

# Centro Médico del Condado de Ashley

## Políticay Procedimiento

**Asunto: Política de asistencia financiera (PAF)**

**Fecha de entrada en vigor: 3 de abril de 2009 Revisado: 1 de junio de 2017**

**Propietario de la póliza:Asesoramiento financiero y admisiones 19 de**

**mayo de 2020**

**mayo 20, 2021**

**enero 13, 2022**

**4 de mayo de 2022**

**noviembre 2, 2022**

**diciembre 16, 2022**

**Tipo de política:Organizacional**

**Distribución de políticas:Asesoramiento financiero y admisiones**

**Propósito: Proporcionar pautas organizacionales de criterios de elegibilidad y determinación de personas calificadas para asistencia financiera para toda la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria proporcionada por Ashley County Medical Center.**

### **Política:**

Ashley County Medical Center (ACMC) es un hospital de acceso crítico (CAH) sin fines de lucro que existe para promover la buena salud y brindar atención médica de calidad con un personal calificado de manera afectuosa y compasiva. Este hospital se compromete a brindar atención de emergencia y servicios médicamente necesarios a los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. A través de nuestro programa de asistencia financiera, ofrecemos cargos con descuento por servicios a pacientes elegibles que pueden cubrir la totalidad o parte de su factura. El programa reduce la factura del paciente en función de los ingresos y el tamaño de la familia. La reducción se basa en una escala móvil de tarifas. Para los pacientes sin seguro, aplicaremos un descuento automático a los cargos totales del paciente del 60%.

#### **A. SERVICIOS CUBIERTOS POR LA PÓLIZA**

Los siguientes servicios de atención médica son elegibles para asistencia financiera, dependiendo de la elegibilidad del programa:

1. Servicios médicos de emergencia proporcionados en una sala de emergencias
2. Servicios de salud médicamente necesarios
3. Visitas y servicios al consultorio médico de Ashley County Medical Center
4. Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla

Los siguientes servicios de atención médica no son elegibles para asistencia financiera:

1. Estudio del sueño
2. Cirugía Ortopédica
3. Cirugía Oftalmológica
4. Home Salud
5. Todos los servicios que han entrado en acciones legales para el cobro

El "AVISO DE PROVEEDORES PARTICIPANTES Y NO PARTICIPANTES", que no sean ACMC, que brindan atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en el hospital, está incluido dentro de esta Política.

#### **B. SERVICIOS DE EMERGENCIA**

ACMC proporcionará, sin discriminación, atención para condiciones médicas de emergencia a las personas, independientemente de su elegibilidad bajo esta política de asistencia financiera.

#### **C. PACIENTES ELEGIBLES**

La elegibilidad para asistencia financiera se considerará para aquellas personas que no pueden pagar por su atención en función de una determinación de necesidad financiera de acuerdo con esta Política. Una persona cuyo ingreso individual o familiar no sea más del 225% de la actual Guía Federal de Pobreza (FPG) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos puede ser elegible para recibir asistencia financiera. A un paciente elegible no se le puede cobrar más que los montos generalmente facturados ("AGB") por atención de emergencia o atención médicamente necesaria a las personas que tienen seguro. En el caso de cualquier otra atención proporcionada, a un paciente elegible no se le puede cobrar más que los cargos brutos.

#### D. PACIENTES NO ELEGIBLES

Cualquier persona que no cumpla con los criterios de asistencia financiera de la organización o que se niegue a proporcionar la información necesaria para determinar la elegibilidad será determinada como no elegible para recibir asistencia financiera.

#### E. DEFINICIONES:

**Atención médica de emergencia** : atención proporcionada por un centro hospitalario para afecciones médicas de emergencia.

**Condiciones médicas de emergencia** – Significa condiciones médicas de emergencia como se define en la sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395dd).

#### **Servicios médicamente necesarios** –

1. Son consistentes con los síntomas, diagnóstico, condición o lesión de la persona;
2. Son reconocidos como el estándar prevaleciente y son consistentes con los estándares médicos profesionales generalmente aceptados del grupo de pares del proveedor;
3. Se proporcionan en respuesta a una afección potencialmente mortal; para tratar dolor, lesión, enfermedad o infección; para tratar una condición que resultaría en discapacidad física o mental; o para lograr un nivel de función física o mental consistente con los estándares prevalecientes para el diagnóstico o condición;
4. No se proporcionan principalmente para la conveniencia de la persona o el proveedor; y
5. No hay otro curso de tratamiento igualmente efectivo disponible o adecuado para la persona que necesita los servicios que sea más conservador o sustancialmente menos costoso.

**Período de solicitud:** el período durante el cual una solicitud debe ser aceptada y procesada bajo esta política. La solicitud comienza en la fecha en que se brindó la atención y finaliza en el último día 240 después de **la** fecha en que se proporciona el primer estado de cuenta posterior al alta para la atención. Las solicitudes pueden ser aceptadas fuera del período de solicitud.

**Persona médicamente indigente** – Una persona que la organización ha determinado que no puede pagar algunas o todas sus facturas médicas porque los ingresos de la persona son iguales o inferiores al 225% de FPG.

**Unidad familiar** : consiste en personas que viven solas; y cónyuges, padres y sus hijos menores de 21 años o discapacitados que viven en el mismo hogar. Una unidad familiar puede incluir niños menores que viven con un tutor legal.

**Ingreso bruto** – Ingreso total de la unidad familiar antes de impuestos para los últimos tres (3) meses. El ingreso de la unidad familiar puede incluir ingresos, compensación por desempleo, compensación para trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos de pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de patrimonios, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia externa al hogar y otras fuentes misceláneas. Los beneficios no monetarios (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan. Si un individuo no es pariente y vive con una familia, sus ingresos no se incluyen en el ingreso bruto.

**Montos generalmente facturados (AGB)** – Los montos generalmente facturados por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a personas que tienen seguro que cubre dicha atención.

**Acción Extraordinaria de Recaudación (ECA):** incluye cualquiera de las siguientes acciones:

- Vender la deuda de un individuo a otra parte;
- Reportar información adversa sobre el individuo a agencias de informes de crédito del consumidor u oficinas de crédito;
- Aplazar o negar, o exigir un pago antes de proporcionar la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de una o más facturas por la atención previamente proporcionada cubierta por esta póliza;
- Acciones que requieren un proceso legal o judicial, que puede incluir gravámenes, ejecución hipotecaria, embargo, incautación, elogio de una acción civil, causando el arresto de un individuo, causando que un individuo esté sujeto a una orden de embargo corporal y embargo.

#### F. CUANTÍA DE LA AYUDA FINANCIERA

La factura del hospital puede descontarse hasta el 100% si el ingreso del paciente calificado no excede el 225% del FPG (unidad familiar ajustada). Para calificar para este programa, el paciente no debe calificar para ayuda pública o pago de otras fuentes de terceros, incluyendo Medicare y/o Medicaid.

Los pacientes que califican para una reducción en su factura de paciente o no califican financieramente para una reducción pueden hacer arreglos para pagos a plazos. Después de una evaluación financiera, se asignará el pago mensual apropiado con un plazo prescrito.

El "AVISO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS NO COMPENSADOS" de Ashley County Medical Center proporciona más detalles sobre la elegibilidad y los montos de asistencia financiera.

#### G. MÉTODO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA Y PROCEDIMIENTOS DE DETERMINACIÓN

Para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia, el paciente o garante debe completar una solicitud. Luego, el hospital revisará la solicitud y determinará su elegibilidad. La aprobación es válida por un período de un año. Los pacientes deben solicitar (o volver a solicitar) cargos gratuitos o reducidos con información financiera actual anualmente.

Para calificar para la asistencia, el paciente debe:

- Complete un formulario de solicitud
- Proporcionar documentación de ingresos brutos de los últimos tres (3) meses, incluidos, cuando corresponda;
  - Formulario de impuestos federales 1040
  - Últimos tres talones de pago para todos los miembros del hogar (o, si no están disponibles, una carta del empleador que indique los salarios semanales)
  - Proporcionar evidencia de que el paciente ha buscado todas las demás fuentes de pago, incluida la ayuda pública
  - Proporcionar estados de cuenta bancarios de los últimos dos meses para todos los miembros del hogar

Una vez completada, la solicitud y el material relacionado serán revisados para una decisión de elegibilidad por parte del Supervisor de Asesoría Financiera. Hasta que el hospital haya hecho esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad del paciente, nos abstendremos de iniciar actividades extraordinarias de recolección.

Una solicitud se considerará en un estado de "HOLD" si se descubre una cobertura de terceros que pagará por los servicios relacionados. El proceso de determinación no continuará hasta la recepción de esos fondos.

Tras la aprobación final, la cantidad elegible se ajustará del saldo del paciente y se enviará una carta de determinación al paciente informándole de los resultados de su solicitud. A menos que la solicitud se coloque en estado "HOLD", el proceso de determinación se completará dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud completa.

Si la solicitud no es aprobada, se enviará una carta de determinación al paciente informándole de los resultados de su solicitud. Si el paciente cree que la decisión inicial con respecto a su elegibilidad es incorrecta, puede apelar la determinación directamente ante el Supervisor de Asesoría Financiera. La decisión con respecto a esta apelación se tomará dentro de los cinco (5) días hábiles.

Se prefiere, pero no se requiere, que se produzca una solicitud de asistencia financiera y una determinación de la necesidad financiera antes de prestar el servicio médicamente necesario no urgente. Sin embargo, la determinación puede hacerse en cualquier momento del ciclo de recolección antes de una acción legal. La necesidad de asistencia financiera se reevaluará en cada momento subsiguiente de servicio si la última evaluación financiera se completó más de un (1) año antes, o en cualquier momento se conoce información adicional relevante para la elegibilidad del paciente para asistencia financiera.

#### H. ACCIONES DE COBRO

Para los pacientes que califican para recibir asistencia financiera y que están cooperando de buena fe para resolver sus facturas de hospital con descuento, Ashley County Medical Center puede ofrecer planes de pago extendidos. En estos casos, el hospital no enviará facturas impagas a agencias de cobro externas y cesará todos los esfuerzos de cobro. Ashley County Medical Center no impondrá acciones extraordinarias de cobro, como embargos salariales; gravámenes sobre residencias primarias u otras acciones legales para cualquier paciente sin hacer primero esfuerzos razonables para determinar si ese paciente es elegible para atención de caridad bajo esta política de asistencia financiera. Los esfuerzos razonables incluirán:

1. Verificar que el paciente debe las facturas impagas;
2. Proporcionar información al paciente sobre la disponibilidad de asistencia financiera;
3. Proporcionar la determinación de la elegibilidad de manera oportuna;
4. Solicitar que el paciente identifique todas las fuentes de pagos de terceros;
5. Determinar que el hospital ha realizado cobros de los pagos de terceros identificados por el paciente;
6. Documentar que el hospital ha intentado o ha intentado ofrecer al paciente la oportunidad de solicitar atención de caridad de conformidad con esta política y que el paciente no ha cumplido con los requisitos de solicitud del hospital; y
7. Documentar que al paciente se le ha ofrecido un plan de pago pero no ha cumplido con los términos de ese plan.

#### I. MEDIDAS PARA DAR AMPLIA PUBLICIDAD A LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

La Política de Asistencia Financiera de Ashley County Medical Center está disponible para el público utilizando varios medios, que pueden incluir, **pero** nose limitan a la publicación de la póliza:

- En las facturas de los **pacientes,**
- En la sala de emergencias, los departamentos de admisión y registro, y las oficinas **de servicios financieros para pacientes que** se encuentran en las ubicaciones del campus del hospital y en otros lugares públicos que Ashley County Medical Center puede elegir;
- En el sitio web del hospital;
- En folletos disponibles en los sitios de acceso de pacientes; y
- En otros lugares dentro de la comunidad atendidos por el hospital como Ashley County Medical Center puede elegir.

Dichos avisos e información resumida se proporcionarán en los idiomas principales hablados por la población atendida por Ashley County Medical Center. La remisión de pacientes para asistencia financiera puede ser hecha por cualquier miembro del personal del hospital o personal médico, incluidos médicos, enfermeras, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos. Una solicitud de caridad puede ser hecha por el paciente o un miembro de la familia, amigo cercano o asociado del paciente, sujeto a las leyes de privacidad de la aplicación. Todos los documentos de la Política de Asistencia Financiera estarán disponibles en una versión traducida para cualquier idioma hablado por al menos 1,000 individuos o el 5% de la comunidad.

#### AVISO DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS NO COMPENSADOS

En Ashley County Medical Center, hay servicios gratuitos o con descuento disponibles para servicios médicamente necesarios, no electivos para pacientes hospitalizados y ambulatorios para personas que califiquen.

#### CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:

Para ser elegible para recibir atención gratuita o de cargo reducido, el ingreso de su familia no debe ser superior al 225% de las Pautas Federales de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos según el tamaño de la familia.

Si cree que puede ser elegible para servicios gratuitos o de cargo reducido, puede hacer esta solicitud en Ashley County Medical Center. Se hará una determinación condicional o final por escrito de su elegibilidad dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a su solicitud.

Para calificar para algún nivel de atención gratuita o de cargo reducido, su ingreso familiar no debe ser más del 225% de la siguiente escala de ingresos:

Tamaño de la unidad familiar	Pautas Federales de Pobreza (FPG)	100% Asistencia Financiera (150% FPG)	75% Asistencia financiera (175% FPG)	50% Asistencia financiera (200% FPG)	25% Asistencia financiera (225% FPG)
1	\$13,590	\$ 20.385	\$ 23.783	\$ 27.180	\$ 30.578
2	\$ 18.310	\$ 27.465	\$ 32.043	\$ 36.620	\$ 41.198
3	\$ 23.030	\$ 34.545	\$ 40.303	\$ 46.060	\$ 51.818
4	\$ 27.750	\$ 41.625	\$ 48.563	\$ 55.500	\$ 62.438
5	\$ 32.470	\$ 48.705	\$ 56.823	\$ 64.940	\$ 73.058
6	\$ 37.190	\$ 55.785	\$ 65.083	\$ 74.380	\$ 83.678
7	\$ 41.910	\$ 62.865	\$ 73.343	\$ 83.820	\$ 94.298
8	\$ 46.630	\$ 69.945	\$ 81.603	\$ 93.260	\$ 104.918
Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$4,720 por cada persona adicional a las Pautas Federales de Pobreza, <b>\$7,080 para Asistencia Financiera del 100%, \$8,260 para Asistencia Financiera del 75%, \$9,440 para Asistencia Financiera del 50%</b> y \$10,620 para Asistencia Financiera del 25%.					

#### Elegibilidad presunta de asistencia financiera

Hay casos en que un paciente puede parecer elegible para descuentos de atención de caridad, pero no hay un formulario de asistencia financiera en el archivo debido a la falta de documentación de respaldo. A menudo hay información adecuada proporcionada por el

paciente o a través de otras fuentes, que podría proporcionar evidencia suficiente para proporcionar al paciente asistencia de caridad. En el caso de que no haya evidencia que respalde la elegibilidad de un paciente para la atención de caridad, Ashley County Medical Center podría usar agencias externas para determinar los montos de ingresos estimados sobre la base de determinar **la** elegibilidad de atención de caridad y los posibles montos de descuento. Una vez determinado, debido a la naturaleza inherente de las circunstancias presuntivas, el único descuento que se puede otorgar es una cancelación del 100% del saldo de la cuenta. La elegibilidad presunta puede determinarse sobre la base de las circunstancias individuales de la vida que pueden incluir:

- Personas sin hogar o recibió atención de una clínica para personas sin hogar;
- Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales que no tienen fondos (por ejemplo, gastos de Medicaid);
- El paciente ha fallecido sin patrimonio conocido
- Elegibilidad para Medicaid
- Servicios no cubiertos de Medicaid

AVISO DE PROVEEDORES PARTICIPANTES Y NO PARTICIPANTES

PROVEEDORES	INDICACIÓN PARTICIPANTE
Patología de Arkansas	No
BCS, Inc. (Facturación de anestesia)	Sí
Soluciones de personal de emergencia (médicos de emergencia)	No
Laboratory Corporation of America (Laboratorio de referencia)	No
Cheryl Rabalais, ANP – Medicina Familiar	Sí
Pamela Winston, ANP – Medicina Familiar	Sí
Jenny Murphy, ANP – Medicina Familiar	Sí
Julie Bays, ANP – Medicina Familiar	Sí
Tracey Longstreth, ANP – Medicina Familiar	Sí
Dr. Adam Sandlin – Obstetricia/Ginecología	No
Dr. Appalanaidu Sasapu – Oncología/Hematología	No
Dr. Balil Malik – Oncología/Hematología	Sí
Dr. Barry Thompson – Medicina Familiar	No
Dr. Benjamin Walsh – Medicina Familiar	Sí
Dr. Brad Walsh – Medicina Familiar	Sí
Dr. Bradley Fogel – Patología	No
Dr. Charles Clogston – Cardiología	No
Dr. Curtis Lowery – Obstetricia/Ginecología	No
Dr. David Pope – Patología	No
Dr. David Tamas – Radiología	No
Dr. David Wells – Radiología	No
Dra. Dawn Hughes – Obstetricia/Ginecología	No
Dr. Douglas Kerin – Radiología	No
Dr. Everett Magann – Obstetricia/Ginecología	No
Dra. Felicia Watkins-Brown – Medicina Familiar	Sí
Dr. Henry Gomez – Pediatría	Sí
Dr. Ian Birkett – Patología	No
Dr. Ian Cawich – Cardiología	No
Dr. Ira Murphy – OB / GYN	Sí
Dr. James Atkins – Pediatría	No
Dr. James Workman – Radiología	No
Dr. Johnnie Hinton – Nefrología	No
Dra. Kara Worley – Obstetricia/Ginecología	Sí
Dra. Katherine Steward – Patología	No
Dra. Kathleen Sitarik – Radiología	No
Dr. Keith Schluterman – Neurología	No
Dr. Kenneth Richards – Pediatría	Sí
Dr. Lon Bitzer – Cirugía General	Sí
Dr. Mark Malloy – Medicina Interna	Sí
Dr. Michael Allen – Patología	No
Dr. Michael Huber – Cardiología	No
Dr. Michael Schonefeld – Nefrología	No
Dr. Michael Weiner – Patología	No
Dra. Nafisa Daiani – Obstetricia/Ginecología	No
Dr. Nicholas Willis – Cardiología	No
Dr. Nurreddin Almaddah – Cardiología	No
Dr. Paul Stout – Patología	No
Dr. Paul Wendel – Obstetricia/Ginecología	No
Dr. Perkins Mukunyadzi – Patología	No
Dr. Scott Claycomb – Oftalmología	No
Dr. Stephen Sturdivant – Patología	No
Dr. Stewart Rushton – Obstetricia / Ginecología	No
Dr. Warren MacDonald – Cirujano ortopédico	Sí
Dr. William Lim – Radiología	No

**CENTRO MÉDICO DEL CONDADO DE ASHLEY**  
**SOLICITUD DE ATENCIÓN NO COMPENSADA**

1. Nombre del paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Número de teléfono residencial Celular \_\_\_\_\_

2. Miembros del hogar: (incluido usted y/o paciente)

Nombre Edad Empleador/Escuela Fecha de nacimiento


3. Ingresos: Enumere el ingreso bruto del hogar total para las categorías a continuación. Adjunte una copia de un talón de pago reciente, declaración de impuestos, declaración de seguro social o discapacidad, u otra documentación de ingresos:

Últimos 3 meses Actualidad

Salario \_\_\_\_\_  
Granja de servidores o auto employment \_\_\_\_\_  
Assistance \_\_\_\_\_ Estatal  
Seguridad social \_\_\_\_\_  
Desempleo \_\_\_\_\_  
Pensión alimenticia \_\_\_\_\_  
Support \_\_\_\_\_ infantil  
Familia Militar Allotments \_\_\_\_\_  
Pensión \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

**(Si NO hay ingresos en absoluto, por favor explique cómo paga sus facturas mensuales. )**

4. Facturas mensuales (adjunte documentación como una copia de un cupón de pago o un estado de cuenta mensual):

- a. Hipoteca/Alquiler \_\_\_\_\_
- b. Pago del coche \_\_\_\_\_
- c. Tarjetas de crédito \_\_\_\_\_
- d. Otro \_\_\_\_\_

5. Enumere todas las cuentas corrientes y de ahorro, acciones, bonos, efectivo disponible, etc., para todos los miembros del hogar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. ¿Alguien en su hogar posee bienes raíces (casa, terreno, edificios, etc.)? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, proporcione información sobre el valor de la propiedad, cualquier cantidad adeudada y cómo se usa la propiedad.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ¿Alquilan? \_\_\_\_\_ Teléfono del propietario \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

8. ¿Ha solicitado Medicaid? \_\_\_\_\_ Si se niega, ¿por qué? \_\_\_\_\_

Mi firma a continuación significa que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y precisa. Entiendo que la falsificación de información invalidará esta solicitud. Autorizo a APMC a realizar todas las consultas que considere necesarias para verificar la exactitud de las declaraciones hechas en este documento.

---

Fecha de firma

06/20/2017