

Citizens Medical Center, INC.
Colby, Kansas

Página 1 de 5

Política # 82.1

Fecha de revisión 11/01/16; 12/13/10;11/11/13
05/08/17

Departamento: Facturación

Asunto: Asistencia Financiera

POLITICA:

Es la política de Citizens Medical Center (CMC) proporcionar asistencia financiera total o parcial a pacientes y/o responsables, dentro de los límites de recursos de Citizens Medical Center, basado en la situación financiera actual o capacidad de pagar del paciente y/o responsable.

El proceso de asistencia financiera se llevará a cabo con respeto y con respecto a la dignidad del solicitante. La aplicación de la política se hará independientemente de la raza, color, religión, credo, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (el sexo del individuo asignado al nacer, la identidad de género o el género se registran de otra manera si es diferente al que dichos servicios u ordinaria o exclusivamente disponible)

PROPOSITO:

la aplicación de la política se hará independientemente de la raza, color, religión, credo, sexo, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (el sexo del individuo asignado al nacer, la identidad de género o el género se registran de otra manera si es diferente al que dichos servicios u ordinaria o exclusivamente disponible)

VISION EN CONJUNTO:

En conformidad con la sección 501® (6) del Código de Ingresos Internos (IRC). Citizens Medical Center (CMC) informará a sus pacientes y/o responsables de la política de asistencia financiera (FAP) y hará los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente y/o responsables para recibir asistencia financiera. Si se determina que un individuo es elegible para recibir asistencia financiera, CMC revertirá, cuando sea posible, los resultados adversos de cualquier esfuerzo de cobro y reembolsará cualquier monto pagado en exceso al individuo. CMC también emitirá un nuevo estado de cuenta que representa el monto generalmente facturado a las personas con seguro. Este monto se calculará utilizando el método "mirar hacia atrás", basado en reclamos reales pagados a CMC por Medicare y otras aseguradoras privadas.

Procedimiento:

- I. Cualquier paciente que busque cuidado de urgencias o emergente (dentro de los parámetros de la sección 1867 de la Ley de seguridad social (42 U.S.C. 1395 de las guías imperativas 42CFR 489.24) de en CMC se tratarán sin discriminación y sin tener en cuenta la capacidad del paciente para pagar la atención médica. CMC operará de acuerdo con todos los requisitos federales y estatales para la prestación de servicios de atención médica urgente o emergente. Incluyendo detección, tratamiento y transferencia según la Ley Federal de Trabajo y Actividad Médica de Emergencia. (EMTALA). CMC consultará y se guiará por su política de servicios de emergencia, las regulaciones de EMTALA y las condiciones de participación aplicables de Medicare/Medicaid para determinar qué constituye una condición urgente o emergente y el proceso a seguir con respecto a cada una.
- II. La aplicación de Asistencia Financiera será enviada a un paciente y/o persona responsable, cuando sea solicitada per este. La aplicación de Asistencia Financiera debe ser completada en su totalidad.
 - A. La información requerida incluye copias de los recibos de pago de los últimos tres meses, estado de cuenta de beneficios de Social Security (si es aplicable), los últimos tres meses de estados de cuenta de cheques /ahorros y copia de su última declaración de impuestos. La información requerida debe ser entregada al asesor financiero de pacientes en diez días avilés después de entregar la solicitud. CMC se reserva el derecho de verificar que la información sea correcta.
 - B. Si un cuestionario es regresado incompleto, se enviará una carta requiriendo la información faltante, y se dará un periodo adicional de 10 días para presentar la información. Si la información requerida no es obtenida la solicitud será negada.
 - C. Hasta que la solicitud sea completada y entregada a CMC, el balance de la cuenta seguirá siendo responsabilidad del paciente/responsable, y estará sujeto a todos los procedimientos estándares de cobranza y colecciones.
 - D. Al recibir la solicitud completa e información requerida, la cuneta será revisada, y será procesada de acuerdo con el criterio de elegibilidad el programa de administración de esta política. Se enviará una carta al paciente/responsable dejándole saber la determinación. Las bases para la determinación serán incluidas en la carta.
 - E. El paciente puede descargar la solicitud de la página de CMCI. www.cmciks.com.
- III. Determinación de Elegibilidad.

- A. El nivel de asistencia provisto, total o parcial, será determinado por una evaluación y análisis de los ingresos y otros recursos del paciente. Las Pautas Federales de Pobreza (FPG) emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos servirán como guía inicial para determinar la capacidad de pagar de un individuo. Otros factores a considerar incluyen, pero no son limitados a:
1. La situación de las familias trabajadoras pobres que pueden tener ingresos adecuados para subsistir día a día, pero para quienes los gastos médicos son inasequibles debido a un ingreso discrecional mínimo.
 2. La situación de aquellos con ingresos moderados pero que acumulan gastos médicos significativamente altos más allá de la cobertura de su seguro o su propia capacidad de pagar.
- B. Capacidad del paciente de pagar basada en lo siguiente.
1. El pago de todas las demás fuentes debe agotarse, incluidos los recursos de las cuentas de cheques y de ahorro, certificados de depósito, acciones, bonos, bienes raíces, etc.
 2. La asistencia se aplicará solo a las porciones de la factura de la cuales el paciente es responsable de pago.
 3. La necesidad financiera se basa en las pautas de ingresos establecidas por el Gobierno Federal.
 4. La asistencia financiera será solamente provista para los procedimientos que sean considerados medicamente necesarios.
 5. El aplicante debe proporcionar copias de los últimos 3 meses de talones de cheque, los últimos tres meses de estados de cuenta de cheques y/o ahorros, la última declaración de impuestos.
 6. El aplicante debe completar la forma de solicitud de asistencia financiera de Citizens Medical Center.
- C. Una vez que el aplicante sea considerado elegible para la asistencia financiera, el nivel real de asistencia será determinado en parte, comparando los ingresos del aplicante con el FPG como se muestra a continuación.
1. 100% de descuento si los ingresos son entre 0% y 130% de FPG
 2. 50% de descuento si los ingresos son 131% a 250% de FPG
 3. 30% de descuento si los ingresos son 251% a 400% de FPG
 4. Descuento parcial si los ingresos son más de 400%
- D. Gastos médicos catastróficos también serán un factor determinante de la elegibilidad para la asistencia financiera.
- E. Después que la solicitud sea revisada, una determinación de elegibilidad o inelegibilidad, se tomara y se notificara al aplicante de la decisión.
- F. En caso de falta de pago de cualquier cantidad que se determine sea responsabilidad del paciente y/o responsable, y a falta de una aplicación de asistencia al paciente, CMC puede

la cuenta (s) a una agencia de colecciones externa, Esta acción puede resultar en una entrada adversa en la calificación crediticia del paciente o en el inicio de procedimientos legales.

IV. Establecimiento de un arreglo de pagos.

- A. El Asistente Financiero de Pacientes evaluará la solicitud de asistencia financiera del paciente y cualquier otro documento adjunto, utilizando las guías mencionadas en las secciones previas. Si el paciente califica y es aprobado para la asistencia total, el balance completo será ajustado como caridad.
- B. Si el paciente no califica para asistencia financiera total, el Asistente Financiero de Pacientes negociará un arreglo de pagos mensuales, que en general no excederá los doce meses. La cantidad aprobada para asistencia financiera será ajustada de la cuenta específica. Un balance detallado será provisto para el paciente y/o responsable mostrando el monto adeudado. La determinación de Asistencia Financiera estará activa por un año después de la fecha de aprobación.
- C. Él no se adherirse al arreglo de pago establecido puede resultar en el balance adeudado, así como cualquier balance que haya sido ajustado se conviertan inmediatamente en balance de adeudo.

V. Asistencia Financiera Pre-Aprobada:

- A. Cuentas Subsecuentes Inesperadas.
 - 1. Cualquier nueva solicitud de asistencia financiera recibida dentro de los seis meses de una solicitud previamente aprobada se procesará con el mismo nivel de asistencia que la solicitud anterior.
 - 2. Si se consideró que la información de la solicitud anterior califica al paciente para recibir asistencia financiera completa, la solicitud posterior también se procesará con asistencia financiera completa.
 - 3. Si la solicitud anterior calificó al paciente para recibir asistencia financiera parcial, con un pago mensual establecido, entonces la solicitud posterior será procesada con el mismo nivel de asistencia, y la duración del plan de pago se ajustará a un máximo de un año a partir de la fecha que la solicitud posterior sea procesada.
- B. Cuentas Subsecuentes Anticipadas
 - 1. Si se determina, durante el proceso de una sola solicitud de asistencia financiera, que el paciente, debido a su condición o diagnóstico, es probable que tenga cuentas posteriores, cualquier nivel de asistencia que se aplique a la cuenta única también se aplicará a cualquier cuenta subsiguiente, dentro de un año a partir de la fecha de la primera cuenta.

#82.1

Asistencia financiera

Página 5 de 5

2. Se realizará una reevaluación para cualquier cuenta nueva que ocurra después de un año. Se requerirá una nueva Solicitud de Asistencia Financiera con nueva documentación de respaldo del paciente.

VI. Descuento de Paciente sin Seguro.

- A. Un 25% de descuento será aplicado al balance de un paciente sin seguro, si el paciente paga el total adeudado dentro de los primeros 20 días del primer estado de cuenta. Los días comienzan cuando el estado de cuenta es enviado al paciente, no cuando el paciente y/o responsable recibe el estado de cuenta. No es la responsabilidad de Citizens Medical Center que el correo llegue a tiempo a su domicilio sino del Sistema Postal de Estado Unidos. Aunque sea desafortunado, los 20 días comienzan ya sea que el paciente y/o responsable reciba o no la declaración de manera oportuna.