

HOSPITAL DEL CONDADO DE CHEYENNE

Fecha de Aprobación de la Junta: 28-11-17 Actualizado: 18/10/24

Propósito: Proporcionar asistencia financiera para servicios de salud de emergencia y medicamentos necesarios recibidos como paciente interno o externo del Hospital de manera justa, consistente, respetuosa y objetiva a pacientes indigentes, médicamente indigentes, no asegurados o subasegurados. Esta política contiene recomendaciones de GPHA.

* * * * *

A. Criterios de Elegibilidad:

1. El Programa de Asistencia Financiera (Programa) toma en consideración el ingreso del hogar de un paciente y se basa en el Nivel Federal de Pobreza (FPL) que se actualiza anualmente e incluido en (Apéndice A).
2. Los pacientes elegibles son personas que han recibido servicios de emergencia y medicamentos necesarios, y son indigentes, médicamente indigentes, no asegurados o subasegurados. El ingreso del hogar del paciente (como se define a continuación) debe ser inferior al 200% del nivel de pobreza para recibir asistencia financiera del 100%.
3. La determinación de Asistencia Financiera será consistente entre los pacientes, independientemente de sexo, color, edad, raza, credo, discapacidad, orientación sexual, identidad de género, origen nacional, estatus migratorio, preferencia religiosa, capacidad de pago, o si el pago por esos servicios se realizaría bajo Medicare, Medicaid, o el Programa de Seguro de Salud para Niños.
4. La Asistencia Financiera es secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, incluyendo cobertura de seguro basada en el empleador, seguro comercial, programas gubernamentales y responsabilidad de terceros.

B. Proceso de Solicitud:

1. Todos los solicitantes que califiquen recibirán Asistencia Financiera para servicios de emergencia y medicamentos necesarios de acuerdo con las calificaciones y pautas aquí establecidas.
 2. Una solicitud de asistencia financiera puede ser iniciada por un paciente en persona en admisiones o en servicios financieros para pacientes; por teléfono llamando al 785/332-2104; por correo a Cheyenne County Hospital, PO Box 547, St. Francis, KS, 67756; o a través del sitio web del Cheyenne County Hospital
-

www.cheyennecountyhospital.com. Si se requiere ayuda para completar la solicitud, alguien estará disponible para asistirle.

En última instancia, es responsabilidad del paciente proporcionar la información necesaria para calificar para la asistencia financiera. No hay garantía de que el paciente califique para la asistencia financiera.

3. El proceso de Asistencia Financiera comienza en el momento del servicio (durante la pre-admisión, admisión o en el momento del alta). Una lista de proveedores cubiertos y no cubiertos está disponible (Apéndice B y C).
4. El proceso de solicitud incluye la completación de un "Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera" y la provisión de documentos de verificación. La información verificable puede incluir, pero no se limita a, lo siguiente:
 - a. Ingreso individual o familiar (declaración de impuestos sobre la renta con copias de los estados de ganancias
– formularios W-2, formularios 1099, etc. de los últimos 2 años)
 - b. Copias de los recibos de nómina más recientes de 90 días, cheques de Seguro Social o cheques de desempleo.
 - c. Tamaño del hogar familiar

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

5. Elegibilidad Presuntiva (PE): Algunos pacientes o garantes se presumen elegibles para asistencia financiera basándose en circunstancias de vida individuales, por ejemplo, aquellos que están sin hogar o han calificado para programas de asistencia basados en necesidades. Esto se llama "elegibilidad presuntiva." Estos pacientes o garantes no necesitan completar la solicitud financiera si proporcionan prueba de que califican para ciertos programas que existen para beneficiar a personas que no tienen suficientes recursos para pagar por servicios y atención. La elegibilidad presuntiva se utilizará para otorgar un descuento del 100 por ciento a los pacientes que son elegibles debido a uno de los siguientes ejemplos:
 - a. **Están sin hogar y/o han recibido atención de una clínica o refugio para personas sin hogar. El paciente o garante debe proporcionar una declaración escrita de una clínica o refugio para personas sin hogar.**
 - b. **Reciben atención de y/o son parte del programa de Mujeres, Infantes y Niños (WIC). El paciente o garante debe proporcionar el voucher WIC más reciente emitido por la oficina de la División de Apoyo Familiar.**
 - c. **Reciben beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (anteriormente conocido como cupones de alimentos). El paciente o garante debe proporcionar la declaración de elegibilidad SNAP (cupones de alimentos) más reciente emitida por la oficina de la División de Apoyo Familiar.**
-

- d. **La familia del paciente es elegible y recibe almuerzo escolar gratuito o a precio reducido como parte del programa financiado por el gobierno federal. El paciente o garante debe proporcionar la carta de confirmación más reciente de la División de Apoyo Familiar para respaldar esto.**
 - e. **La dirección del paciente es un programa de vivienda asequible o subsidiada para personas de bajos ingresos, como la Vivienda de la Sección 8 de HUD. El paciente o garante debe proporcionar la aprobación de la solicitud de vivienda subsidiada emitida por la oficina de la División de Apoyo Familiar.**
 - f. **Los salarios del paciente o del garante no son suficientes para embargar, según lo definido por la ley estatal. El paciente debe proporcionar prueba, emitida por el estado en el que vive, con una exención de embargo de salario.**
6. Después de que se haya completado la solicitud de Asistencia Financiera, las cuentas que se consideren para Asistencia Financiera se pondrán en un estado de "suspensión" mientras se revisa la solicitud (no más de 30 días). El estado de suspensión evitará que las cuentas avancen en 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 las cuentas.
7. El período de solicitud para completar una solicitud de asistencia financiera está disponible por un mínimo de 240 días a partir de la fecha en que el Hospital del Condado de Cheyenne proporciona al paciente el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta para los servicios del paciente. La solicitud de asistencia financiera debe completarse anualmente.
8. Si el Hospital determina que un individuo es elegible para FAP, el Hospital hará lo siguiente:
- a. Si el paciente o garante ha realizado pagos a la instalación hospitalaria (o a cualquier otra parte) por la atención como individuo elegible para FAP, se realizarán reembolsos de esos pagos en exceso.
 - b. Toma todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA tomada contra el individuo para cobrar la deuda en cuestión; tales medidas incluirán, pero no se limitarán a: anular cualquier juicio, levantar cualquier gravamen o embargo sobre la propiedad del individuo y eliminar del informe de crédito del individuo cualquier información adversa que se haya reportado a una agencia de informes o buró de crédito.
9. La Oficina de Negocios del Hospital continuará trabajando con el paciente o garante para resolver los saldos de cuenta restantes. Los pacientes o garantes son responsables de hacer arreglos de plan de pago mutuamente aceptables con el Hospital dentro de los 30 días posteriores a la recepción de un aviso por escrito de determinación sobre 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 cobranza, incluida la posible transferencia de cuentas a una agencia de cobranza.

C. Determinación de Asistencia Financiera:

1. Para obtener Asistencia Financiera, el paciente o garante debe establecer que el ingreso del hogar está por debajo del 200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) más reciente en la fecha del servicio para recibir asistencia financiera del 100%. Para el (FPL) actual, consulte (Apéndice A).
 2. Se pueden hacer concesiones por circunstancias atenuantes basadas en las circunstancias de vida únicas de cada persona y factores atenuantes. La cantidad de asistencia proporcionada por el Hospital puede ser mayor de lo que se detalla en las pautas, pero nunca menor.
 3. "Los Ingresos del Hogar" incluyen todos los ingresos antes de impuestos, independientemente de su origen, para todas las personas de 18 años o más que residen en el hogar. Un hogar consiste en una o más personas que viven en la misma casa, condominio o apartamento.
 4. Las solicitudes de Asistencia Financiera incompletas, o la información no documentada dentro de la solicitud, pueden hacer que el Hospital niegue la asistencia hasta que se proporcione la solicitud o documentación completa. El Hospital retendrá la solicitud incompleta y enviará documentación escrita que describa la información necesaria y las instrucciones para presentar la documentación requerida.
 5. El Gerente de la Oficina de Negocios del Hospital o su designado procesará la solicitud de Asistencia Financiera y determinará el descuento apropiado.
 6. La Oficina de Negocios del Hospital enviará un aviso escrito de determinación al paciente o garante dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud completa (incluida toda la documentación requerida).
 7. Los pacientes o sus representantes pueden apelar una denegación de Asistencia Financiera proporcionando información adicional sobre la determinación de elegibilidad o una explicación de circunstancias atenuantes, al Gerente de la Oficina de Negocios del Hospital dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la notificación de denegación por escrito. La parte que realiza la apelación será notificada por escrito de la decisión final tomada por el Gerente de la Oficina de Negocios y el Administrador.
 8. Ninguna persona elegible para asistencia financiera bajo el FAP será cobrada más por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que las cantidades que
-

generalmente se facturan a individuos que tienen seguro que cubre dicha atención.

9. Una vez aprobado, el paciente es elegible para Asistencia Financiera por 365 días (un año) o hasta que la información de ingresos cambie para la calificación continua, lo que sea menor.

NOTA: El hospital está utilizando el método de Medicare prospectivo para las cantidades generalmente facturadas (AGB).

D. Aprobación y Autorización:

1. La aprobación y autorización de los descuentos de Asistencia Financiera se basará en lo siguiente: (o la política adoptada alternativa de la Junta de Fideicomisarios del Hospital)

a.	\$0 a \$ 750	Gerente de Oficina de Negocios o Representante
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 de Hospitales Administrados; CFO de GPHA para Hospitales Arrendados

E. Términos y Definiciones:

1. Nivel Federal de Pobreza (FPL): Umbrales de pobreza que se emiten cada año en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). <http://aspe.hhs.gov/poverty>
 2. Garante: Se refiere a la persona responsable financieramente del saldo(s) de la cuenta del paciente.
 3. Indigente: Se refiere al paciente que no tiene recursos financieros para pagar la obligación.
 4. Médicamente Indigente: Se refiere a la situación en la que el pago de la obligación creará dificultades financieras.
-

5. Servicios Medicamente Necesarios: Se refiere a los servicios de atención médica hospitalaria o ambulatoria proporcionados con el propósito de evaluación, diagnóstico y/o tratamiento de una lesión, enfermedad, enfermedad o sus síntomas, que si se dejan sin tratar, representarían una amenaza para el estado de salud continuo del paciente.
6. No Asegurado: El paciente no tiene seguro ni cobertura bajo programas gubernamentales y no es elegible para ningún pago de terceros, como compensación laboral o responsabilidad de terceros.
7. Bajo Asegurado: El paciente tiene una cobertura de seguro limitada que no proporciona cobertura para la atención médicamente necesaria prestada o se ha excedido la responsabilidad máxima bajo la cobertura de seguro.

F. Acciones de Cobro – El Hospital del Condado de Cheyenne realizará esfuerzos razonables para determinar si un individuo es elegible para asistencia bajo esta política antes de participar en acciones de cobro extraordinarias ("ECA").

1. ECA incluye cualquier acción tomada que requiera un proceso legal o judicial en un intento de cobrar el pago de un individuo cubierto bajo esta política. "Las ECA que requieren proceso legal o judicial incluyen, pero no se limitan a:
 - a. Colocar un gravamen sobre la propiedad de un individuo;
 - b. Ejecutar la hipoteca de la propiedad real de un individuo;
 - c. Adjuntar o embargar la cuenta bancaria de un individuo o cualquier otra propiedad personal;
 - d. Iniciar una acción civil contra un individuo;
 - e. Causar el arresto de un individuo;
 - f. Causar que un individuo esté sujeto a una orden de arresto; y
 - g. Embargar los salarios de un individuo."

El Hospital del Condado de Cheyenne puede enviar cuentas a una o más agencias de cobranza, pero tal acción no se considera un ECA. Las agencias de cobranza estarán obligadas, en un acuerdo por escrito, a los términos y condiciones de esta política y no tomarán ECAs sin la autorización previa del Hospital del Condado de Cheyenne.

2. El Hospital del Condado de Cheyenne no tomará ECAs contra un individuo durante al menos 120 días a partir de la fecha en que el Hospital del Condado de Cheyenne proporcione al individuo la primera factura posterior al alta por atención; y
 - a. Proporciona al menos treinta (30) días de aviso por escrito al individuo que:
 - i. Notifica al individuo sobre la disponibilidad de asistencia financiera;
 - ii. Identifica el/los ECA(s) específicos que el Hospital del Condado de Cheyenne tiene la intención de iniciar contra el individuo, y
 - iii. Establece una fecha límite después de la cual se pueden iniciar ECAs que no sea anterior a 30 días después de la fecha en que se proporciona el aviso al individuo;
 - b. Proporciona un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera con el aviso mencionado anteriormente; y
 - c. Hace un esfuerzo razonable por notificar oralmente al individuo sobre la posible
-

disponibilidad de asistencia financiera al menos 30 días antes de iniciar ECAs contra el individuo, describiendo cómo el individuo puede obtener asistencia con el proceso de solicitud de asistencia financiera.

3. Una vez que un individuo haya presentado una solicitud completa dentro del Período de Solicitud, mientras determina si el individuo es elegible de acuerdo con la política, el Hospital del Condado de Cheyenne,
 - a. Suspender cualquier ECA contra el individuo, incluyendo la que fue iniciada por la agencia de cobranza;
 - b. No iniciar ningún nuevo ECA; y
 - c. Hacer y documentar una determinación sobre si el individuo es elegible de acuerdo con la política.
4. Si un individuo presenta una solicitud incompleta en cualquier momento durante el Período de Solicitud, el Hospital del Condado de Cheyenne cumplirá con F. 1,2 y 3, así como con lo siguiente:
 - a. Suspender cualquier ECA contra el individuo, incluyendo la que fue iniciada por la agencia de cobranza;
 - b. Proporcionar un aviso por escrito con una copia de la política, al individuo describiendo la información necesaria para completar la solicitud.
 - c. Si el Hospital del Condado de Cheyenne no recibe la información requerida dentro del plazo requerido, las acciones de cobranza pueden reanudarse.

