

Los hospitales comunitarios y centros de salud

CHWC Montpelier Hospital (CAH)

CHWC Bryan Hospital

CHWC Archbold Medical Center

MANUAL DE LA POLITICA Y LOS PROCEDIMIENTOS DE LA CUENTA DEL PACIENTE

Fecha Iniciada: 12/94

Revisado: 07/98, 04/00, 03/02, 11/04, 10/06, 10/07, 06/11, 03/13, 6/13, 6/14, 11/15, 8/16

Repasado: 07/98, 04/00, 03/02, 11/04, 10/06, 10/07, 06/11, 03/13, 6/13, 6/14, 11/15, 8/16

Asunto: Programas de Asistencia Financiera

PA0004

Objetivo: De acuerdo con los valores fundamentales de los Hospitales Comunitarios y Centros de Salud (CHWC) que son la compasión, integridad, honestidad, respeto y responsabilidad, los CHWC han establecido una política de asistencia financiera para garantizar que todos los pacientes que reciben la atención médica y emergencia necesaria, reciban la oportunidad de solicitar asistencia financiera. El programa de asistencia financiera permitirá que los pacientes cumplan con sus obligaciones financieras, sin dificultades financieras excesivas para el paciente ni su familia.

Política: Es la política de los Hospitales Comunitarios y Centros de Salud para brindar servicios de emergencia y atención médica necesaria (consulte el Código Administrativo de Ohio 5160-1-01), a todos los pacientes, sin discriminación ni de tomar en cuenta a la capacidad de pagar (consulte la política EMTALA ER000099 del hospital). El personal del hospital prohíbe cualquier acción que desalienta las personas de buscar atención médica.

Es también la intención de los CHWC proporcionar la asistencia financiera a todos los pacientes que llenan las normas financieras establecidas por el programa de asistencia financiera del hospital. Los CHWC harán todo lo posible para asegurar que los pacientes se den cuenta de las opciones de asistencia financiera. Los CHWC harán disponible la información con respecto a las políticas y requisitos para solicitar la asistencia financiera, a todos los pacientes que reciben la atención médica y emergencia necesaria. Esta política es pertinente a las 3 ubicaciones de los Hospitales Comunitarios y Centros de Salud, incluyendo Bryan, Archbold, y Montpelier.

PROCEDIMIENTO:

Definiciones:

El Monto Generalmente Facturado (AGB) - El monto generalmente facturado a un paciente

CHWC que tiene cobertura de seguro, que se definen en la sección 501 (r)(5) del Servicio de Rentas Internas (IRS).

EMTALA – Ley que regula el Tratamiento Médico de Emergencia y Labor de Parto

Asistencia financiera – El descuento o la eliminación del pago para los servicios médicos disponible a los pacientes calificados con una necesidad financiera documentada y verificada.

Resumen en lenguaje llano - Resumen de los programas financieros ofrecidos por los CHWC y el proceso para solicitar la ayuda financiera.

Proceso de solicitud - Un proceso por lo cual un paciente o su representante apropiado completa un formulario con información sobre el ingreso del paciente, el tamaño de su familia, y sus bienes. Todas las aplicaciones completadas estarán evaluadas por un representante del paciente CHWC para calificar para un descuento financiero.

Gestiones de Cobro Extraordinario - acciones que requieren un proceso legal o judicial, informándole de información desfavorable a las agencias o burós de crédito. Los CHWC determinarán la elegibilidad de caridad antes de tomar una gestión de cobro extraordinario. Un aviso escrito debe estar dispuesto por lo menos 30 días antes de iniciar las gestiones específicas del cobro extraordinario.

Guías Federales para determinar los índices de pobreza (FPG) – Las guías Federales para determinar los índices de pobreza publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos y serán efectivas en la fecha(s) de servicio de la cual la ayuda financiera estaría disponible.

Recargos brutos - El total de los recargos a las tasas enteras establecidas por la organización para el suministro de los servicios del cuidado del paciente antes de que están aplicadas las deducciones de los ingresos.

Los ingresos brutos: los ingresos del individuo antes de que se aplican los impuestos y otras deducciones.

Proceso de notificación:

Todos los pacientes registrándose para recibir la atención médica y emergencia necesaria estarán dados una aplicación financiera y un " Resumen en lenguaje llano" en el momento del registro. Los CHWC también harán un seguimiento a los pacientes no asegurados entre 3 a 4 semanas después del servicio, si una aplicación financiera no está recibida o una aplicación para Medicaid no está completada en esa fecha. El seguimiento consta en una llamada telefónica para ofrecer al paciente la ayuda con la solicitud de Medicaid y para hablar de las opciones para la ayuda financiera.

Los estados de cuenta de los pacientes incluyen al reverso, información sobre el Programa del Seguros de la Asistencia Medica (HCAP) y programas de la ayuda financiera del hospital, incluso los niveles de pobreza actuales, según la política HCAP.

Las opciones para solicitar una aplicación financiera también están enumeradas en documento. Referencia a la información sobre la ayuda financiera estará indicada claramente en el frente del documento.

El resumen en lenguaje llano, la aplicación financiera, la política de facturación y cobranzas, y esta política de la ayuda financiera están en el sitio web del hospital.

En conformidad con el límite de 5 por ciento/1000 personas de acuerdo con la orientación del Departamento de Salud y Servicios Humanos (“Safe Harbor”) las normas 501r, la versión en español del Programa de Asistencia de Comida, la aplicación financiera y el resumen en lenguaje llano están disponibles también en todas las ubicaciones del hospital y en el sitio web del hospital.

La señalización está publicada en los 3 hospitales en las áreas de cliente incluyendo la Oficina de Admisiones, la Oficina de Facturación, el cajero y el Departamento de Urgencias. La señalización dará información sobre el programa financiero del hospital y el proceso de solicitud.

Copias de la aplicación financiera y resumen en lenguaje llano están distribuidas a la clínica “Compassion” en el condado Williams. Es una clínica gratuita y los pacientes están animados a completar la solicitud si necesitan servicios subsecuentes en el hospital.

Regularmente, los CHWC incluirán información sobre las políticas de la ayuda financiera del hospital, en el boletín informativo trimestral que está enviado a los residentes de los 4 condados.

Métodos de solicitar la ayuda financiera:

Los pacientes asegurados y no asegurados pueden pedir las aplicaciones financieras, llamando a la oficina de cuentas del Paciente a 419-630-2149 o enviando una aplicación a la recepción del hospital (Departamento de facturación al paciente) a billing@chwchospital.org. También puede obtener las aplicaciones en la Oficina de Admisiones en las 3 ubicaciones en cualquier momento. Los pacientes también pueden descargar la aplicación financiera por el sitio web del hospital en la dirección URL: <https://www.chwchospital.org/patient-services/chwc-financial-assistance/>. Puede dejar las aplicaciones en la Oficina de Admisiones de las 3 ubicaciones, o por correo a la oficina de cuentas del paciente CHWC en Bryan a la dirección notada en la aplicación financiera.

Criterios de elegibilidad:

Los servicios deben considerarse como atención emergente y/o medicamento necesaria. Los CHWC siguen la política de Medicaid de Ohio para determinar los servicios que cumplen con la necesidad médica (referencia Código Administrativo de Ohio 5160-1-01). La mayoría de la cirugía estética no está considerada médicamente necesaria.

Un paciente debe completar una aplicación financiera para ser considerado para ayuda financiera, con las excepciones que se indican a continuación. Para los pacientes

elegibles para el programa HCAP de Ohio, las aplicaciones financieras estarán aceptadas y procesadas por hasta 3 años después de la fecha de servicio. Para los pacientes por encima de los niveles de ingreso HCAP, los CHWC aceptarán aplicaciones financieras por un mínimo de 240 días después de la fecha inicial del extracto del paciente.

Para el programa HCAP, una nueva aplicación financiera debe completarse cada 90 días para los servicios ambulatorios, basado en la fecha de la notificación de la cuenta elegible. Visitas hospitalarias requieren una nueva aplicación 45 días después de la fecha de la notificación hospitalaria inicial. Para el programa de la ayuda financiera del hospital, una nueva aplicación financiera debe completarse cada 90 días para los servicios hospitalarios y ambulatorios.

Los CHWC pueden aceptar aclaraciones verbales de los ingresos, el tamaño de la familia o cualquier información que no está clara en una aplicación. La persona que recibe la información escribirá "verbal de XXX" y firmar con las iniciales la actualización.

Los pacientes no asegurados se insta a solicitar Medicaid o seguro por el "Health Insurance Marketplace" (Mercado del Seguro Médico) antes de considerar un descuento financiero, pero no es obligatorio. Si un paciente ha solicitado Medicaid y ha llenado una aplicación financiera, los descuentos financieros no estarán aplicados hasta que una determinación final de elegibilidad se recibido de Medicaid.

El Base para calcular los montos que los pacientes están cobrado:

Un paciente elegible para la ayuda financiera no se cobrará más para la asistencia médica de emergencia o otra atención médica necesaria que el porcentaje AGB. El AGB (el Monto Generalmente Facturado) estará calculado por los CHWC anualmente y será incorporado en los niveles de caridad del hospital dentro de 30 días de la publicación del nuevo índice de pobreza. Los AGB estarán basados en el método "Mirar el Pasado" (según es definido las Reglas del Tesoro dentro de la sección 501r del Código Tributario de 1986). El Monto Generalmente Facturado de los hospitales en Bryan y Archbold es 56% y del hospital de Montpelier es 88%. El mínimo descuento caritativo del hospital es 50%.

Los descuentos están determinados generalmente por una tarifa proporcional de ingresos brutos, basado en las Guías Federales para determinar los índices de pobreza. Los índices federales de pobreza están emitidos cada año en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Los índices federales de pobreza actuales e históricas están disponibles en <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm>. Los saldos bancarios que sobrepasan 200% del monto total que está elegible para un descuento, reducirá el porcentaje del descuento por un nivel, a menos que una excepción esté aprobado por la administración y de la Junta Directiva. Los siguientes son los niveles del descuento de caridad de CHWC basado en las Guías Federales para determinar los índices de pobreza:

101% - 200% de FPG	= 100% de cambio
201% - 250% de FPG	= 75% de cambio
251% - 300% de FPG	= 50% de cambio

Los niveles de ingresos y descuentos proporcionales por el tamaño de la familia están incluidos como un apéndice a esta política de la ayuda financiera. Los niveles de descuento para los pacientes elegibles para la caridad se actualizan anualmente, después de que los niveles de pobreza están publicados y después de que los CHWC terminan con el cálculo de la AGB (promedio generalmente facturado).

Los residentes de Ohio con ingresos brutos en o bajo del nivel federal de pobreza, son elegibles para una cancelación general de 100% de los cargos brutos necesarios o del saldo de paciente según los pagos del seguro, bajo el programa HCAP.

A continuación se presenta información sobre los criterios utilizados para determinar la elegibilidad para el programa HCAP, y el Programa de Ayuda Financiera.

HCAP

1. El garante/paciente era un residente de Ohio en la fecha de servicio.
2. El garante/paciente da la documentación escrita que muestra que el ingreso familiar está encima de o por debajo del índice federal de pobreza. Los índices federales de pobreza generalmente se actualizan cada año. Los nuevos índices se actualizan en los formularios HCAP del hospital y son aplicables a todas las cuentas con las fechas de servicio a partir de la fecha de que los nuevos índices de pobreza están publicados. Los ingresos incluyen los salarios totales, los sueldos, y las facturas al contado sin impuestos incluidos. Los CHWC seguirán las pautas en "OAC 5160-2-07-17" para determinar los montos incluidos como ingresos.
3. Para las visitas con fecha de servicio en y después del 14/12/2000, el garante tiene 3 años a partir de la fecha de servicio para solicitar. Para las visitas con fecha del servicio antes del 14/12/2000, no hay una fecha límite para solicitar HCAP.
4. Sólo los cargos médicos básicos necesarios al nivel del hospital pueden estar ajustado para el HCAP. Los honorarios profesionales y los cargos con códigos tributarios que no están incluidos en la lista de los códigos tributarios UB04 que está cubierto por Medicaid no son elegibles para los ajustes del HCAP. Referencia "OAC 5160-2-07.17".
5. Los cargos cubiertos por un plan estatal de Medicaid o de cuidado controlado de Medicaid no son elegibles para el HCAP.
6. El tamaño de la familia incluye los padres, el/la esposo/a y todos los hijos, naturales o adoptivos, menores de 18 años de edad que viven en la casa. Los padrastros y hijastros, relacionados al paciente, no están incluidos. Ambas personas del mismo sexo que están casadas legalmente en otro estado están enumeradas en el tamaño de la familia. Para una explicación adicional de cómo está determinado el tamaño de la familia, consulte "OAC 5160-2-07.17".
7. Cuando el paciente es un niño que tiene menos de 18 años, los ingresos de ambos padres biológicos o adoptivos están incluidos para determinar el total de los ingresos familiares. Si un padre/una madre no vive con la familia, ni tiene contacto con la familia, ni da ningún apoyo a la familia, esta información debe ser documentada en la aplicación financiera, y los ingresos del padre/la madre con todos los derechos y las responsabilidades para el niño son los únicos ingresos que estarán contado. El tamaño de la familia incluirá el padre/la madre que no da ningún apoyo financiero a la familia.

8. Para los pacientes que tienen más de 18 años y que tienen un/una esposo/a que no viven en la casa, y que no contribuye ni quiere contribuir a los ingresos de la familia, solo los ingresos del paciente estarán contados para determinar el nivel de ingresos. Se le pide al paciente dar una notificación escrita y firmada que indica que el/la esposo/a separado/a no provee ningún ingreso financiero a la casa. El/la esposo/a separado/a está incluido en el tamaño de la familia, sin tener en cuenta si está proveyendo algún ingreso.
9. Un comprobante de ingresos, si está disponible, para los 12 meses o los 3 meses multiplicado por 4 antes de la fecha de servicio, está incluido con la aplicación. Los ingresos se calcula basado en los ingresos brutos. Si el paciente no escribe los ingresos en la aplicación HCAP baja la columna “3 meses” o “12 meses,” pero provee una prueba exacta de los ingresos de esos meses, el representante pueda anotar el monto de los ingresos en la aplicación. Si el paciente no escribe los ingresos en la aplicación y ni provee una prueba exacta de los meses exigidos, el representante devolverá el formulario al paciente para que lo complete, o va a contactar el paciente por teléfono para obtener el monto de los ingresos y anotarlos en la aplicación. Una de las verificaciones de ingresos siguientes es necesaria para determinar la elegibilidad del paciente para una cancelación general de HCAP. Primeramente, debe hacer un esfuerzo para obtener la información que está enumerado y si no está disponible, puede usar el segundo apoyo de los ingresos enumerado. Como último recurso, si no están disponibles otras verificaciones, una declaración firmada es aceptable.
 - A. Una copia de los talonarios de cheques o una carta del empleador dando los ingresos del paciente por un tiempo de 3 meses o 12 meses antes de la fecha de servicio. El hospital va a utilizar cualquier figura que hace la paciente elegible para recibir el HCAP.
 - B. Las declaraciones del impuesto sobre la renta o los formularios W2 del año más reciente, notando los ingresos de éste año, pero usando la declaración del impuesto sobre la renta o el formularios W2 como una confirmación de los ingresos indicados. El bloque 5 del formulario W2 y el bloque 22 del formulario 1040 están usados para determinar los ingresos anuales. Esto no dará una prueba exacta de ingresos pero confirmará la información de los ingresos enumerado por el paciente en la aplicación.
 - c. Una declaración jurada firmada o una affidavit declarando los ingresos del solicitante para los 3 o 12 meses antes de la fecha del servicio, y una explicación de cómo está sobreviviendo económicamente el paciente cuando un ingreso de -0- está declarado.

Ayuda financiera

1. Los ingresos brutos actuales están utilizados para determinar el nivel de descuento, y los ingresos para los meses antes del servicio, o los ingresos anticipados para los meses después de la fecha de servicio pueden ser utilizados para confirmar cualquier descuento adicional que pueda ser apropiado a través del proceso de excepciones. El Director de Cuentas de los pacientes también pueda utilizar los saldos bancarios y otros documentos escritos acerca de la situación financiera de la familia, para solicitar un descuento más alto a través del proceso de excepciones.
2. Cualquier comprobante de ingresos proporcionado con la aplicación está revisado para verificar la exactitud con la información escrita en la aplicación. Los comprobantes de ingresos no están necesario para recibir los beneficios del programa de la asistencia caritativa del hospital, pero usualmente están proporcionados para determinar si el paciente es elegible para el HCAP.

3. Bloque 5 del formulario W2 y el bloque 22 del formulario 1040 están utilizados para determinar el total de los ingresos anuales.
4. La determinación del tamaño de la familia varía del programa HCAP. Los hijastros y padrastros, relacionados al paciente están incluidos si viven en el mismo hogar. Además, los niños mayores de 18 años están incluidos en el tamaño de la familia, si el niño aún está apoyado económicamente por el padre/la madre, (niño todavía es un estudiante).
5. Si un paciente está separado de su esposo/a y está provista una prueba escrita que indica que el/la esposo/a separado/a no contribuye ninguna asistencia financiera a la familia, solo los ingresos del paciente pueda ser utilizados para determinar la ayuda financiera.
6. La pensión alimenticia pagada está sustraída del ingreso bruto para determinar el índice de ingresos apropiado, cuando el niño no está incluido en el tamaño de la familia. La pensión alimenticia recibida se agrega a los ingresos brutos cuando el niño está incluido en el tamaño de la familia. Si un niño es el paciente y es un miembro de una familia con custodia dividida, sin pensión alimenticia pagada por ninguno de los padres, y si el padre/madre que tiene la responsabilidad de pagar las facturas médicas solicita la ayuda financiera, el niño está enumerado como $\frac{1}{2}$ cuando está determinando el tamaño de la familia. Un nivel de descuento que está por la mitad entre el nivel de ingresos para el tamaño de la familia, incluso el niño, y el nivel de ingresos para el tamaño de la familia, excluyendo el niño, está calculado y utilizado para determinar el nivel de caridad. Agregue los 2 niveles de descuento y divídalos por 2 para calcular el monto que es por la mitad de los dos montos. Si hay un número par de hijos en la familia, cuente la mitad de los hijos para calcular el tamaño de la familia cuando la familia tiene la custodia dividida y un/a padre/madre tiene la responsabilidad de pagar las facturas medicas. Cuando un niño es el paciente y se encuentra en una familia con custodia dividida y no recibe la pensión alimenticia, y ambos padres tienen la responsabilidad de pagar la factura médica, los ingresos de ambos padres biológicos deben estar obtenidos y el tamaño de la familia incluirá el niño, ambos padres biológicos, y cualquier otro hermano biológico o adoptivo del paciente.
7. Los saldos de las cuentas corrientes y de ahorros del paciente (o de los padres si el paciente es menor de edad) están revisados para determinar si recursos estén disponibles para pagar los saldos pendientes. Una pauta general está seguida para determinar una reducción en el nivel del descuento basado en los saldos de las cuentas corrientes y de ahorros del paciente. Si el 50% de los saldos de las cuentas corrientes y de ahorros es igual o más que el saldo pendiente, el porcentaje de descuento que está determinado por los ingresos pueda estar reducido por un nivel, a menos que el Director de Cuentas de Pacientes, CEO o CFO determinen que otras circunstancias permitan el descuento completo sin ninguna reducción.

La asistencia financiera para las circunstancias catastróficas y otras circunstancias atenuantes:

El Presidente/CEO o EVP de Finanzas del hospital también pueda determinar que la persona que quiere recibir la ayuda financiera debe visitar para ser elegible, basado en la información que ha recibido del paciente, de lo cual puede incluir la aplicación financiera. El Presidente/CEO o vicepresidente de finanzas tendrá que notificar por escrito al Director de Cuentas de Pacientes para aplicar el descuento.

Elegibilidad Supuesta:

Visitas decididos a ser elegibles para la caridad, a través del programa I-Solutions

recibirán descuentos de caridad según el “pago de propia cuenta/política de cobro.” I-Solutions es un proceso de selección electrónica que proporciona una nota relacionado a la capacidad del paciente para pagar.

La Elegibilidad Supuesta está determinado inmediatamente antes de enviar un valor a la agencia de cobros. Los pacientes que reciben un descuento financiero por el proceso I-Solutions también pueden completar una aplicación financiera para determinar su elegibilidad para un descuento más grande, en tanto que la aplicación esté completada en un plazo de 240 días a partir de la fecha de la primera factura. El paciente no recibe notificación del descuento aplicado basado en la elegibilidad supuesta porque la cuenta ya ha cumplido con los requisitos del hospital para la colocación con una agencia de cobranza y está remitido inmediatamente a la agencia de cobranza para el cobro del balance pendiente. La agencia de cobranza fomentará la realización de una aplicación financiera, si determinan que es probable que el paciente está elegible para recibir la ayuda financiera, a pesar de si la cuenta ha recibido ya un descuento basado en la elegibilidad supuesta.

Reembolsos:

Si un paciente completa una aplicación financiera dentro de los 240 días a partir de la fecha de la primera factura y si es elegible para recibir un descuento, los pagos al paciente que excedan el monto según los descuentos de caridad elegibles estarán devueltos al paciente.

Notificación del estado de elegibilidad:

A los pacientes que están llenando una aplicación financiera estarán enviado cartas, informándole al paciente/garante de su elegibilidad para recibir la ayuda financiera. Cartas estarán enviadas también a los pacientes y a los garantes que no califican los requisitos para recibir la asistencia financiera.

Cooperación del paciente:

Los CHWC intentarán ponerse en contacto con los pacientes para obtener la información necesaria para llenar las aplicaciones financieras incompletas. El contacto incluirá un mínimo de 2 llamadas telefónicas que vienen seguidas de un envío de un formulario de solicitud para la información completada enviado al paciente/garante. Un formulario estándar se utiliza para identificar claramente la documentación adicional requerida para procesar la aplicación financiera. Si el paciente no proporcione la información adicional, la aplicación financiera estará traslado a un archivo 'incompleto' y estará notado en la cuenta del paciente. La aplicación incompleta estará retenido y la información solicitada estará aceptada hasta que han pasado los 240 días desde la fecha de la primera factura del paciente. Los CHWC no se aplicarán descuentos financieros en las cuentas que están pendientes de los seguros. Los pacientes están obligados a cumplir con las solicitudes de seguro antes de que su cuenta puede estar considerada para recibir la ayuda financiera.

Acciones en caso de la falta de pago:

Las medidas adoptadas en el caso de la falta de pago o la falta de cooperación con el proceso de la ayuda financiera se enumeran en el “pago de propia cuenta/política de

cobro." Esta política también está disponible en la siguiente URL: <https://www.chwchospital.org/patient-services/chwc-financial-assistance/>, en la página web del hospital.

Los proveedores de servicios de salud cubiertos por la política de la ayuda financiera:

Esta política es aplicable a los servicios recibidos en las 3 ubicaciones de los hospitales comunitarios y centros de salud, incluyendo Bryan, Montpelier y Archbold, y los médicos facturados por los CHWC.

La siguiente es una lista de los proveedores que no son facturados por los CHWC pero ofrecen servicios asociados con los CHWC, junto con información de si el proveedor acepta descuentos financieros determinados por las aplicaciones financieras procesadas por CHWC.

Los proveedores cubiertos por el descuento financiero determinado por CHWC:

- Samaritan Emergency Physicians
- El Dr. Michael Nosanov
- La Dra. Jodi Tinkel

Los proveedores de servicios no cubiertos por el descuento financiero determinado por CHWC:

- Fort Wayne Radiology
- El Dr. Thomas Kindl
- El Dr. Daniel Murtaugh
- Parkview Physicians Group of Ohio
- Toledo Radiation Oncology

Documentación:

No aplicable

Referencias:

No aplicable

Aprobaciones:

Junta de Directores: 07/11, 13/04, 06/13, 7/14, 11/15, 8/16