

SISTEMA DE ATENCIÓN MÉDICA APPLING 163 EAST TOLLISON STREET BAXLEY, GEORGIA 315123	PÓLIZAS Y PROCEDIMIENTOS
RE: Póliza de Apoyo Financiero y Póliza de Cuidado del Indigente y Caridad	Página: 1 de 6
DEPARTAMENTO: Servicios Financieros del Paciente	FECHA DE EFECTIVIDAD: 9/1/2009
PREPARADO POR: Malorie Harvill	FECHA REVISADA:
	FECHA DE REVISIÓN: 06/14/2018

I. PROPÓSITO:

La Póliza de Apoyo Financiero del Sistema de Atención Médica Appling sirve para proveer el apoyo financiero a los pacientes no asegurados o con seguro limitado basados en las Directrices Federales de Pobreza. Esta póliza también administra la distribución de ICTF (Fondo Fiduciario de Cuidado del Indigente) por las reglas estatales. El Sistema de Atención Médica Appling está comprometido en proveer servicios de atención médica de calidad a la comunidad. Para proveer los servicios médicos necesarios, el Sistema de Salud debe mantener una fundación financiera viable buscando reembolsos razonables para sus servicios para la extensión disponible y al mismo tiempo reconocer sus obligaciones para proveer servicios gratis o con descuento para los pacientes no asegurados y con seguro limitado que son elegibles para el apoyo financiero bajo esta Póliza. El Sistema de Atención Médica Appling está comprometido en proveer los servicios auxiliares y medicamente necesarios a todos los pacientes sin discriminación, independientemente de su capacidad de pago.

Cada petición para el apoyo financiero será revisada independientemente y las concesiones pueden ser realizadas para circunstancias atenuantes en base a cada caso.

Como es descrito más abajo, esta póliza de apoyo financiero escrita:

- Incluye criterios de elegibilidad para apoyo financiero para atención gratuita y con descuento;
- Describe la base para estimar las cantidades cargadas a los pacientes;
- Describe el método usado para solicitar apoyo financiero y el proceso destinado para hacer determinaciones de apoyo financiero;
- Describe cómo el Sistema de Atención Médica Appling hará ampliamente pública la póliza dentro de la comunidad asistida por el hospital.

Definiciones

Cantidades Generalmente Facturadas (AGB) - las cantidades generalmente facturadas por emergencia u otra atención medicamente necesaria para los individuos con seguro que cubre tal atención. AGB es determinado dividiendo la suma de reclamos pagados el año fiscal previo por

la tarifa por servicio de Medicare y todo seguro médico privado, incluyendo pagos recibidos de beneficiarios y pacientes asegurados, por la suma de los cargos brutos asociados a esos reclamos.

Servicios de emergencia - atención inmediata que es necesaria para prevenir poner a la salud del paciente en peligro serio, deterioro serio de las funciones corporales, y/o disfunción seria de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Medicamento necesario, necesidad médica o medicamento necesario y apropiado - servicios médicos o equipo basado en prácticas médicas generalmente aceptados a consecuencia de las condiciones al momento del tratamiento que es (a) apropiado y consistente con el diagnóstico del médico que lo está atendiendo y la omisión la cual adversamente podría afectar la condición médica del paciente elegible, (b) compatible con los estándares de la práctica médica aceptable en los Estados Unidos, (c) provisto en un espacio seguro, apropiado y eficiente en costos dado la naturaleza del diagnóstico y la severidad de los síntomas, (d) no provisto solamente para la conveniencia del paciente o del proveedor de atención médica u hospital, (e) no cuidado supervisado primordialmente a menos que el cuidado supervisado sea un servicio cubierto o un beneficio bajo la evidencia de cobertura del paciente, y (f) no debe haber otro tratamiento, servicio y espacio disponible efectivo y más conservador o sustancialmente menos costoso. Los procedimientos de elección como la cirugía plástica no son considerados médicamente necesarios.

II. ALCANCE: Esta póliza cubre servicios de emergencia y medicamento necesarios provistos por el hospital del Sistema de Atención Médica Appling, el Grupo ERx, cualquier médico o grupo de médicos contratado para proveer servicios de emergencias, y los médicos empleados que proveen servicios de emergencia y medicamento necesarios

III. ELEGIBILIDAD

A. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

El Sistema de Atención Médica Appling usa las Directrices Federales de Pobreza (FPG) de Pobreza en efecto a la hora que una aplicación es completada y propuesta para determinar elegibilidad para el apoyo financiero. Si el ingreso de la familia cae debajo del 200% de las directrices, el paciente es elegible para algún nivel de apoyo financiero. Las Directrices Federales de Pobreza se pueden encontrar en el sitio web gubernamental, www.aspe.hhs.gov/poverty. Los criterios son determinados como sigue:

- Los ingresos familiares que están en o por debajo del 125% del FPG son elegibles para recibir atención gratuita. Esto es clasificado como cuidado de indigente.

- Los ingresos familiares que exceden el 126% del FPG, pero están en o por debajo del 200% del FPG califican para un pago con descuento basado en una escala variable como se muestra debajo. Esto es clasificado como cuidado de caridad. El paciente también puede ser aprobado para un plan de pagos.

2018 NIVELES DE LAS DIRECTRICES FEDERALES DE POBREZA

ESCALA VARIABLE

DESCUENTO	100%	100%	90%	80%	75%	70%	60%
TAMAÑO DE LA FAMILIA	100%	125%	140%	150%	175%	185%	200%
1	\$12,140	\$15,175	\$16,996	\$18,210	\$21,245	\$22,459	\$24,280
2	\$16,460	\$20,575	\$23,044	\$24,690	\$28,805	\$30,451	\$32,920
3	\$20,780	\$25,975	\$29,092	\$31,170	\$36,365	\$38,443	\$41,560
4	\$25,100	\$31,375	\$35,140	\$37,650	\$43,925	\$46,435	\$50,200
5	\$29,420	\$36,775	\$41,188	\$44,130	\$51,485	\$54,427	\$58,840
6	\$33,740	\$42,175	\$47,236	\$50,610	\$59,045	\$62,419	\$67,480
7	\$38,060	\$47,575	\$53,284	\$57,090	\$66,605	\$70,411	\$76,120
8	\$42,380	\$52,975	\$59,332	\$63,570	\$74,165	\$78,403	\$84,760
*	\$4,320	\$5,400	\$6,048	\$6,480	\$7,560	\$7,992	\$8,640

* Para familias de más de 8, sume la cantidad mostrada para cada miembro adicional.

- Los ingresos familiares que exceden el 200% del FPG, donde el paciente es médicamente indigente, o tiene circunstancias financieras inusuales, como una enfermedad catastrófica o un accidente, son evaluados basados en su situación financiera. Algunos ejemplos incluyen: (1) El tamaño de las cuentas médicas del paciente basado en una enfermedad catastrófica o que de otra manera ha resultado en adeudos del paciente para los cuales el pago es imposible basado en la capacidad financiera actual del hogar; o (2) La subsistencia del paciente es amenazada resultando en una habilidad para cumplir con los adeudos del paciente. Esto es clasificado como cuidado médico con dificultades del indigente o caridad. Los pacientes de auto-paga pueden ser elegibles para un descuento de hasta el 50%. El paciente puede ser aprobado para un plan de pagos.

Para servicios de emergencia y medicamento necesarios, los cargos para los individuos elegibles bajo este Póliza de Apoyo Financiero están limitados a no más de las Cantidades Generalmente Facturadas (AGB) para tales servicios. Las Cantidades Generalmente Facturadas se calcularán conforme al método de Mirar Atrás descrito en la sección 501(r)-5(b)(4) de la ley de impuesto sobre la renta queriendo decir que el Sistema de Atención Médica Appling considerará reclamos pasados pagados al hospital por la tarifa por servicio de Medicare solo o conjuntamente con todos los reclamos privados de pago de aseguradores de salud para el hospital (incluyendo, en cada caso, cualquier porción asociada de estos reclamos pagados por beneficiarios de Medicare o individuos asegurados) por los últimos doce (12) meses. El porcentaje AGB para Atención Médica Appling es del 60%.

B. VERIFICACIÓN DE INGRESO:

1. La verificación de ingreso para los adultos trabajadores en el hogar es incluir su declaración de impuestos IRS para el año más reciente y lo siguiente:
 - a. Recibos de pago del mes actual
 - b. Copias de cheque de pensión o de Seguro Social

- c. Manutención infantil
 - d. Declaración/Verificación de Seguro Social
 - e. Declaración VA
 - f. Ganancias de desempleo
 - g. Ganancias de autoempleos
2. Si el paciente/garante es incapaz de proveer la documentación para verificar ingreso, una carta original de su empleador con membrete de la compañía debería ser enviada mostrando el estatus de tiempo parcial o tiempo completo, antigüedad en el empleo e ingreso mensual. Si el paciente no puede proveer documentación alguna de verificación de ingreso, el paciente debe suministrar una carta conteniendo todos los hechos apoyando la necesidad para el apoyo financiero. La aprobación con esta documentación estará basada en caso por caso.
 3. Las estampillas de comida no cuentan como ingreso.
 4. El ingreso familiar total, basado en la verificación de ingreso para todos los adultos trabajadores en el hogar que son responsables del paciente, es comparado con las directrices federales de pobreza actuales. Sin embargo, no cuenta el ingreso de personas que no son responsables del paciente. Por ejemplo, no cuenta el ingreso de un hermano como disponible para otro hermano para los propósitos de pagar cuentas médicas. Asimismo, no incluya el ingreso de cualquier niño (menor de edad o adulto) al considerar elegibilidad bajo el ICTF para el padre del niño.
 5. La unidad familiar consiste en individuos viviendo solos; y cualquier cónyuge, padres y sus niños menores de 18 años que están todavía en escuela preparatoria y viviendo en el mismo hogar

C. ELEGIBILIDAD PRESUNTIVA El paciente también puede calificar para el Apoyo Financiero basado en la Elegibilidad Presuntiva como se discute abajo

1. Elegibilidad Presuntiva - si hay información adecuada provista por el paciente u otras fuentes, el paciente puede ser estimado presuntivamente elegible para el apoyo financiero sin una aplicación formal. En el caso de que exista poca o ninguna evidencia para apoyar la elegibilidad de un paciente para el apoyo financiero, el Sistema de Atención Médica Appling puede usar agencias externas para determinar el ingreso estimado con el propósito de determinar la elegibilidad de apoyo financiero o la cantidad del potencial descuento. El apoyo financiero presuntivo será determinado antes de cualquier actividad exterior de cobros. Los siguientes tipos de cuentas pueden ser considerados elegibles para el apoyo financiero sin documentación bajo la elegibilidad presuntiva del programa de apoyo financiero (1) Referencias de agencias comunales aprobadas; (2) Ningún bien (certificado de defunción es presentado); (3) Elegibilidad para Medicaid en estados aparte de Georgia; (4) Elegibilidad para Programa Estatales/

Federales donde el financiar programas ha sido agotado; (5) Elegibilidad de Estampillas de Comida; (6) Vivienda subsidiada o de bajo ingreso; (7) Participación en programas de Mujeres, Bebés y Niños (WIC); (8) Programas de recetas médicas financiados por el Estado; o (9) Personas Desempleadas sin cobertura de Seguro contra Terceros.

D. APLICACIÓN DE MEDICAID El paciente/garante aplica para Medicaid y cumple con los requisitos de Medicaid, como sea aplicable.

E. NO ADMISIBLE:

Lo siguiente **NO** está cubierto por esta póliza:

1. Cantidades adeudadas al hospital y cobradas por terceros como seguro, beneficios médicos de compensación de trabajadores, etc.
2. Pacientes que son elegibles para Medicaid y que no han aplicado a Medicaid.

F. PROCEDIMIENTO PARA IDENTIFICAR A PACIENTES ELEGIBLES:

1. La notificación individual de esta póliza será dada a todos los pacientes (o su representante) al inscribirse buscando servicios o teniendo servicios en el Sistema de Atención Médica Appling. Un resumen en lenguaje claro de esta póliza, una copia de esta póliza y la aplicación también serán publicados en el sitio web del Sistema de Atención Médica Appling.
2. El consejero financiero revisará informes de actividad de censo de lunes a viernes de pacientes no asegurados o con seguro limitado y se realizará una entrevista con el paciente o su representante. Los pacientes quedándose de admisiones de fin de semana se verán si todavía son hospitalizados el lunes.
3. La aplicación se tomará pendiente a la documentación requerida para la aprobación final.

IV. PROCESO DE APLICACIÓN:

- A. Todos los pacientes solicitando apoyo financiero deben completar Forma de Aplicación para Apoyo Financiero. La aplicación debe ser firmada por el paciente/garante. Las aplicaciones deben ser sometidas para el día 240 de recibo de la primera declaración de Atención Médica Appling para la atención provista.
- B. Las aplicaciones estarán sujetas hasta que la cuenta ha sido finalmente facturada y se ha obtenido la información necesaria, y el servicio ha sido provisto. Si el solicitante es negado para una fecha de servicio y en otra fecha de servicio las circunstancias financieras han cambiado al solicitante puede re-aplicar pero debe proveer nueva

evidencia de ingreso. Se usaran las Directrices de Ingreso de Pobreza en efecto el día de la aplicación. Las directrices son revisadas anualmente.

- C. Si el ingreso es más que las directrices o si la documentación requerida por esta póliza no ha sido sometida dentro de 30 días de notificación de una aplicación incompleta, la aplicación será negada y referida al departamento apropiado para establecer disposiciones de pago. Cada solicitante recibirá una copia de la Forma de Aplicación para Apoyo Financiero y será informado que una determinación será hecha basada en las directrices de la póliza. Cuando una determinación ha sido hecha, una carta por escrito indicando la negativa y/o la cantidad aprobada del balance del paciente, si alguno, será reenviada para señalarlo en registro.
- D. Cada aplicación es de caso por caso. La aplicación será aprobada por 9 meses retroactivamente y 3 meses prospectivamente de la fecha de aprobación.
- E. Los pacientes tienen el derecho de apelar si la decisión es una negativa. Una apelación debe ser sometida por escrito o en persona para el departamento de asesoramiento financiero en un plazo de treinta (30) días después de la fecha de determinación.

V. PÓLIZA DE COBOS Y PROCEDIMIENTO

El Sistema de Atención Médica Appling no se involucra en acciones recaudatorias extraordinarias (ECAs) en contra de un individuo para obtener pago por la atención antes de hacer esfuerzos bastante razonables para determinar si el individuo es elegible FAP para la atención. ECAs son esas acciones tomadas por un hospital en contra de un individuo relacionado con obtener el pago de una cuenta por atención cubierta bajo el FAP del hospital que requieren un proceso legal o judicial, implican vender la deuda de un individuo a otra parte, o implica reportar información adversa acerca de un individuo a agencias de reporte de crédito o al buro de crédito. En el caso de la falta de pago por un paciente a la porción de su saldo de cuenta después de que el apoyo financiero es tramitado, la cuenta seguirá el flujo de proceso recaudatorio normal (vea Póliza de Facturación y Cobro y Procedimiento).

VI. INFORMACIÓN ADICIONAL ACERCA DEL PROGRAMA DE APOYO FINANCIERO

El Sistema de Atención Médica Appling ofrece información disponible a los pacientes acerca de su programa de apoyo financiero colocando y distribuyendo información en áreas de inscripción de pacientes, otros lugares públicos a lo largo del hospital, en las facturas de los pacientes y en su sitio web. Adicionalmente, si necesitan copias de la información pueden pedir las en la Oficina de Admisiones, Oficina de Negocios o el departamento de Asesoramiento Financiero, o llamando al (912) 367-9841, ext. 1278. Las traducciones en español de la póliza de apoyo financiero, el resumen de lenguaje claro y la aplicación de apoyo financiero están disponibles.