

ROCHELLE COMMUNITY HOSPITAL

**Admisión Contabilidad de pacientes
MANUAL DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS**

TÍTULO: Atención de caridad/Asistencia financiera

Página: 1 - 5

FECHA DE VIGENCIA:

05/01/93

FECHA DE REVISIÓN:

08/17

Pautas del programa de Atención de caridad/Asistencia financiera

OBJETIVO: Coherente con la misión de Rochelle Community Hospital, el programa de atención no compensada del hospital se diseña para brindar una cantidad razonable de servicios a pacientes no asegurados o subasegurados que buscan servicios sin cargo o a un cargo reducido. Estos pacientes que indican que no pueden pagar el cargo total de los servicios que recibieron pueden seguir los procedimientos del hospital para que se considere el descuento. Se puede considerar que todos los pacientes que reciben servicios de RCHA son elegibles para solicitar asistencia de caridad.

DEFINICIÓN:

La Atención de caridad/Asistencia financiera se define como atención gratuita o con descuento proporcionada a los pacientes que demuestran que no tienen capacidad de pagar en comparación con los que tienen deudas incobrables que resultan de la capacidad de pago pero de la mala disposición para pagar.

Categorías de elegibilidad:

1. Los pacientes que no tienen un seguro médico adecuado o no tienen la capacidad de pagar según los criterios fijados por el hospital; todos los servicios hospitalarios requeridos deben cumplir con la necesidad médica. (La asistencia financiera no está disponible para los procedimientos cosméticos y los tratamientos innecesarios).
2. Médicamente indigente
 - a. Asegurado cuya cobertura no es adecuada para cubrir la atención ordenada por su médico en el hospital.
 - b. Persona cuyos ingresos son suficientes para pagar los gastos de vivienda básicos pero no la atención médica.
 - c. Persona que tiene la capacidad de pagar parte pero no todos sus gastos médicos.
 - d. Paciente fallecido soltero sin herencia.
 - e. Pacientes que tienen cobertura de Medicaid de otro estado y el hospital no puede calificar para el reembolso al proveedor de dicho programa estatal.
 - f. Los pacientes transitorios sobre quienes el hospital no puede identificar domicilios postales permanentes del paciente o familiares.

Procedimiento:

La atención de caridad se dará según el ingreso familiar bruto en los últimos 12 meses. Las facturas y los resúmenes de cuenta que se envíen a los pacientes/garantes incluirán texto en el que se pide a los pacientes que notifiquen a la oficina comercial si creen que no pueden pagar los servicios en su totalidad. No se iniciarán actividades de cobranza extraordinarias por 240 días después de que se envía el resumen de cuenta inicial al paciente.

Responsabilidad del paciente/garante:

1. Determinación de elegibilidad.

De aprobarse, la solicitud es válida por hasta seis meses. Para ser considerado para un descuento según la política de atención de caridad, un paciente debe cooperar con el hospital para proporcionar información y documentación necesarias para solicitar otros recursos financieros existentes que puedan estar disponibles. Las solicitudes completas incluirán lo siguiente cuando esté disponible:

1. El personal de PFS del hospital puede hacer una preevaluación para determinar si el paciente califica para IL Medicaid u otro tipo de programa o asistencia. Se le puede pedir al paciente que solicite IL Medicaid antes de la consideración de asistencia financiera.
 2. Declaración de W-2 de todos los miembros adultos de la familia con empleo que vivan en la casa.
 3. Prueba de ingresos de los últimos 3 meses, esto puede incluir talones de pago, pagos de discapacidad o devoluciones de impuestos si es trabajador independiente.
 4. Las declaraciones de impuestos a las ganancias federales y estatales más recientes de todos los miembros adultos de la familia que vivan en la casa.
 5. Talón de pago/cheque de desempleo actual o declaración escrita de ganancias del empleador.
 6. Declaración de beneficios de Seguridad Social, pagos por discapacidad y/o pensión.
 7. Copias de resúmenes de cuentas bancarias actuales para ayudar en la determinación de los activos líquidos.
2. Las Pautas Federales de Pobreza son establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos en base a la cantidad de miembros de una familia. Estas pautas se actualizarán todos los años. La matriz de esta política será aprobada por la Junta de Directores o CFO según lo designado por la Junta de Directores. El Gerente de PFS mantendrá la matriz del descuento por caridad/pobreza. Ver el Anexo A al final de esta política. Los cargos descontados, cuando se aprueban, serán equivalentes a los importes generalmente facturados a todos los pagadores.
3. Una solicitud de caridad puede ser completada por un Gerente de PFS, personal de Inscripción o Gestión de Casos para cualquier paciente que exprese la incapacidad de pagar los servicios médicos necesarios y necesite ayuda para completar la solicitud por medio de comunicación oral con la parte responsable/el paciente.
4. Un paciente debe solicitar asistencia financiera dentro de los 240 días del primer resumen del paciente. Los pacientes recibirán una notificación escrita que indica si califican para la asistencia y cuál es el nuevo saldo.

5. Un paciente que califica para un descuento parcial debe cooperar con el hospital para establecer un plan de pagos razonable. Los procesos de cobranza extraordinarios procederán sobre los saldos remanentes después de que se determinó el descuento.
6. Las consultas sobre asistencia financiera y/o la solicitud completa y la documentación de apoyo deberían devolverse en persona o enviarse por correo a Rochelle Community Hospital, 900 North Second Street, Rochelle, IL 61068 Attention: Patient Financial Services Department or the Patient Access/Registration Department. La correspondencia telefónica puede dirigirse a Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services) al 815-562-2181.

RESPONSABILIDAD DEL HOSPITAL

El hospital tendrá la política de cuidado de caridad para evaluar y determinar la elegibilidad de todos los pacientes para la asistencia financiera. El hospital proporcionará a todos los pacientes, si lo solicitan, la política resumida en lenguaje simple, la política de asistencia financiera y un formulario de solicitud. A las personas que califiquen para asistencia financiera no se les cobrará más que lo que se factura generalmente a otros pagadores.

1. El hospital tendrá un modo para comunicar la disponibilidad del cuidado de caridad a los pacientes. Estos mecanismos pueden incluir, pero no taxativamente, lo siguiente:
 - a. Colocar carteles, información o folletos en las áreas de ingreso al hospital adecuadas que indiquen que el hospital ofrece atención de caridad y que describan cómo obtener esta información.
 - b. Esta información estará disponible en español según sea necesario.
 - c. La factura del hospital incluirá información sobre cómo pedir información sobre asistencia financiera.
2. El personal de las áreas de servicios financieros del hospital y los departamentos de acceso entenderán la política de atención de caridad y podrán dirigir preguntas al representante adecuado del hospital. .
3. Un paciente elegible recibirá un descuento según las pautas descriptas en el Número 1 de la sección de procedimientos indicada arriba.
4. Después de recibir el pedido del paciente de asistencia financiera y la información requerida, se tomará una decisión dentro de los 30 días. El hospital notificará al paciente los resultados y le informará sus responsabilidades financieras. Durante el período de 30 días, RCH no continuará con los esfuerzos de cobranzas hasta que se haya tomado una decisión financiera.
5. Cuando un paciente no ha sido aprobado para un descuento del 100% según la política de atención de caridad del hospital, éste trabajará con el paciente para establecer un plan de pagos razonable por el saldo adeudado.
6. Se tomará una determinación de elegibilidad dentro de los 30 días de recibido el formulario de solicitud completo del paciente o la parte responsable. Se enviará al paciente una carta de aceptación o denegación con explicación.
7. Para los pacientes que se determine que no son elegibles, el hospital intentará trabajar con la parte responsable para establecer un plan de pagos mensual según la capacidad de pago del paciente. Los importes vencidos no pagados por la parte responsable se buscarán usando esfuerzos de cobranza extraordinarios.
8. Todo importe pagado previamente en pacientes aprobados y facturados será reembolsado si el pago resulta en un saldo de crédito. El hospital no realizará esfuerzos de cobranza

extraordinarios por la falta de pago de facturas contra pacientes que reciben atención de caridad que han demostrado con claridad que no tienen ingresos ni activos suficientes para pagar sus obligaciones financieras.

9. El hospital puede tomar acciones legales, incluido el embargo de salarios, para aplicar los términos del plan de pagos cuando hay pruebas de que el paciente que recibe atención de caridad tiene ingresos/activos suficientes para cumplir sus obligaciones.
10. El hospital se asegurará de que las pautas detalladas arriba sean cumplidas por toda agencia externa que participe en la obtención del pago de las facturas pendientes.
11. Los proveedores terceros de servicios relacionados que facturan a los pacientes por sus servicios profesionales mientras están en el hospital no se manejan por los términos de esta política con la excepción de los médicos empleados por RCH y conocidos como Family Healthcare Clinic. Ni los patólogos, ni los radiólogos, ni los médicos de salas de emergencia, ni los médicos que tratan a pacientes en la Clínica de Especialidades Múltiples (Multi-Specialty Clinic) ni los médicos hospitalistas son responsables de ofrecer los descuentos indicados en esta política.
12. Vea la página 5 de la política para obtener la escala de descuentos detallada.

Esta política ha sido aprobada por la Junta de Directores del Hospital.

_____/Fecha_____
Director Ejecutivo (CEO)

08/2017

**ROCHELLE COMMUNITY HOSPITAL
PAUTAS SOBRE ATENCIÓN DE CARIDAD/POBREZA**

Año calendario 2018/Revisado según el Registro Federal publicado el 1/18/18

Unidad familiar	Guía HB	2	2.25	2.5	2	3
		100% condonado	75% condonado	60% condonado	45% condonado	34% condonado
1	\$12,140.00	\$24,280.00	\$27,315.00	\$30,350.00	\$33,385.00	\$36,420.00
2	\$16,460.00	\$32,920.00	\$37,035.00	\$41,150.00	\$45,265.00	\$49,380.00
3	\$20,780.00	\$41,560.00	\$46,755.00	\$51,950.00	\$57,145.00	\$62,340.00
4	\$25,100.00	\$50,200.00	\$56,475.00	\$62,750.00	\$69,025.00	\$75,300.00
5	\$29,420.00	\$58,840.00	\$66,195.00	\$73,550.00	\$80,905.00	\$88,260.00
6	\$33,740.00	\$67,480.00	\$75,915.00	\$84,350.00	\$92,785.00	\$101,220.00
7	\$38,060.00	\$76,120.00	\$85,635.00	\$95,150.00	\$104,665.00	\$114,180.00
8	\$42,380.00	\$84,760.00	\$95,355.00	\$105,950.00	\$116,545.00	\$127,140.00

Cada miembro adulto de la familia agrega \$4,320.

Las pautas indicadas arriba excluyen los estados de Alaska y Hawái

Nota: El importe máximo cobrado en un período de 12 meses de un paciente elegible es el 25% del ingreso bruto de la familia.

La escala se actualizará como mínimo anualmente según los niveles de pobreza federal publicados y la proporción de costo a cobro de Medicare del Hospital del informe de costos federales. El importe del cargo y descuento cuando sea elegible no será superior al Importe facturado generalmente (AGB, Amount Generally Billed (AGB) a otros pagadores. El AGB se calcula usando el método de actualización de 12 meses. El cálculo para el año actual es 34%.

Revisado el 01/19/18