



Memorial Health Care Systems

SISTEMAS DE SALUD MEMORIAL HOSPITAL MEMORIAL POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

PROPÓSITO

El propósito de esta política es promover la misión de caridad de los sistemas del cuidados de salud Memorial proporcionando a los pacientes elegibles con dificultades financieras y de otro tipo con una vía para solicitar y recibir atención gratuita o con descuento proporcionado dentro del espacio del hospital con licencia en el Hospital Memorial (el "Hospital"), consistente con los requisitos del Código de Impuestos internos y reglamentos de aplicación.

I. CRITERIO DE ELEGIBILIDAD

Las siguientes clases de individuos y categorías de cuidado son elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta política:

A. Financieramente Indigente

Para calificar como financieramente Indigentes, el paciente deberá de carecer de seguro médico y tienen un ingreso familiar igual o inferior a 300% del nivel federal de pobreza. Las siguientes definiciones se aplican a tales criterios de elegibilidad:

"Sin seguro": Un paciente que (i) no tiene seguro de salud o cobertura de los programas de atención de salud gubernamentales, y (ii) no es elegible para cualquier otro tipo de pago de terceros, como compensación o reclamaciones contra otros relacionados con accidentes de trabajo.

"Insuficiente": Un paciente que (i) ha limitado la cobertura de seguro de salud que no proporciona cobertura para los servicios hospitalarios u otros servicios médicos necesarios proporcionados por el Hospital, (ii) ha excedido el máximo de responsabilidad en / su cobertura de su seguro, o (iii) tiene un copago o deducible evaluado bajo contrato del seguro del paciente.

"Ingresos familiares": El ingreso total anual del paciente, de su cónyuge o pareja , cualquier persona que resida en el domicilio del paciente con la obligación financiera para el hogar, y para los pacientes menores de 19 años de edad, sus padres o el cuidador familiar. El ingreso anual total será anualizado basado en el ingreso bruto mensual promedio en los seis (6) meses inmediatamente anteriores a la solicitud de asistencia en virtud de esta política; condición, sin embargo, que en el caso de que el paciente o un miembro de la familia del paciente cuyo ingreso se incluye en la definición anterior se volvieron de uso dentro de los últimos seis (6) meses o había terminado su / su empleo dentro de los últimos seis (6) meses , el ingreso puede ser anualizado usando menos de seis (6) meses de datos para reflejar con precisión las circunstancias económicas actuales.

B. Medicamento Indigentes

Para calificar como Medicamento Indigentes, el paciente debe tener facturas médicas sin pagar actuales por los servicios prestados dentro de los últimos seis (6) meses desde la fecha de la solicitud de cualquier fuente de más de un 30 por ciento de los ingresos del hogar.

C. La no inscripción en Medicaid

Los pacientes que pueden ser elegibles para Medicaid y no aplican para Medicaid dentro de los treinta (30) días siguientes a la petición del hospital no se consideran elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta política.

D. Categorías de Cuidado Elegible para Asistencia Financiera

Siempre y cuando el paciente califica como sea Financieramente Indigente o Medicamento Indigente, las siguientes clases de cuidado son elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta política:

- Atención médica de emergencia
- Atención médica necesaria, que se define a los propósitos de esta política como el cuidado que es medicamento necesaria en la determinación del médico tratante.

Independientemente del estado Indingentemente Financiero de un paciente o Medicamento Indigente, como procedimientos cosméticos y de vida asistida no son elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta política. Asimismo, sólo el cuidado médico de emergencia y atención medicamento necesaria, siempre dentro del espacio en el Hospital con licencia del Hospital Memorial y los servicios profesionales relacionados proporcionados por los Proveedores Cubiertos dentro del espacio del Hospital con Licencia en el Hospital Memorial son elegibles para la ayuda Financiera.

II. PROVEEDORES CUBIERTOS

La atención proporcionada dentro Hospital Memorial y el cuidado dentro del Hospital Memorial por los médicos y los profesionales empleados y contratados por el Hospital como Médicos de sala de Emergencia están cubiertos por esta política ("Proveedores cubiertos").

Con la excepción de la atención prestada por los médicos contratados en urgencias por el Hospital, cuidados proporcionada por médicos independientes de la comunidad y otros proveedores de servicios independientes no está sujeta a esta política. Los pacientes deben ponerse en contacto con estos otros proveedores de cuidados para determinar si es elegible para la ayuda financiera.

Los pacientes pueden obtener una lista actualizada de los Proveedores Cubiertos y proveedores que no están sujetos a esta política sin costo, visitando la zona de recepción del hospital o departamento de cuentas de paciente, llamando al hospital al departamento de cuentas del paciente al (402) 646-4704 o visitando www.mhcs.us/fap.

III. LIMITACIÓN DE CARGOS Y CÁLCULO DE CANTIDAD DEBIDA

Los pacientes que se consideran elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta política no se le cobrará por la atención cubierta por esta política más que cantidades generalmente facturadas por el hospital a las personas que tienen seguro de salud que cubre dicha atención.

A. La Calculación de las cantidades Generalmente Facturadas

La "cantidad que generalmente se factura" o "AGB" es la cantidad de la factura del hospital en general, a los pacientes asegurados. El Hospital utiliza el método prospectivo para establecer AGB. En consecuencia, el AGB es igual a la cantidad que Medicare permite la atención recibida si el paciente era un cargo por servicio beneficiario de Medicare, incluyendo todos los co-pagos y deducibles. La cantidad permitida de Medicare para pacientes hospitalizados y servicios de consulta externa será la tasa de pago intermedio utilizado por Medicare. Para los servicios profesionales, la cantidad permitida de Medicare se determinará utilizando la lista de tarifas de Medicare .

B. Cantidad de Asistencia Financiera / Descuento

Los pacientes que califican para la ayuda financiera como financieramente Indigentes son elegibles para la ayuda financiera en base a la siguiente escala de tarifas:

FPL	0% to 175%	176% to 189%	190% to 203%	204% to 217%	218% to 231%	232% to 245%	246% to 259%	260% to 273%	274% to 287%	288% to 300%
Discount	100%	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%	10%

Los descuentos otorgados a los pacientes financieramente indigentes bajo esta política serán tomados de la menor de las AGB para la atención recibida o la cantidad adeudada personalmente por el paciente.

Los pacientes que califican para la ayuda financiera como **Medicamento Indigentes** serán responsables de un porcentaje prorrateado de su factura médica excepcional y no pagadas al Hospital en comparación con el total de sus facturas médicas pendientes y pendientes de pago de todos los proveedores de servicios prestados dentro de los últimos seis (6) meses desde la fecha de la solicitud, hasta un 30% de su ingreso anual del hogar. Cualquier cantidad restante será considerada ayuda financiera bajo esta política. Para fines de ejemplo solamente, si un paciente tiene \$ 25,000 en el total de las facturas médicas actualmente en circulación de los cuales \$ 5,000 se adeuda al Hospital, y si los ingresos de los hogares de ese paciente era \$ 50,000, el paciente sería personalmente responsable de \$ 3,000 a el Hospital. (Máxima responsabilidad - \$ 15,000 (\$ 50,000 veces .30); responsabilidad prorrateado al Hospital - 20% (\$ 5,000 / \$ 25,000); ajustado a un equivalente a el paciente - \$ 3,000 (20% x \$15,000)).

Si la ayuda financiera prestada a los pacientes Medicamento Indigentes resultan con un saldo restante que es mayor que **AGB**, se proporcionará al paciente asistencia financiera adicional de tal manera que el paciente no es personalmente responsable de más de **AGB**. Para determinar si un paciente elegible se ha cargado más de **AGB**, el Hospital considera sólo aquellas cantidades que son la obligación personal del paciente. Las cantidades recibidas de terceros pagadores no se consideran cargos o colectados al paciente.

IV. PROCESO DE SOLICITUD Y DETERMINACIÓN

Los pacientes que creen que pueden calificar para ayuda financiera bajo esta política están obligados a presentar una solicitud en formulario de solicitud de asistencia financiera del hospital durante el periodo de aplicación. Las solicitudes completas deben ser devueltas a:

Memorial Hospital
Attn: Patient Accounts
300 N. Columbia Ave.
Seward, NE 68434

Para los propósitos de esta política, el "Plazo de solicitud" comienza en el día del cuidado de la fecha se proporciona al paciente y termina en la última fecha de (i) el día número 240 después de la fecha de la primera post-alta (ya sea como paciente interno o externo) estado de cuenta es proporcionado al paciente o (ii) no menos de 30 días después de la fecha en que el hospital proporciona al paciente el aviso final requerido que se inicien las acciones de cobro extraordinarias ("ECAs").

Los pacientes pueden obtener una copia de esta política, un resumen en un lenguaje sencillo en términos de esta política, y una aplicación de asistencia financiera de forma gratuita (i) por correo llamando al (402) 646-4704, (ii) por correo electrónico a patient.accounts@mhcs.us, (iii) mediante descarga desde www.mhcs.us/fap, o (iv) en persona en (a) el servicio de urgencias, (c) (b) el departamento de ingreso en el hospital (adyacente en la sala de espera del hospital), o) en el Departamento del hospital de las cuentas de pacientes (adyacente en la sala de espera del hospital).

A. Las Solicitudes Completadas

Traer en cuanto la reciba, el Hospital suspenderá cualquier ECAs tomadas contra el paciente y el proceso, revisar y tomar una decisión sobre las solicitudes de asistencia financiera presentadas durante el periodo de aplicación tal como se expone a continuación. El Hospital puede, a su propia discreción, aceptar solicitudes de asistencia financiera completas presentadas después del Plazo de solicitud.

La determinación de la elegibilidad para asistencia financiera se efectuará mediante la siguiente persona (s):

Potencial Importe de Cancelación

\$0.00- \$5,000
\$5,001- \$10,000
\$10,001- & Encima

Autoridad De Aprobación

Director de Negocios de la Oficina
Jefe de finanzas
Director Ejecutivo

A menos que de otra forma retardada como se establece en el presente documento, dicha determinación se efectuará dentro de los 30 días de la presentación de una solicitud a tiempo completo. Los pacientes recibirán una notificación por escrito dentro de los 5 días hábiles siguientes a la determinación del Hospital.

Para ser considerado una aplicación de asistencia "completa" financiera debe proporcionar toda la información solicitada en el formulario y en las instrucciones para el formulario. El Hospital no considerará una solicitud incompleta o denegar la asistencia financiera basada en el hecho de no proporcionar ninguna información que no se solicita en la aplicación o instrucciones que lo acompañan. El hospital puede tener en cuenta en su determinación (y en la determinación de si la solicitud del paciente es completa) la información proporcionada por el paciente que no sea en la aplicación.

Para preguntas y / o ayuda para llenar una solicitud de asistencia financiera, el paciente puede ponerse en contacto con el departamento de cuentas de los pacientes del hospital (i) llamando al (402) 646-4704, (ii) por correo electrónico a patient.accounts @ mhcs.us o (iii) en persona en el hospital departamento de cuentas de los pacientes (adyacente a la sala de espera del hospital).

Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera completado durante el período de solicitud y el Hospital determina que el paciente puede ser elegible para la participación en Medicaid, el Hospital notificará al paciente por escrito de dicho potencial de elegibilidad y solicitar que el paciente tome las medidas necesarias para inscribirse en tal programa. En tales circunstancias, el hospital se demorará la tramitación de la solicitud de asistencia financiera del paciente hasta que se complete la solicitud del paciente para Medicaid, presentado a la autoridad gubernamental necesaria, y se ha hecho una determinación. Si el paciente no presenta una solicitud dentro de los treinta (30) días siguientes a la petición del Hospital, el Hospital procesará la solicitud de asistencia financiera y la asistencia financiera completado, será negado debido al incumplimiento de los criterios de elegibilidad establecidos en.

B. Las solicitudes incompletas

Las solicitudes incompletas no serán procesadas por el Hospital. Si un paciente presenta una solicitud incompleta, el Hospital suspenderá las ECAs y proporcionar al paciente con el establecimiento de un aviso por escrito expone la información o documentación adicional necesaria para completar la solicitud. La notificación incluirá la información de contacto (número de teléfono, y la ubicación física de la oficina) de la ayuda financiera del paciente. El aviso proporcionará al paciente con al menos 14 días para proporcionar la información requerida; condición, sin embargo, que si el paciente presente una solicitud completada antes del final del periodo de aplicación, el Hospital aceptará y procesará la aplicación como completada.

C. Elegibilidad presunta

El Hospital se reserva el derecho de proporcionar asistencia financiera a pesar de que la solicitud no ha sido presentada por el cuidado aplicable y una aplicación de ayuda financiera anterior fue completado en los últimos 12 meses. Cuando esté disponible el Hospital utilizará aplicaciones de ayuda financiera anteriores que fueron completadas en los últimos 12 meses para determinar la ayuda prestada al paciente. Si se proporciona al paciente menos que el máximo nivel posible de asistencia financiera, el hospital:

- Notificar al paciente con respecto a las bases presuntas para la asistencia financiera;
- Notificar al paciente en cuanto a cómo solicitar más ayuda financiera potencialmente;
- Dar al paciente una cantidad razonable de tiempo para solicitar una ayuda más generosa antes de iniciar las

ECAs; y

- Si la persona que presente una solicitud completada en la búsqueda de asistencia financiera adicional durante un período más tarde de la solicitud o el tiempo de respuesta establecido en la notificación, proceso de la solicitud de acuerdo con esta política.

El Hospital se reserva el derecho de proporcionar asistencia financiera a pesar de que la solicitud no ha sido presentada y una aplicación de ayuda financiera anterior no fue completada en los últimos 12 meses, en cuyo caso se proporcionará al paciente el máximo nivel posible de asistencia financiera.

V. LAS ACCIONES DE COBRO

Los pacientes se les ofrecerá un resumen en términos sencillos de la política de asistencia financiera al ingresar en el hospital. Por otra parte, todos los estados de cuenta incluirán un aviso por escrito notable en cuanto a la disponibilidad de asistencia, incluyendo la identificación de la información de contacto en el que el paciente puede obtener más información y documentos relacionados con la asistencia financiera y página web donde pueden encontrarse dichos documentos.

El Hospital de sus representantes autorizados o remitir la factura de un paciente a una agencia de cobro de terceros o tomar alguna o todas de las siguientes acciones de cobro extraordinarias ("ECAs") en caso de falta de pago de las facturas pendientes:

- Presentación de informes a las agencias de crédito
- Demanda Legal
- Embargo de los salarios

El Hospital podrá remitir la factura de un paciente a una agencia de cobro de 90 días desde la fecha en que se proporcionó la primera factura por la atención al paciente. El hospital no se llevará a las ECAs en contra de un paciente o cualquier otra persona que haya aceptado la obligación de aceptar la responsabilidad financiera de un paciente a menos que y hasta que el Hospital ha hecho "esfuerzos razonables" para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera bajo esta política. El departamento de cuentas de los pacientes es responsable de determinar si el hospital ha llevado a cabo esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para la ayuda financiera.

A. Sin solicitud presentada

Si un paciente no ha presentado una solicitud de ayuda financiera, el Hospital ha tomado "esfuerzos razonables" con tal :

1. No hace falta ser ECAs contra el paciente durante al menos 120 días a partir de la fecha del Hospital proporciona al paciente la primera factura después del alta de la atención; y
2. Proporciona al menos treinta (30) días para el paciente que:
 - Notifica al paciente acerca de la disponibilidad de asistencia financiera;
 - Identifica la ECA (s) específica que el Hospital intento e inicio en contra del paciente, y

- Establece una fecha límite después del cual las ECAs puede ser iniciado que no antes de 30 días después de la fecha es el aviso se proporciona al paciente;
3. Proporciona un resumen en lenguaje claro de esta política con el mencionado aviso; y
 4. Hace un esfuerzo razonable para notificar por vía oral al paciente acerca de La posibilidad de disponer de la asistencia financiera al menos 30 días antes de iniciar las ECAs contra el paciente que describe cómo el individuo puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de ayuda financiera.
 5. Si el paciente se ha concedido la ayuda financiera basada en una determinación presunta elegibilidad, el Hospital ha proporcionado al paciente con la notificación requerida en esta política.

B. Las solicitudes incompletas

Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera incompleta durante el período de solicitud, "esfuerzos razonables" estarán satisfechos si el hospital:

1. Proporciona al paciente con esta información o documentación adicional necesaria para completar la solicitud de notificación por escrito. El aviso por escrito deberá incluir la información de contacto (número de teléfono, y la ubicación física de la oficina) del departamento del hospital que puede proporcionar una solicitud de asistencia financiera y ayuda con el proceso de solicitud. El aviso deberá proporcionar al paciente con al menos 14 días para proporcionar la información; y
2. Suspende las ECAs que se han tomado contra el paciente, en su caso, por no menos que el periodo de respuesta asignado en la convocatoria.

Si el paciente no presenta la información requerida dentro del período de tiempo asignado, las ECAs que pueda reanudarse , sin embargo, que si el paciente presenta la información solicitada durante el período de solicitud, el hospital debe suspender las ECAs y tomar una decisión sobre la solicitud.

C. Las solicitudes completadas

Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera completada, "esfuerzos razonables" se han hecho, si el hospital hace lo siguiente:

1. Suspende todas las ECAs tomadas contra el individuo, en su caso;
2. Hace una determinación en cuanto a la elegibilidad para asistencia financiera como se establece en la política de asistencia financiera; y
3. Proporciona al paciente con un aviso por escrito o bien (i) en el que la ayuda financiera a la que el paciente es elegible o (ii) negando la solicitud. El aviso debe incluir la base para la determinación.

Si el Hospital ha solicitado que el paciente aplique para Medicaid, el Hospital suspenderá cualquier ECAs que ha tomado en contra de la paciente hasta que la solicitud de Medicaid del paciente ha sido procesada o solicitud de asistencia financiera del paciente se niega debido al fallo de aplicación oportuna para la cobertura de Medicaid.

Si un paciente es elegible para la ayuda financiera distinta de atención gratuita, el hospital:

1. Proporcionar al paciente un proyecto de ley revisado que establece: (i) la cantidad que el paciente debe por atención recibida después de la asistencia financiera, (ii) cómo se determinó la cantidad revisada; y (iii) o bien la AGB para la atención recibida o instrucciones acerca de cómo el paciente puede obtener información sobre la AGB para
2. Proporcionar al paciente un reembolso por cualquier cantidad que el paciente ha pagado en exceso de la cantidad adeudada al Hospital (a menos que dicha cantidad es menor que \$5); y
3. Tomar medidas razonables para revertir las ECAs tomadas contra el paciente.

VI. CUIDADO DE EMERGENCIA MÉDICA

Tratamiento médico de emergencia se proporcionará sin tener en cuenta la capacidad de pago y sin tener en cuenta si el paciente califica para recibir asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera, Ver Política titulado "Transferencia y examen de emergencia (EMTALA)". El Hospital no tomará ninguna acción que pueda interferir con la prestación de tratamiento médico de emergencia, por ejemplo, al exigir el pago antes de recibir tratamiento para condiciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobro de deudas que interfieren con la prestación de atención médica de emergencia en el servicio de urgencias . tratamiento médico de emergencia se proporcionará de conformidad con las políticas del hospital de gobierno y la aplicación del Tratamiento Médico de Emergencia y Acto de Trabajo (Labor ACT).