociados ("Hospital") por proporcionar a los pacientes calificados económicamente desfavorecidos y otros con una vía para solicitar y recibir atención gratuita o con descuento consistente con los requisitos del Código de Rentas Internas y normativa de desarrollo.

I. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Las siguientes clases de personas y categorías de cuidado son elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta política:

A. Financieramente Indigentes

Para calificar como Financieramente Indigentes, el paciente debe estar sin seguro o con seguro insuficiente y tienen un ingreso familiar igual o inferior a 200% del nivel federal de pobreza; proveer, sin embargo, que el pacientes cumplan con los criterios mínimos de ingreso familiar, pero que tienen cuentas médicas menos del 10% del Patrimonio Neto, no califican como financieramente indigentes. Las siguientes definiciones se aplican a dichos criterios de elegibilidad:

"Sin seguro": Un paciente que (I) no tiene seguro de salud o cobertura de los programas de atención de salud gubernamentales, y (II) no es elegible para cualquier otro pago de tercero, como compensación al trabajador o reclamaciones contra los demás que implican accidentes.

"Insuficiente": Un paciente que (I) ha limitado la cobertura de seguro de salud que no proporciona cobertura para los servicios hospitalarios u otros servicios médicos

necesarios proporcionados por el Hospital, (II) ha superado la máxima responsabilidad bajo su cobertura de seguro, o (III) tiene un copago o deducible evaluado bajo contrato de seguro del paciente que se encuentra en más del 10% del Patrimonio Neto del paciente.

"Los ingresos del hogar": El total de ingresos de todos los miembros que viven en el hogar del paciente durante los (12) meses anteriores a la solicitud de asistencia bajo esta política.

"Patrimonio Neto": el valor del activo neto (activos - pasivos (excluidos los pasivos del hospital)) de todos los miembros que viven en el hogar del paciente durante los (12) meses antes de la solicitud de asistencia bajo esta política, excluyendo el valor y pasivos de la residencia principal.

B. El no solicitar Medicaid

Los pacientes que pueden ser elegibles para Medicaid y dejan de solicitar Medicaid dentro de los (30) días de la petición del hospital no se consideran elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta política.

C. Las categorías de Cuidado elegible para Asistencia Financiera

Siempre que el paciente califica como financieramente indigentes, las siguientes clases de cuidado son elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta política:

- Atención médica de emergencia
- Atención médicamente necesaria

Independientemente de la condición de un paciente como financieramente indigentes, los procedimientos cosméticos no son elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta política.

II. PROVEEDORES CUBIERTOS

Atención recibida por el Hospital y los médicos y los profesionales que trabajan Hospital está cubierta por esta póliza.

Atención recibida por los médicos comunitarios independientes y otros proveedores de servicios independientes no está sujeta a esta política. Los pacientes deben ponerse en contacto con estos otros proveedores para determinar si la atención es elegible para recibir asistencia financiera.

Los pacientes pueden obtener una lista actualizada de los proveedores que están y no están sujetos a esta política sin cargo comunicándose con el consejero financiero del paciente en 430 N monitor St., West Point, NE 68788 o llamando al 402-372-4029 o visitando [www.fcswp.org / paciente-financiera-información](http://www.fcswp.org/paciente-financiera-información).

III. LIMITACIÓN DE CARGOS Y CÁLCULO DE CANTIDAD DEBIDA

Los pacientes que se consideran elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta política no se les cobrarán por el cuidado cubierto por esta póliza más cantidades generalmente facturados por el hospital a las personas que tienen seguro de salud que cubre dicha atención. Los descuentos otorgados a los pacientes elegibles bajo esta política serán tomados de los cargos brutos.

A. Cálculos de cantidades generales facturados

El "Importe Facturado general" o "AGB" es la cantidad que el hospital general, cobra a los pacientes asegurados. El Hospital determina su AGB utilizando el método detallado a continuación.

El hospital utiliza el método de búsqueda de nuevo a establecer su AGB y AGB Porcentaje. El AGB es cargos brutos del Hospital multiplicado por el porcentaje AGB. El paciente puede obtener el porcentaje de AGB más actual del Hospital y una descripción del cálculo por escrito de forma gratuita visitando el consejero del portal de pacientes del Hospital en el 430 N Monitor St. West Point NE 68788, la recepción de emergencia o el mostrador de admisiones, o llamando al 402-372-4029 o visitando www.fcswp.org/patient-financial-information/.

El Hospital calcula su porcentaje AGB sobre una base anual. Para los propósitos de esta política, cada nueva Porcentaje AGB se llevará a cabo dentro de los 120 días del período de 12 meses utilizado por el Hospital para calcular el Porcentaje.

B. Cantidad de Asistencia / Descuento Financiero

Los pacientes que califican para ayuda financiera como Financieramente Indigentes son elegibles para recibir asistencia financiera basándose en la siguiente escala de honorarios:

FPL	$\leq 100\%$	$\leq 125\%$	$\leq 150\%$	$\leq 175\%$	$\leq 200\%$
DESCUENTO	100%	80%	60%	40%	20%

Si la ayuda financiera proporcionada a los resultados de los pacientes en un cargo de mayor a AGB, se proporcionará asistencia financiera adicional al paciente, el paciente no es personalmente responsable de más de AGB. Para determinar si un paciente elegible se ha cargado más de AGB, el Hospital considera sólo aquellas cantidades que son la obligación personal del paciente. Los montos recibidos por terceros pagadores no se consideran pagos del paciente.

IV. PROCESO DE SOLICITUD Y DETERMINACIÓN

Los pacientes que creen que pueden calificar para recibir ayuda financiera bajo esta política están obligados a presentar una solicitud de formulario de solicitud de asistencia financiera del hospital durante el período de aplicación. Las solicitudes completas deben ser devueltas a St. Francis Memorial Hospital con Atención al Asesor Financiero del Paciente con la dirección: 430 N. monitor St., West Point, NE 68788.

Para los propósitos de esta política, el "Plazo de solicitud" comienza en la fecha que se proporciona cuidado al paciente y termina luego si: (I) a los 240 días después de la fecha de la primera post-alta (ya sea como paciente interno o externo) estado de cuenta es proporcionado al paciente O (II) no menos de 30 días después de la fecha en que el hospital proporciona al paciente el aviso final, requisito para iniciar acciones de cobro extraordinarias ("ECAs").

Los pacientes pueden obtener una copia de esta política, un resumen en lenguaje claro de esta política, y una aplicación de la asistencia financiera de forma gratuita (I) por correo llamando al 402-372-4029, (II) por correo electrónico (a elección del paciente) por correo electrónico pfc@fcswp.org, (III) por descarga desde www.fcswp.org/patient-financial-information/, o (IV) en persona en (a) la sala de emergencias, (b) en áreas de admisión, o (c) con el Consejero Financiero del Paciente en 430 N monitor St., West Point, NE 68788.

A. Aplicaciones Completadas

Una vez recibido, el Hospital suspenderá cualquier ECAs tomadas contra el paciente y el proceso, revisar y tomar una decisión sobre las solicitudes de asistencia financiera completada presentadas durante el período de solicitud según se establece a continuación. El Hospital puede, a su discreción, aceptar solicitudes de asistencia financiera completas presentadas después del Plazo de solicitud.

La determinación de la elegibilidad para asistencia financiera se efectuará a las siguientes persona (s):

Monto Potencial de Cancelación

\$ 0.00 - \$ 500

501 \$ - \$ 3.000

\$ 3,001- y encima

Autoridad de Aprobación

Gerente de Contabilidad para Pacientes

CFO

CFO y CEO

A menos que de otra forma retardada como se establece en el presente documento, se hará tal determinación dentro de los 30 días de la presentación de una solicitud a tiempo completada. Los pacientes serán notificados de la determinación del hospital como se establece en las disposiciones de facturación y cobro que se detallan en la facturación por separado y Política de la colección # 910.006.

Para ser considerado una aplicación de ayuda "completa" financiera debe proporcionar toda la información solicitada en el formulario y en las instrucciones en la forma.

El Hospital no considerará una solicitud incompleta o negar asistencia financiera basada en el hecho de no proporcionar ninguna información que no se solicitó en la solicitud o las instrucciones adjuntas. El Hospital podrá tener en cuenta en su determinación (y determinar si la

solicitud del paciente es completa) la información proporcionada por el paciente que no esté en la aplicación.

Para preguntas o ayuda para llenar una solicitud de asistencia financiera, el paciente puede ponerse en contacto con el Asesor Financiero del Paciente en el Hospital San Francis Memorial en pfc@fcswp.org o 402.372.4029.

Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera completado durante el Plazo de Solicitud y el Hospital determina que el paciente puede ser elegible para participar en Medicaid, el Hospital le notificará al paciente por escrito de dicha elegibilidad potencial y solicitar que el paciente tome los pasos necesarios para inscribirse en tal programa. En tales circunstancias el Hospital retrasará los trámites de la solicitud de asistencia financiera del paciente hasta que se complete la solicitud del paciente para Medicaid, enviarlas a la autoridad gubernamental requerida, y esperar la determinación que se ha solicitado. Si el paciente no presenta una solicitud dentro de los treinta (30) días siguientes de la solicitud del Hospital, el Hospital procesará la solicitud de asistencia financiera completada y asistencia financiera serán negados debido al incumplimiento de los criterios de elegibilidad establecidos en este documento.

B. Las solicitudes incompletas

Las solicitudes incompletas no serán procesadas por el Hospital. Si un paciente presenta una solicitud incompleta, el Hospital suspenderá las ECAs y proporcionar al paciente una notificación por escrito especificando la información o documentación adicional necesaria para completar la solicitud. La notificación por escrito incluirá la información de contacto del asesor financiero del paciente (número de teléfono y la ubicación física de la oficina). El aviso proporcionará al paciente con al menos 15 días para proporcionar la información requerida, sin embargo, que si el paciente presenta una solicitud completa antes de la finalización del periodo de aplicación, el Hospital aceptará y procesará la solicitud como completa.

C. Elegibilidad Presunta

El Hospital se reserva el derecho de proporcionar asistencia financiera a pesar de que no se ha presentado una solicitud, en cuyo caso se proporcionará al paciente el máximo nivel posible de asistencia financiera.

El Hospital también puede utilizar las aplicaciones anteriores FAP para determinar la asistencia prestada al paciente. Si el paciente se proporciona menos que el nivel máximo posible de la asistencia financiera, el hospital:

- Notificar al paciente sobre la base de la asistencia financiera de presunción;
- Notificar al paciente sobre cómo solicitar potencialmente más asistencia financiera;
- Dar al paciente una cantidad razonable de tiempo para solicitar ayuda más generosa antes de iniciar las ECAs; y

- Si la persona presenta una solicitud completa para solicitar asistencia financiera adicional durante el Plazo de solicitud o el tiempo de respuesta establecido en la convocatoria, el proceso de la solicitud es en coordinación con esta política.

V. ACCIONES DE COLECCIÓN

Para más información sobre las acciones que el Hospital puede tomar en caso de no pagar, por favor vea la facturación del hospital y Política de colección, Política # 910,006. Los pacientes pueden obtener el Balance y Política de Colección de forma gratuita (I) poniéndose en contacto con el Asesor Financiero del Paciente al correo electrónico: pfc@fcswp.org o al 402-372-4029, (II) haciendo la petición en persona en los servicios financieros del paciente, la recepción en la sala de emergencia o el mostrador de admisiones, o (III) por descarga en www.fcswp.org/patient-financial-information/

VI. ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Tratamiento médico de emergencia se proporcionará sin tener en cuenta la capacidad de pago y sin tener en cuenta si el paciente califica para recibir asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera, Ver Política # 600.137. El Hospital no tomará ninguna acción que pueda interferir con la provisión de tratamiento médico de emergencia, por ejemplo, al exigir el pago antes de recibir tratamiento por condiciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobro de deudas que interfieren con la prestación de atención médica de emergencia en el servicio de urgencias. Tratamiento médico de emergencia se proporcionará de acuerdo con las políticas del hospital del gobierno y la aplicación del Tratamiento Médico de Emergencia y la Ley del Trabajo Activo.