

 Saint Francis Healthcare	Organizacional	
	ORG-024.00	
	Nombre:	Facturación, cobranza y apoyo para los pacientes con las obligaciones de pago; también conocido como "asistencia financiera para
	Manual:	Organizacional
	Fecha de Inicio:	5/24/2005
	Aprobación de:	7/20/2018
	Fecha de revisión:	7/20/2021
	Estado de:	Aprobado

POLÍTICA:

Es la política de la siguiente Trinidad Regional salud ministerios de salud (RHMs):

- Salud de la misericordia - Muskegon;
- Salud de la misericordia - a orillas del lago;
- Mercy Health - Salud Santa María
- Mercy Health médico Partners (MHPP)
- Sistema de salud de San José (Indiana)
- Saint Francis Delaware Delaware; y

Misericordia salud compartida servicios (MHSS) para proporcionar una atención asistencia y caridad financiera con arreglo a las Directrices corporativas de salud Trinidad. A tal efecto, esta política operacional y el procedimiento es un "espejo" de la Trinidad salud ingresos excelencia procedimiento núm. RE-02-12-07.

PROPÓSITO

Salud de la Trinidad es una comunidad de personas sirviendo juntos en el espíritu del evangelio como una presencia sanadora compasiva y transformadora en nuestras comunidades. Alineado con nuestros valores fundamentales, en particular, que de "Compromiso a éstos que son pobres," proporcionar cuidado para las personas que están en necesidad y dan consideración especial a aquellos que son más vulnerables, incluyendo los que no puede pagar y aquellos cuya limitada significa que sea extremadamente difícil cubrir los gastos de salud. Salud de Trinidad se compromete a:

- Dar acceso a servicios de atención médica de calidad con compasión, dignidad y respeto a quienes que servimos, particularmente los pobres y desatendidos en nuestras comunidades;
- Cuidado de todas las personas, independientemente de su capacidad para pagar los servicios;
- y
- Ayudando a pacientes que no pueden pagar parte o la totalidad de los cuidados que reciben.

Este procedimiento, que proporciona orientación sobre la implementación de la política espejo acompañante del mismo nombre, saldos de asistencia financiera con responsabilidad fiscal más amplio y proporciona salud consejerías ("RHMs") con la salud de la Trinidad requisitos para asistencia financiera para médico, cuidados intensivos y servicios de salud de atención posterior aguda. RHMs enumeradas anteriormente han adoptado este sistema espejo política "Asistencia financiera a pacientes" y desarrollado procedimientos de operación locales en cumplimiento de estos requisitos.

PROCEDIMIENTO

Por este medio, la lista Trinidad Regional salud ministerios de salud (RHMs) establecer y mantener la ayuda financiera para procedimiento de pacientes ("PAF") se detallan a continuación. El FAP está diseñado para abordar las necesidades de los pacientes para la asistencia financiera y apoyo que buscan servicios de salud de Trinidad y sus ministerios. Se aplica a todos los servicios previstos en la ley federal o estatal aplicable. RHMs en Estados que han establecido requisitos adicionales específicas del estado asistencia financiera incorporará dichas necesidades adicionales en sus procedimientos locales de operación. Elegibilidad para ayuda financiera y apoyo de la RHM se determinó de forma individual utilizando criterios concretos y evaluado en la evaluación del paciente y necesidades de salud de la familia, recursos financieros y obligaciones.

I. criterios de calificación para asistencia financiera

a. servicios elegibles para apoyo financiero:

- i. todo médico servicios médicos y apoyo servicios prestados por RHM, serán elegibles para apoyo financiero.
- II. emergencia atención médica se proporcionará a todos los pacientes que presentan al Departamento de emergencia del hospital RHM, independientemente de la capacidad del paciente para pagar. Tal asistencia médica continuará hasta que la condición del paciente ha sido estabilizada antes de cualquier determinación de arreglos de pago.

b. servicios no son elegibles para ayuda financiera:

- i. servicios de estética de y otros procedimientos electivos y servicios que no son médicamente necesarios.
- II. servicios no proporcionados y facturados por RHM (*por ejemplo* servicios de médico independiente, servicio privado de enfermería, transporte de ambulancia, etcetera).
- III. lo dispuesto en la sección II, RHMs proactivamente ayudará a los pacientes solicitar programas públicos y privados. RHMs puede negar apoyo financiero a aquellos individuos que no cooperan en la aplicación de programas que pueden pagar por sus servicios de salud.
- IV. RHMs pueden excluir servicios que están cubiertos por un programa de seguro en otro lugar de proveedor pero no están cubiertos en hospitales de Trinidad salud RHM después de esfuerzos para educar a los pacientes en las limitaciones de cobertura del programa de seguro y proporcionados federal Tratamiento médico y acto de trabajo activo (EMTALA) obligaciones de emergencia están satisfechos.

c. requisitos de residencia

- i. RHMs proporcionará apoyo financiero a los pacientes que residen dentro de sus áreas de servicio y que califican bajo procedimiento FAP de RHM.
- II. RHMs puede identificar las áreas de servicio en la FAP e información del área de servicio en el diseño de procedimientos y capacitación RHMs con un requisito de residencia del área de servicio se iniciará con la lista de códigos postales proporcionado por el sistema de oficina de planificación estratégica que defina el Las áreas de servicio RHMs RHMs verificará las áreas de servicio en consulta con su departamento local de beneficio de la comunidad. Elegibilidad se determinará por la RHM usando código de postal de residencia principal del paciente.
(*Anexo 02 - lista de código postal del área de servicio*)
- III. RHMs proporcionará apoyo financiero a los pacientes de fuera de sus áreas de servicio que califican bajo el FAP RHM y que presentan con una urgente, condición emergente o peligrosa para la vida.
- IV. RHMs proporcionará ayuda financiera a pacientes identificados como necesitando servicio médico Misión extranjera programas llevado a cabo por el personal médico activo para que previa autorización ha sido obtenida de la RHM Presidente o designado.

d. documentación para establecer la renta

- i. la información proporcionada a la RHM por el paciente o la familia debe incluir ingresos, incluso ingresos brutos mensuales en salarios, sueldos y trabajo por cuenta propia; ingresos no ganados, incluyendo la pensión alimenticia, beneficios de jubilación, dividendos, intereses y renta de cualquier otra fuente; número de dependientes en el hogar; y otra información

solicitados en la aplicación de PAF. (Exposición 08-formulario de solicitud de ayuda financiera)

- II. RHMs se lista la documentación como recibos de nómina, declaraciones de impuestos e historia de crédito necesaria para solicitar asistencia financiera en la FAP o la FAP aplicación. RHMs no puede negar apoyo financiero basado en la omisión de información o documentación que no es específicamente requerido por la FAP o la FAP formulario de solicitud.
- III. RHMs proporcionará a pacientes que presenten una solicitud incompleta de la FAP una notificación por escrito que describe la información adicional o documentación que debe presentarse dentro de 30 días desde la fecha de la notificación por escrito para completar la aplicación de PAF. La notificación proveerá información de contacto para preguntas con respecto a la información que falta. RHMs puede iniciar ECAs si el paciente no somete la falta información y/o documentación en el plazo de presentación de 30 días y es por lo menos 120 días de la fecha prevista de la RHM el primer estado de cuenta después del alta para el cuidado. RHMs debe procesar la aplicación del FAP si el paciente proporciona la información que falta / o documentación durante el periodo de 240 días de aplicación (o, si más tarde, en el plazo de presentación de 30 días).

e. consideración de los pacientes activos

- i. RHMs también establecerá un nivel de umbral de los activos por encima del cual activos del paciente y la familia se utilizarán para el pago de gastos médicos y responsabilidad a considerar en la evaluación de recursos financieros de la paciente.

Deben proporcionarse protección de ciertos tipos de bienes y de ciertos niveles de activos en la PAF de RHM.

Activos protegidos:

- Equidad en la residencia principal hasta un 50% de las acciones hasta \$50.000;
- Negocio utilice vehículos;
- Las herramientas o equipo utilizado para el negocio; equipo razonable necesario para permanecer en el negocio;
- Personal use propiedad (ropa, muebles y artículos para el hogar);
- Ira, 401 k, jubilación del valor en efectivo;
- Premios financieros recibidos de emergencias catastróficas no médicos;
- Irrevocable fideicomisos para fines funerarios, planes de funeral prepagado; o
- Federal y estatal administra planes de ahorro.

Todos los demás activos se considerará disponibles para el pago de gastos médicos. Activos disponibles por encima de cierto umbral pueden ser utilizados para pagar gastos médicos o, alternativamente, RHMs puede contar los activos disponibles exceso como curso ingreso en establecimiento del nivel de descuento que se ofrecerá al paciente. La salud Trinidad recomendado mínimo de \$5,000 de activos disponibles estará protegido.

f. presunto apoyo

- i. RHMs reconocen que no todos los pacientes son capaces de proporcionar información financiera completa. Por lo tanto, puede determinarse aprobación de apoyo financiero basado en información disponible limitada. Cuando se otorgue tal autorización se clasifica como "presunto".
- II. el modelo predictivo es uno de los esfuerzos razonables que RHMs servirán para identificar a los pacientes que califican para ayuda financiera antes de iniciar acciones de colección, *es decir*, cancelación de una cuenta de paciente a impagados y remisión a Agencia de colección. Este modelo predictivo permite Trinidad salud RHMs para sistemáticamente identificar a pacientes económicamente necesitados.
- III. ejemplos de casos presuntos son:
 - Fallecidos pacientes con ningún estado conocido
 - Los pacientes sin hogar

para el fin de ayudar a los pacientes económicamente necesitados, un tercero puede utilizarse para llevar a cabo una revisión de información del paciente para determinar la necesidad

financiera. Esta revisión utiliza un modelo predictivo, reconocida en la industria sanitario basado en bases de datos de registro públicos. Estos registros públicos permiten la RHM evaluar si el paciente es característica de otros pacientes que históricamente han calificado para asistencia financiera bajo el proceso tradicional. En casos donde hay una ausencia de información proporcionada directamente por el paciente, y después se agotan los esfuerzos para confirmar la disponibilidad de la cobertura, el modelo proporciona un método sistemático para otorgar elegibilidad presuntiva a pacientes necesitados financieramente .

VII. en caso de que un paciente no califica bajo el modelo predictivo, el paciente todavía puede proporcionar información de apoyo dentro de los plazos establecidos y ser considerado en el proceso de solicitud de asistencia financiera tradicional.

VIII. pacientes cuentas otorgó apoyo presunto estado se ajustará utilizando códigos de *Presunto apoyo financiero* de la transacción en ese momento que la cuenta se considera incobrable y antes de su remisión a colección o amortización de deudas incobrables. El descuento otorgado se clasificará como apoyo financiero; cuenta del paciente no se enviará a la colección y no se incluirán en el costo de deudas incobrables de RHM.

i. RHMs notificará a pacientes determinaron poder optar a menos que la ayuda más generosa en el FAP que él o ella puede solicitar asistencia más generosa disponible debajo del FAP dentro de 30 días de la notificación. La determinación de un paciente que era elegible por menos de la más generosa asistencia se basa en el estado de presunta soporte o una determinación de elegibilidad previo de FAP. Además, RHMs pueden iniciar o reanudar ACES si el paciente no solicita más generosa asistencia dentro de los 30 días de notificación si es menos de 120 días desde la fecha prevista de la RHM el primer estado de cuenta después del alta para el cuidado. RHMs procesará cualquier nueva solicitud de FAP que presenta el paciente al final del período de aplicación o, si más adelante, al final del período de 30 días para solicitar la ayuda más generosa.

g. línea de tiempo para establecer la elegibilidad financiera

i. todos deben promoverse para determinar la elegibilidad del paciente para apoyo financiero antes o en el momento de admisión o de servicio. Aplicaciones de la FAP debe ser aceptado durante el período de aplicación. Plazo de solicitud comienza el día en que se proporciona atención y extremos el más adelante de 240 días después de la primera declaración de facturación después del alta el paciente, o bien: i. al final del período de tiempo que un paciente que es elegible para menos de la más generosa asistencia disponible, basado en un estado de presunta soporte o una previa determinación de elegibilidad FAP y que ha solicitado ayuda financiera más generosa; o el plazo en un aviso por escrito después de que se inicie ACES.

RHMs puede aceptar y procesar FAP solicitud un individuo fuera de plazo de solicitud caso por caso según lo autorizado por los niveles de aprobación establecidos de RHM.

II. RHMs (o tercero autorizado) reembolsará cualquier cantidad que el paciente ha pagado por la atención que excede la cantidad él o ella está decidida a ser personalmente responsable de pagar como un paciente elegible para FAP, a menos que el exceso de tal cantidad es menos de \$5 (o tal otro conjunto de cantidad por aviso u otra orientación Publicada en el boletín de ingresos internos). Los reembolsos de los pagos es únicamente para los episodios de atención para que el FAP se aplica.

III. las determinaciones de apoyo financiero se hará después de que se hayan agotado todos los esfuerzos para calificar al paciente para asistencia financiera gubernamental u otros programas.

IV. RHMs hará todo lo posible para hacer una determinación de apoyo financiero en forma oportuna. Si se persiguen otras vías de apoyo financiero, la RHM se comunicará con el paciente en relación con el proceso y el cronograma previsto para la determinación y no tratará de esfuerzos de la colección mientras se está realizando tal determinación.

v. una vez que determinada calificación para apoyo financiero, comentarios posteriores para determinar su elegibilidad continua para servicios posteriores deben hacerse después de un período de tiempo razonable según lo determine la RHM.

h. nivel de apoyo financiero

- i. cada RHM sigue las pautas de ingresos establecidas por debajo en la evaluación de elegibilidad del paciente para apoyo financiero. Un porcentaje de las directrices del nivel de pobreza Federal (FPL) (*exhibición 04 - nivel de pobreza Federal*), que se actualizan de forma anual, se utiliza para determinar la elegibilidad del paciente para apoyo financiero. Sin embargo, también deben considerarse otros factores como el estado financiero del paciente o capacidad de pago determinado por el proceso de evaluación.
- II. RHMs se esperan implementar el nivel recomendado de financiación establecidas en este procedimiento. Se reconoce que la demografía local y las políticas de apoyo financiero ofrecidas por otros proveedores en la comunidad pueden exponer algunos RHMs grandes riesgos financieros y una carga financiera que podría amenazar la capacidad a largo plazo de RHM para proporcionar alta calidad cuidado. RHMs puede solicitar la aprobación para aplicar umbrales que son menos que o mayor que las cantidades recomendadas de Director Trinity Health financiero.
- III. familia ingresos en o por debajo del 200% de las pautas de nivel de pobreza Federal: se proporcionará un descuento del 100% para todos los cargos para pacientes sin seguro médico cuyo ingreso familiar es igual o por debajo del 200% de las más recientes directrices de nivel de pobreza Federal.
- IV. familia ingresos entre 201 y 400% de las directrices del nivel Federal de pobreza:
 - i. un descuento del total cargos iguales ajuste contractual del cuidado agudo medio de RHM para Medicare (*exposición 05 - tabla de tasa de descuento*) se proporcionará para los pacientes de cuidados intensivos cuyo ingreso familiar es entre 201 y 400% del Federal Pautas de nivel de pobreza.
 - II. un descuento del total cargos iguales al ajuste contractual de RHM médico Medicare se prestará para pacientes ambulatorios ubicación cuyo ingreso familiar es entre 201 y 400% de las pautas federales de pobreza.
 - III. la RHM aguda e importes de ajuste contractual médico de Medicare se calculará utilizando la metodología detrás de mirada de calcular la suma de las reclamaciones pagadas dividido por los cargos totales o "brutos" para los reclamos por el sistema de oficina o RHM anualmente usando doce meses de reclamaciones pagadas con un retraso de 30 días desde la fecha del informe a la fecha de descarga más reciente.
 - v. pacientes con ingreso familiar hasta e incluyendo el 200% de las pautas de nivel de pobreza Federal serán elegibles para apoyo financiero para el copago, deducible y coaseguro cantidades siempre que los acuerdos contractuales con la compañía de seguros del paciente no prohibir la prestación de tal asistencia.
- VI. médicamente indigente apoyo / catastrófico: también se provee apoyo financiero para pacientes médicamente indigentes. Indigencia Médica ocurre cuando una persona es incapaz de pagar algunos o todos sus gastos médicos porque sus gastos médicos superan un cierto porcentaje de su familia o el ingreso de los hogares (por ejemplo, debido a gastos catastróficos o condiciones), independientemente de si tengan ingresos o activos que de otro modo exceden los requisitos de elegibilidad económica para atención gratuita o con descuento cuidado debajo FAP de RHM. Gastos catastróficos o condiciones ocurren cuando hay una pérdida de empleo, muerte de asalariado principal, excesivos gastos médicos u otros eventos desafortunados. Circunstancias de indigencia médica, catastróficos serán evaluadas sobre una base caso por caso que incluye una revisión de ingresos, gastos y bienes del paciente. Si un paciente asegurado afirma circunstancias catastróficas y solicita ayuda financiera, gastos médicos para un episodio de cuidado que superan el 20% de la renta calificará el paciente asegurado copagos y deducibles para asistencia de cuidado de caridad catastrófica. Descuentos para el cuidado médicamente indigente para los no asegurados no será menor que la de RHM ajuste contractual promedio para Medicare por los servicios prestados o una cantidad para llevar a los pacientes gastos médicos catastróficos a

relación de ingresos a 20%. Ayuda financiera médicamente indigente y catastrófico será aprobado por el CFO de RHM e informó al jefe de la oficina de sistema financiero oficial.

VII. Si bien la ayuda financiera debe hacerse según criterios escritos establecidos de RHM, se reconoce que en ocasiones será necesario para la concesión de apoyo financiero adicional a los pacientes basados en consideraciones individuales. Tales consideraciones individuales serán aprobados por el CFO de RHM e informó al jefe de la oficina de sistema financiero oficial.

i. contabilidad e informes de apoyo financiero

de conformidad con los principios generalmente aceptados contabilidad, apoyo financiero proporcionado por la salud de la Trinidad se registra sistemáticamente y con precisión en los Estados financieros como una deducción de ingresos en la categoría "Cuidado de la caridad". A los efectos de informar el beneficio de la comunidad, cuidado de caridad se divulga a costo estimado asociado a la prestación de servicios "caridad" según la Asociación Católica de salud.

II. los siguientes lineamientos se proporcionan para la grabación de la declaración financiera de apoyo financiero:

- Apoyo financiero a los pacientes bajo las disposiciones de "Financiera programa de asistencia", incluyendo el ajuste de cantidades generalmente aceptados como pago para los pacientes con seguro, se registrarán bajo "Subsidio de caridad."
- Cancelación de cargos para los pacientes que no han calificado para apoyo financiero bajo este procedimiento y que no paga por los servicios recibidos será registrado como "Impagados".
- Descuentos de pronto pago se registrarán bajo "Ajustes operativos-administrativos" o "Asignación Contractual."
- Cuentas inicialmente escrito de deudas incobrables y posteriormente regresar de agencias de cobro donde el paciente se determina con los criterios de apoyo financiero basados en información obtenida por la Agencia de colección serán reclasificadas de "Impagados" al "Subsidio de caridad".

II. ayudar a los pacientes que califican para la cobertura de

- a. RHMs hará esfuerzos afirmativos para ayudar a los pacientes solicitar programas públicos y privados, para las cuales pueden calificar y que pueden ayudarles en la obtención y pago de servicios de salud. Asistencia Premium también podrá concederse con carácter discrecional según el procedimiento de "Pago de doctor Premium y paciente deudas" Trinity Health.
- b. RHMs tendrá comprensible, procedimientos escritos para ayudar a los pacientes a determinar si califican para programas de asistencia pública o FAP de RHM.

Comunicación eficaz III.

- a. RHMs será proporcionar financieros asesoramiento a los pacientes acerca de sus cuentas de atención médica relacionados con los servicios que reciben de la RHM y conocer la disponibilidad de dicha consejería.
- b. RHMs responderá rápida y cortésmente a las preguntas de pacientes sobre sus cuentas y solicitudes de asistencia financiera.
- c. RHMs utilizará un proceso de facturación que es clara, concisa, correcta y paciente.

- d. RHM's hará que la información disponible acerca de cargos por servicios que proporcionan en un formato comprensible.
- e. RHM's publicaremos signos y mostrar folletos que brindan información básica sobre su FAP en lugares públicos (como mínimo, las áreas de admisión y urgencias (si cualquier)) en la RHM y lista de los lugares públicos en FAP de RHM. (*Exposición 06 - asistencia financiera Flyers y Poster (ejemplos)*)
- f. RHM's pondrá a disposición una copia del Resumen de lengua llana del FAP (*exposición 07 - Resumen de lenguaje llano*) a los pacientes como parte del proceso de admisión o de descarga. Un RHM no habremos fracasado para dar a conocer ampliamente su FAP porque un individuo rechaza una lengua llana Resumen que ofrecieron en admisión o antes del alta o indica que él o ella prefiere recibir una lengua llana Resumen electrónicamente.

RHM's pondrá a disposición el FAP, un lenguaje sencillo Resumen del FAP y el formulario de solicitud de FAP a pacientes bajo petición, en lugares públicos (como mínimo, las áreas de admisión y urgencias (si cualquier)) de RHM, por correo y en el sitio web RHM. Cualquier persona con acceso a Internet debe ser capaz de ver, descargar e imprimir una copia de estos documentos. La RHM debe proporcionar a cualquier persona que le pregunta cómo acceder a una copia de la FAP, FAP solicitud o Resumen del lenguaje del FAP en línea con la dirección web directa, o la URL, donde se registran estos documentos.

- h. RHM's enumerará los nombres de los médicos individuales, grupos de prácticas o cualesquiera otras entidades que están proporcionando cuidado médicamente necesario o de emergencia en instalaciones de RHM por el nombre usado para contratar con el hospital o para facturar a los pacientes para el cuidado proporcionado. Alternativamente, un centro hospitalario puede especificar proveedores por referencia a un departamento o un tipo de servicio si la referencia pone de manifiesto que servicios y proveedores están cubiertos por el FAP de RHM.
- i. los documentos estarán disponibles en inglés y en el idioma primario de cualquier población con habilidad limitada en inglés, que constituyen la menor de las 1.000 personas o 5 por ciento de la comunidad servida por la RHM. (*Exposición 11 - WM CSA idiomas*)
- j. RHM's tomará medidas para notificar a los miembros de la comunidad servida por la RHM sobre el FAP. Tales medidas pueden incluir, por ejemplo, la distribución de fichas de información resumiendo el FAP locales agencias públicas y organizaciones sin fines de lucro que atienden las necesidades de salud de las poblaciones de bajos ingresos de la comunidad.
- k. RHM's incluirá un aviso escrito visible en Estados de cuenta que avisa e informa a los destinatarios sobre la disponibilidad de asistencia financiera bajo FAP de RHM e incluye el número de teléfono del Departamento de RHM que puede proporcionar información sobre el FAP, el proceso de solicitud de FAP y la dirección directa del sitio Web (o URL) donde copia del FAP, pueden obtenerse el formulario de solicitud de FAP y Resumen del lenguaje del FAP.
- l. RHM's se abstendrán de iniciar ECA(s) hasta 120 días después de ofrecer a los pacientes el primer estado de cuenta después del alta para el episodio de atención, incluyendo los más recientes episodios de atención para recibos pendientes que se agregan para la facturación al paciente. RHM's también garantizará que todos los contratos de proveedores para socios realizar la actividad de recolección contendrá una cláusula o cláusulas que prohíben ECA(s) hasta 120 días después de ofrecer a los pacientes el primer estado de cuenta después del alta para el episodio de atención, incluyendo los más recientes episodios de atención para recibos pendientes que se agregan para la facturación al paciente.
- m. RHM's proporcionará pacientes con una notificación por escrito que indica asistencia financiera está disponibles para pacientes, identifica la ECA(s) que la RHM (tercero

autorizado) pretende iniciar para obtener el pago de la atención y establece una fecha límite después de que tan ECA(s) puede ser habida iniciado es decir no antes de 30 días después de la fecha en que se proporciona el aviso escrito. RHM incluirá un resumen del lenguaje del FAP con la notificación por escrito y hacer un esfuerzo razonable para notificar verbalmente al paciente sobre el FAP RHM y sobre cómo el paciente puede obtener ayuda con el proceso de aplicación de PAF.

- n. en el caso de posponer, negar o que requieren un pago por prestación, médicamente necesario cuidado debido a la falta de pago de un individuo de uno o más expensas previamente siempre cuidado cubierto por FAP de RHM, la RHM podrá notificar a la persona sobre su FAP menos de 30 días antes de iniciar la ECA. Sin embargo, para recurrir a esta excepción, un RHM debe satisfacer varias condiciones. La RHM debe proporcionar al paciente un formulario de solicitud de FAP (para el paciente puede aplicarse inmediatamente, si es necesario) y notificar al paciente por escrito acerca de la disponibilidad de ayuda financiera para las personas elegibles y el plazo, si alguno, después de que el Centro hospitalario no se aceptar y procesar una solicitud de FAP por el paciente para la atención previamente proporcionado en el tema. Este plazo debe ser no antes más adelante de 30 días después de la fecha en que se proporciona el aviso escrito o 240 días después de la fecha que el primer post-Descargar estado de cuenta para el cuidado proporcionado previamente fue proporcionado. Así, aunque la cepa que implica el aplazamiento o la negación de la atención puede presentarse inmediatamente después de la notificación requerida (oral y escrita) se proporciona, el paciente debe otorgarse por lo menos 30 días después de la notificación para presentar una solicitud de la FAP para el cuidado previamente proporcionado.

II. notificar al paciente sobre el FAP proporcionando una llanura-Resumen del FAP y notificando por vía oral al paciente acerca FAP de la instalación de hospital y sobre cómo el paciente puede obtener ayuda con el proceso de aplicación del FAP .

III. proceso de la aplicación de manera expedita, para que atención médicamente necesaria no se demore innecesariamente, si una solicitud.

Los esfuerzos razonables modificados mencionados no son necesarios en los siguientes casos:

- i. Si 120 días han pasado desde el primer post-cuenta de descarga para el cuidado proporcionado anteriormente y la RHM ya ha informado al paciente sobre ECAs previstos
 - II. Si una RHM ya se había determinado si el paciente era FAP-elegibles para la atención previamente proporcionada al tema basado en una completa aplicación de FAP o había determinado presuntivamente que el paciente era FAP- elegibles para el cuidado proporcionado previamente
- o. RHM proporcionará notificación por escrito que nada se adeuda si un paciente está decidido a ser elegible para el cuidado de gratis.
- p. RHM ofrecen a los pacientes que están decididos a ser elegibles para la ayuda que no sea de atención gratuita, a un estado de cuenta que indica que la cantidad que el paciente debe de atención como paciente elegible para FAP. La Declaración también describe cómo se determinó que la cantidad o cómo el paciente puede obtener información sobre cómo se determinó la cantidad.

Prácticas de cobranza y facturación IV. FERIA

- a. RHM implementará las prácticas de facturación y cobranza de las obligaciones de pago del paciente que son justa, coherente y compatible con las regulaciones federales y estatales.

- b. RHMs pondrá a disposición a todos los pacientes que califican un plan de pago libre de intereses a corto plazo define plazos de pago basados en el saldo de la cuenta pendiente. RHMs también ofrecerá un programa de préstamo para pacientes que califican.
- c. RHMs habrá escrito que cuando los procedimientos y bajo qué autoridad una deuda paciente es avanzada para actividades de cobranza externa que son compatibles con este procedimiento.
- d. las siguientes actividades de colección pueden alcanzarse por la Trinidad salud RHM o por un agente de cobro en su nombre:
 - i. comunicar con pacientes (llamada, escrito correspondencia, fax, texto, correo electrónico, etc.) y sus representantes en cumplimiento de la ley equitativa de colecciones de deuda, identificando claramente la RHM. Las comunicaciones del paciente también cumplirá con las regulaciones de privacidad HIPAA.
 - II. solicitar el pago de la porción de la obligación de pago de pacientes estimado en el momento del servicio en cumplimiento de regulaciones de EMTALA y las leyes del estado.
 - III. proporcionar el programa de préstamos de bajo interés para el pago de las deudas pendientes para los pacientes que tienen la capacidad de pago pero no puede satisfacer los requerimientos de pago a corto plazo.
 - IV. Informe de deudas pendientes a las agencias de crédito sólo después de todos los aspectos de este procedimiento se han aplicado y después de esfuerzos razonables de colección se hicieron en conformidad con FAP de RHM.
 - v. llevar a cabo acción legal para individuos que tienen los medios para pagar, pero no paga, o no están dispuestos a pagar. Acción legal también puede perseguirse en la porción de la cantidad no pagada después de la aplicación del FAP de RHM. Debe obtenerse una aprobación por parte de la salud de la Trinidad o RHM CEO/CFO, o el líder funcional de servicios financieros del paciente para esos RHMs utilizando el centro de servicios compartidos de salud Trinidad, antes de comenzar un proceso legal o proceder con una acción legal para cobrar un fallo (es decir, embargo de salarios, examen del deudor).
- gravámenes VI. colocar en la propiedad de las personas que tienen los medios para pagar, pero no paga, o no están dispuestos a pagar. Gravámenes se pueden colocar en la parte de la cantidad no pagada después de la aplicación del FAP de RHM. Colocación de un gravamen requiere aprobación por parte de la salud de la Trinidad o RHM CEO/CFO, o el líder funcional de servicios financieros del paciente para esos RHMs utilizando el centro de servicios compartidos de salud Trinidad. Gravámenes sobre residencia principal sólo pueden ejercerse en la venta de la propiedad y protegerán a cierto valor de los activos de la propiedad como se documenta en el procedimiento de cada RHM. Salud Trinidad recomienda proteger a 50% del capital hasta \$50.000.
- e. RHMs (o un agente de cobro en su nombre) no perseguirá acción contra la persona del deudor, tales como órdenes de detención o "accesorios del cuerpo". Trinidad de salud reconoce que un tribunal puede imponer una orden de detención u otra acción similar contra un demandado por incumplimiento de orden de la corte o por otras violaciones del derecho relacionadas con un esfuerzo de colección. Mientras que en casos extremos de evitación deliberada y la falta de pago de una cantidad debida justamente cuando hay recursos suficientes hacerlo, puede emitirse una orden judicial; en general, la RHM primero utilizará sus esfuerzos para convencer a las autoridades públicas no tomar dicha acción y, si no da resultado, considerar la conveniencia de dejar el esfuerzo de la colección para evitar una acción contra la persona del deudor.

RHMs (o un agente de cobro en su nombre) adoptará todas las medidas razonablemente disponibles para invertir ACES relacionadas con deudas ya no por los pacientes elegibles para FAP.

- g. RHMs tenga un arreglo de la oficina de sistema aprobado con una agencia de cobro, siempre que dicho contrato cumple con los siguientes criterios:
 - i. el acuerdo con una agencia de cobro debe ser por escrito;

- II. la RHM ni la Agencia de colección puede en cualquier momento llevar a cabo acción contra la persona del deudor, tales como órdenes de detención o "cuerpo accesorios;"
- III. el acuerdo debe definir las normas y el alcance de las prácticas para ser utilizado por agentes externos de la colección representando la RHM, todo lo cual debe cumplir con este procedimiento;
- IV. ninguna acción legal podrá ser efectuada por la Agencia de colección sin el previo permiso escrito de RHM;
- v. servicios legales de la salud de Trinidad debe aprobar todos los términos y condiciones de la contratación de abogados para representar la RHM en colección de cuentas de pacientes;
- VI. todas las decisiones en cuanto a la manera en que la reclamación debe ser manejado por el abogado, si traje debe ser traído, si la reclamación debe ser comprometida o colocado, si la reclamación va a ser devuelto a la RHM, y otros asuntos relacionados con la resolución de la reclamación por el abogado hará la RHM en consulta con salud el centro de servicios legales;
- VII. cualquier solicitud de acción legal para cobrar un fallo (*es decir*, gravamen, embargo, examen del deudor) debe ser aprobado por escrito y por adelantado con respecto a cada cuenta por el correspondiente representante autorizado RHM como se detalla en la sección V;
- VIII. la RHM reserva el derecho a discontinuar acciones de colección en cualquier momento con respecto a cualquier cuenta específica; y
- IX. la Agencia de colección debe estar de acuerdo en indemnizar la RHM por cualquier violación de los términos de su acuerdo por escrito con la RHM.

V. aplicación de las políticas precisas y coherentes

- a. representantes de servicios financieros del paciente y acceso de paciente de RHM educará a los miembros del personal que trabajan estrechamente con los pacientes (incluyendo los que trabajan en registro de pacientes y asistencia financiera, que admite, servicio al cliente, facturación y colecciones, las oficinas de médico) sobre facturación, financiero asistencia, colección políticas y prácticas y tratamiento de los pacientes con dignidad y respeto independientemente de su condición de seguro o su capacidad para pagar los servicios.
- b. RHMs cumplirá compromisos de apoyo financiero que fueron aprobados en anteriores directrices de asistencia financiera.

VI. otros descuentos

- a. el aviso pago descuentos: RHMs puede desarrollar un programa de descuento de pronto pago que se limitará a los saldos iguales o superiores a \$200,00 y será no más del 20% del saldo adeudado. El descuento de pronto pago debe ofrecerse en el momento de servicio y registra como un ajuste contractual y no se registran como cuidado de caridad en los Estados financieros.
- b. auto-pago descuentos: RHMs se aplicará un descuento de auto-pago estándar sobre cargos para todos los pacientes que no califican para ayuda financiera registrados (p. ej., > 400% del FPL) basado en la tasa más alta de comercial pagada.
- c. descuentos adicionales: ajustes superiores a los descuentos de porcentaje se describe en este procedimiento pueden ser realizados sobre una base caso por caso a una evaluación del cobro de la cuenta y autorizados por los niveles de aprobación establecidos de RHM.

Si cualquier disposición de este conflicto de la FAP con el requisito de la ley del estado en el que opera la RHM de salud Trinidad, ley prevalecerá la disposición contradictoria y la RHM actuará de conformidad con la ley estatal aplicable.

ALCANCE/APLICACIÓN

Este procedimiento se aplica a todos Trinidad RHMs de salud que operan con licencia hospitales exentos de impuestos. Organizaciones de salud de Trinidad que no operan hospitales con licencia exenta de impuestos pueden establecer sus propios procedimientos de asistencia financiera para otros

servicios de atención médica que proporcionan y se anima a usar los criterios establecidos en este procedimiento FAP como orientación.

Este procedimiento se basa en una Trinidad de salud "Política del espejo". Así, todos Trinidad salud RHM y filiales que operan con licencia hospitalares exentos de impuestos están obligados a adoptar un procedimiento local que "refleja" (*es decir*, es idéntico a) la oficina de sistema de procedimiento. Preguntas a este respecto deben dirigirse a la oficina de salud Trinidad del General asesor.

DEFINICIONES

Plazo de solicitud comienza el día que es proporcionar atención y extremos el más adelante de 240 días después de la primera declaración de facturación después del alta se provee para el paciente o bien--

i. al final del período de 30 días que pacientes que calificaron para menos de la más generosa asistencia disponible basado en presunta apoyan estado o previa elegibilidad FAP son proporcionados para solicitar la ayuda más generosa.

II. el plazo en un aviso por escrito después de que se inicie ACES.

Cantidades de General Pico ("AGB") significa las cantidades de General Pico para emergencia u otros cuidado médicamente necesario para pacientes que tienen seguro que cubre este tipo de atención, la RHM de aguda y médico AGB se calcularán utilizando la metodología detrás de mirada de calcular la suma de pago Reclamaciones de Medicare divididos por el total o cargos "bruto" para los reclamos por el sistema de oficina o RHM doce meses de reclamos pagados anualmente con un retraso de 30 días desde la fecha del informe a la fecha de descarga más reciente.

Cuidado con descuento significa un descuento parcial de la cantidad adeudada para pacientes que califican bajo el FAP.

Emergentes servicios médicos son las necesarias para una condición que puede ser potencialmente mortal o el resultado de una lesión grave y que requiere atención médica inmediata. Esta dolencia se rige generalmente por tratamiento médico de la emergencia y acto de trabajo activo (EMTALA).

Equipo de liderazgo ejecutivo ("ELT") significa que el grupo que se compone de un alto nivel de gestión en salud de Trinidad.

Extraordinaria colección de acciones ("ECA") incluyen las siguientes acciones tomadas por un RHM (o un agente de cobro en su nombre):

- Postergando o negando o que requieren un pago antes de brindar, médicamente necesario cuidado debido a la falta de pago de un paciente de una o más cuentas para previamente siempre cuidado cubierto por FAP de las instalaciones hospital. Si un RHM exige el pago antes de brindar atención a un individuo con uno o más recibos pendientes, se presumirá tal requisito de pago para ser debido a la falta de pago del individuo de las cuentas pendientes a menos que la RHM puede demostrar que es necesaria la pago de la persona basada en factores que, independientemente, de su falta de pago de facturas anteriores.

- Informar las deudas pendientes a las agencias de crédito.

- Perseguir acción legal para cobrar un fallo (*es decir*, embargo de salarios, examen del deudor).

- Colocar gravámenes sobre la propiedad de los individuos.

Familia (según lo definido por la oficina de censo de Estados Unidos) es un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Si un paciente afirma alguien como dependiente en su declaración de impuestos, según las reglas del servicio de impuestos internos, se puede considerar un dependiente con el fin de determinar la elegibilidad bajo FAP de RHM.

Ingresos de la familia - Ingresos de la familia de una persona incluye la renta de todos los miembros adultos de la familia en el hogar. Para los pacientes menores de 18 años de edad, ingreso familiar incluye la de los padres o padrastros o ingresos anuales familiares vigilante desde el período anterior de 12 meses o el año fiscal anterior como lo demuestran recientes talones de pago o declaraciones de impuestos y otra información. Prueba de ingresos puede determinarse por bajo de los ingresos de la familia a la fecha, teniendo en cuenta la actual tasa de ganancias.

Política de asistencia financiera (FAP) significa una política escrita y un procedimiento que cumpla con los requisitos descritos en §1.501(r)-4(b).

Aplicación de la política de asistencia financiera "(FAP del) significa que la información y la documentación que presenta un paciente para solicitar ayuda financiera bajo FAP de RHM adjunta.

RHMs pueden obtener información de una persona por escrito o por vía oral (o una combinación de ambos).

Apoyo financiero medios de apoyo (caridad, descuentos, etc.) proporcionada a los pacientes para los cuales sería una dificultad para pagar el costo total de medicamentos necesarios servicios proporcionan por Trinidad *salud* que cumplen con los criterios de elegibilidad para esta ayuda.

Atención gratuita significa un descuento completo sobre la cantidad adeudada para pacientes que califican bajo el FAP.

Ingresos incluye salarios, sueldos, salario y trabajo por cuenta propia ingresos, compensación por desempleo, compensación de trabajadores, pagos de Seguridad Social, asistencia pública, beneficios de veteranos, niño apoyo, alimentos, asistencia educativa, de sobreviviente beneficios, pensiones, ingresos de jubilación, pagos regulares de seguros y anualidades, ingresos de sucesiones y fideicomisos, alquileres recibidos, intereses/dividendos e ingresos de otras fuentes diversas.

Necesidad médica se define como se indica en el Manual de servicios de Medicaid del estado de cada RHM.

Política significa una declaración de alto nivel dirección sobre asuntos de importancia estratégica para la salud de la Trinidad o una declaración que más interpreta Trinidad *salud* del informe del Consejo. Las directivas del sistema pueden ser stand alone o espejo políticas designadas por el órgano que aprueba.

Resumen del lenguaje del FAP significa una declaración escrita que notifica a un paciente que el hospital ofrece asistencia financiera bajo un FAP y proporciona la siguiente información adicional en un lenguaje claro, conciso y fácil de entender:

- Una breve descripción de los requisitos de elegibilidad y asistencia ofrecidos bajo el FAP.
- Un breve resumen de cómo solicitar asistencia en el FAP.
- La dirección directa sitio Web (o URL) y ubicaciones físicas donde el paciente puede obtener copias de la FAP FAP formulario de solicitud.
- Las instrucciones en cómo el paciente puede obtener una copia gratuita de la FAP FAP solicitud por correo
- La información de contacto, incluyendo número de teléfono y ubicación física, de la oficina de servicio del hospital o departamento que puede proporcionar información acerca del FAP y asistencia con el proceso de aplicación del FAP
- Una declaración de la disponibilidad de las traducciones de la FAP, FAP solicitud y Resumen del lenguaje del FAP en otros idiomas, en su caso.
- Una declaración que un paciente elegible para FAP no se pueden recargar más de AGB para emergencia u otros atención médicamente necesaria

Procedimiento : un documento diseñado para implementar una política o una descripción de procesos o acciones necesarias específicas.

Ministerio de salud regional ("RHM") significa una subsidiaria (directo) de primer nivel, filial o división de funcionamiento de la salud de la Trinidad que mantiene un cuerpo rector que supervisa la administración diaria de una porción designada de operación del sistema de salud de Trinidad. RHMs pueden basarse en un mercado geográfico o la dedicación a una línea de servicio o negocio.

Área de servicio es la lista de códigos postales que comprende un área de mercado de servicio RHMs constituyendo una "comunidad de necesidad" para servicios de atención primaria.

Normas o directrices significa instrucciones adicionales y directrices que ayuden en la aplicación de procedimientos, las desarrolladas por acreditación o las organizaciones profesionales incluyendo.

Filial significa una entidad legal en el cual un RHM de salud Trinidad es el único miembro corporativo o el accionista único.

Paciente sin seguro significa un individuo que es seguro, que no hay cobertura de terceros por una aseguradora comercial de terceros, un plan ERISA, un programa Federal de salud (incluyendo, sin limitación al Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), compensación del trabajador, u otra asistencia de terceros para cubrir todo o parte del costo de la atención, incluyendo reclamaciones contra terceros cubiertos por el seguro en los que se subrogó salud de Trinidad, pero sólo si pago está formado por dicha compañía de seguros.

Urgente (nivel de servicio) son servicios médicos necesarios para una condición que no es potencialmente mortal, pero que requieren servicios médicos oportunos.

DEPARTAMENTO RESPONSABLE

Más orientación sobre este procedimiento puede obtenerse del Vicepresidente de servicios financieros del paciente, en el Departamento de excelencia de ingresos.

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS Y OTROS MATERIALES

- Excelencia en ingresos la salud Trinidad política N° 1: "Asistencia financiera a pacientes" ("PAF")

[Agregar hipervínculo]

- Trinidad salud ingresos excelencia política N° 2: " Pago de primas de doctor y paciente a pagar "

[Agregar hipervínculo]

- Protección del paciente y cuidado asequible del acto: 501(r) de la sección legal

Programa de servicio de rentas internas • H (forma 990)

- Departamento del tesoro, servicio de impuestos internos, requisitos adicionales para los hospitales de caridad; Regla final: Volumen 79, núm. 250, parte II, 26 CFR, parte 1

EMTALA políticas de • individual RHM