

TAOS HEALTH SYSTEM

ALCANCE: Hospital Amplia **DEPARTAMENTO:** Servicios Financieros del Paciente
FECHA EFECTIVO: 12/15/16 **APROBADO POR:** Chris Stagg, Board Chairperson

POLITICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

DECLARACION DE POLITICA:

Holy Cross Hospital, un hospital comunitario sin fines de lucro, no podrá discriminar en la prestación de servicios médicos a aquellos que la necesitan, independientemente de su capacidad de pago. No asegurados o asegurados pacientes considerados incapaces de pagar sera elegible para recibir asistencia financier.

LA DIRECTRIZ POLITICA/PROPOSITO:

HCH proporcionará una Política de Asistencia Financiera como parte de sus Programas de Beneficio general de la Comunidad. La directiva establece un proceso para identificar y tratar a los miembros de la comunidad en necesidad de asistencia financiera. Documentación escrita también debe ser mantenida sobre todo determinación sea aprobada o denegada.

PROCEDIMIENTO:

Método para Aplicar para Asistencia Financiera:

El paciente o su representante debe completar una solicitud de Ayuda Financiera y enviarla al Consejero Financiero en Holy Cross Hospital.

Las aplicaciones pueden obtenerse de las siguientes maneras:

1. En línea a www.taoshospital.org
2. Recogido en Holy Cross Hospital
3. Poniéndose en contacto con un representante de servicio al clientel: 575-737-3454.
4. Poniéndose en contacto con un consejero financier: 575-751-5786.
Una copia de la política será proporcionado por correo de manera gratis, previa solicitud de un representante de servicio al cliente o un consejero financiero

Criterios de Elegibilidad:

1. Directrices para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera se aplicará coherentemente. En la determinación de la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera, servicios financieros del paciente ayudará al paciente para determinar si él/ella es elegible para el tercero pagador fuentes, incluidos los programas patrocinados por el gobierno. Si la persona habría sido elegible para cobertura de terceros pero no pudo cumplir con los términos de ese pagador y pago fue denegado. La negacion cantida no será elegible para la asistencia financiera. En el caso de que terceros cobertura está determinada en una fecha posterior, la asistencia financiera que condone se invertirá y seguro a terceros será archivada.
2. El paciente o su representante deberá llenar una solicitud de asistencia financiera antes de que se consideren elegibles. La solicitud deberá ser presentada junto **con** el justificante de ingreso para incluir una declaración de **impuestos con el W-2 las declaraciones y recibos de pago con cheque, copia de los cheques o declaraciones de desempleo durante las últimas cuatro semanas del ingreso familiar**. Si alguien en la familia es auto-empleado, una copia del **resumen de pérdidas y**

ganancias debe acompañar la solicitud. (Para los saldos menos de \$ 1,500 el software predictivo de pago puede ser utilizado para determinar la elegibilidad, en lugar de la documentación de apoyo).

3. La elegibilidad se determina exclusivamente sobre la base de los ingresos brutos. Los ingresos de la familia del solicitante debe estar en o por debajo de **300%** de la Ley Federal de Salud y Servicios Humanos Directrices de pobreza. Holy Cross Hospital adopta la Oficina del Censo de los Estados Unidos en la definición de la familia para esta política. La pobreza de Servicios Humanos y de salud directrices se publicarán cada año en el Registro Federal y estará incluido en el aviso de la Disponibilidad de Asistencia Financiera. Una persona puede optar por tener ingresos por un período de doce meses, o en los tres meses más recientes en o por debajo de las directrices. Si una persona es normalmente empleado estacionalmente, sus ingresos anuales serán utilizados para hacer esta determinación.
4. Las personas que califiquen para el programa de asistencia financiera será cargada no es más que "Generalmente Cantidades Facturadas" otros contribuyentes. Los importes Facturados Generalmente se calcula utilizando el método de "mirar hacia atrás". Generalmente los importes Facturados, representa eficazmente, lo que el hospital se recoge en los pagos de las Compañías de Seguros, Medicare y Medicaid (incluido el paciente fuera-de-bolsillo cantidades).

Ejemplo:

$$\frac{\text{Asegurador Reembolso} + \text{Paciente Fuera-de-bolsillo Cantidades}}{\text{Gastos Brutos}} = \text{Generalmente Cantidades Facturados}$$

$$\frac{\$1,000 + \$100}{\$2,550} = 43\%$$

Generalmente Cantidades Facturadas = 43%
 Cuenta del Paciente: \$100.00
 Descuento sobre Factura: \$57.00
 El Paciente Debe: \$43.00 (La cantidad maxima que se puede recoger con el paciente calificado)

Directrices Federales de Pobreza Recopilar	La Asistencia Financiera de Descuento	Cantidad de Recopilar
0-100%	100%	0%
101- 150%	87%	13%
151-200%	77%	23%
201-250%	67%	33%
251-300%	57%	43% Amounts Generally Billed
>300%	0%	100% patient can qualify for self-pay discount

5. Todos los servicios medicos necesarios podrán optar a una ayuda financiera de consideración, incluyendo cualquier servicio medico recibidos en Hospital Holy Cross.
6. Si una persona le da a la facilidad un pago antes de solicitar asistencia financiera, esa cantidad se restará del importe de la factura del hospital antes de la determinación del monto de la asistencia financiera. Los individuos pueden aplicar hasta un mes antes de recibir el servicio y la elegibilidad es válido por seis meses después de la determinación.

7. Se enviará una carta a cada solicitante comunicándole la determinación de elegibilidad, el monto de la asistencia financiera prestada, cualquier saldo restante adeudado por el paciente, y se propuso el plan de reembolso. El pago mensual se harán arreglos de acuerdo con Holy Cross I pautas del plan de pago del Hospital.
8. Pacientes negaron Asistencia Financiera será enviada una carta informándoles de la razón de la denegación.
9. La oficina de negocios de Holy Cross Hospital mantendrá un registro de la asistencia financiera prestada cada año fiscal, junto con todas las aplicaciones de las aprobadas o denegadas.

Las Practicas de Coleccion del Paciente:

1. Primer aviso de facturación será enviada cuando finaliza la cuenta
2. Segundo aviso de facturación se enviará después de 45 días
3. Tercera y última notificación será enviada después de 90 días
4. La cuenta será entregado a una agencia de cobranza (Extraordinaria Colección Esfuerzos) después de 120 días, si la cuenta no es pagada en su totalidad, si las disposiciones adecuadas para que el pago no se ha hecho; o una solicitud de ayuda financiera no es recibida en nuestra oficina

Cuando se recibe una solicitud se adoptarán las medidas siguientes:

- Información de la aplicación será revisada por una disposición dentro de 5 días hábiles.
- Si la cuenta es más de 120 días de antigüedad, toda actividad extraordinaria colección será suspendida

Si la solicitud está **incomplete**, la siguiente acción será tomada:

- Resumen de facturación que muestra la cantidad de asistencia financiera prestada, cualquier saldo restante adeudado será enviado al paciente.
- Cualquier exceso de reembolso de los pagos efectuados hecha por persona.
- Si servicios médicos adicional son rindidos entre seis meses del aplicación inicial, el paciente es responsable de informar la oficina de Servicios Financieros de Paciente a 575-751-5786 o 575-737-3454 que un aplicación esta archivado.

Si la solicitud es **aprobada**, se adoptarán las medidas siguientes:

- Suspender cualquier actividad extraordinaria colección en proceso.
- Proporcionar al individuo con aviso escrito de información adicional necesaria con fecha completa.

Extraordinaria Colección Notificación

- 1 Observe que Colecciones Extraordinarias procederá si la aplicación no está terminado o reclamación no es pagado dentro de 30 días desde la fecha de finalización anterior o el último día del período de aplicación (240 dias).

Si la solicitud es **negada**, a los pacientes se les envío una carta para informarles de la razón de la denegación

Holy Cross Hospital va a informar al paciente continuamente con cuentas abiertos con auto-pagar las cuentas de la Política de Asistencia Financiera Disponibilidad para un período de 120 días. Esto se conoce como el período de notificación de la Política de Asistencia Financiera. Holy Cross Hospital proporcionará al paciente una notificación por escrito 30 días antes de que finalice el período de Notificación de Asistencia Financiera

(en 90 días). Holy Cross Hospital no participará en ninguna colección extraordinaria actividad hasta el tiempo suficiente y períodos de notificación han pasado (al menos 120 días).

Pacientes no asegurados se facturarán con carga completa menos un 20% de descuento sin seguro si no solicitan asistencia financiera.

Measures to Publicize the Financial Assistance Policy:

Holy Cross Hospital aconsejará a los pacientes y a sus familias de la Asistencia Financiera a través de los siguientes medios:

- Aviso de la Disponibilidad de Asistencia Financiera será publicado en cada área de registro y en el Departamento de Emergencia.
- La Disponibilidad de Asistencia Financiera será impreso en las cartas y declaraciones.
- Aviso de la Disponibilidad será publicado en el sitio web del hospital.
- La Disponibilidad de Asistencia Financiera se publicarán anualmente en el periodico local.

EQUIPO:

Aplicar para Asistencia Financiera; el software predictivo de pago (Experian); Directrices Federales de Pobreza Recopilar

SOURCE REFERENCES:

<https://www.irs.gov/charities-non-profits/charitable-organizations/new-requirements-for-501c3-hospitals-under-the-affordable-care-act>

<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

PALABRAS CLAVE:

Asistencia Financiera, Beneficio Comunidad, Generalmente Cantidades Facturadas, Directrices Federales de Pobreza Recopilar

APPROVAL PROCESS:

Who does this guideline/policy affect?	Approvals needed	Signature/Date
Who does this policy affect?	Approvals needed	Signature/Date
If policy affects only one dept.	Service Director	
If policy affects more than one dept. under one service director	Service Director <input type="checkbox"/> Dept. _____ <input type="checkbox"/> Dept. _____ <input type="checkbox"/> Dept. _____	
If policy affects more than one dept. under more than one service director	Service Director for each dept.	
If policy affects all depts. hospital-wide... <i>should go to Physician Service Meetings for "Information Only"</i>	<input type="checkbox"/> ATM <input type="checkbox"/> CEO	
If policy affects physician orders/responsibilities	<input type="checkbox"/> ED <input type="checkbox"/> PAM <input type="checkbox"/> S&A <input type="checkbox"/> Peri-natal MEC/Chief of Staff	
If policy affects Medical Staff &	MEC/Chief of Staff	

Governing Board responsibilities	Governing Board/Board Chair <input type="checkbox"/> Approve <input type="checkbox"/> Info Only	
Revision History Original FAP effective 3/26/14 supersedes Charity Care Policy	Summary of Revision: added website, phone numbers, how to obtain policy, explained and gave examples of AGB, letters to be sent to patient, billing notices	