Compass Health Network

Royal Oaks Hospital
Sección: *Manejo Financiero*

Fecha de Efectividad:	**9/1/2010**
Revisado:	**1/2/2024**
Revisión/Aprobación Comité:	**11/16/2023**

Asistencia Financiera para Pacientes – Hospital

POLITICA

El Hospital de Royal Oaks proveerá cuidado de caridad o asistencia financiera a aquellos pacientes que califiquen según los actuales Parámetros Federales de Pobreza del 300% publicados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de E.U. Cualquier paciente puede aplicar para obtener asistencia financiera para servicios médicamente necesarios y todas las aplicaciones serán consideradas al margen de raza, etnicidad, ingreso, sexo, preferencia religiosa, discapacidad o cualquier otra categoría. Cuidado de Caridad y/o descuentos en cargos hospitalarios serán calculados usando los siguientes parámetros:

- **Ingreso Familiar bajo el 200% de los Parámetros de Pobreza = 100% Caridad**
- **Ingreso Familiar entre 200-250% de los Parámetros de Pobreza = 75% Caridad**
- **Ingreso Familiar entre 251-300% de los Parámetros de Pobreza = 50% Caridad**
- **Cualquier candidad de los cargos de hospital que deba un paciente y exceda al 35% de su ingreso anual familiar será considerado caridad.**

Pacientes que puedan calificar para recibir cuidado de Caridad, o un descuento en las tarifas de hospital deben completar una Aplicación de Calificación para Asistencia Financiera (Muestra A) y deben presentar la documentación necesaria para corroborar el ingreso familiar de los últimos seis meses. No se requiere que el paciente haga esto antes de recibir servicios en el Hospital de Royal Oaks.

El hospital limitará las cantidades de cobro por cuidados médicamente necesarios a no más de las cantidades generalmente facturadas (AGB) a aquellos individuos que califican para asistencia financiera de acuerdo a la Política de Asistencia Financiera del hospital.

El AGB del hospital será calculado con el "método de visión retrospectiva", el cual implica el cálculo de proporción de las cantidades permitidas por las terceras partes pagadoras (Medicare, Medicaid, y seguros comerciales) vs. estas facturas son correspondientes a cargos, dentro de un período de tiempo especificado. El cálculo de AGB del hospital será actualizado anualmente dentro de los 120 días después de que termine el año fiscal, y usará los cargos del año fiscal anterior para basar tal cálculo. El hospital mantendrá un anexo fuera de esta política, el que actualizará los cálculos de AGB (via Muestra H).

AUTORIDAD/REFERENCIA

Parámetros de Servicios de Salud Humana

PROCEDIMIENTO

A. El hospital publicará letreros en su sala de espera principal y en su oficina de admisiones, en la cual notifica a sus pacientes y/o sus guardianes que asistencia financiera para servicios hospitalarios gratuítos o de costo reducidos están disponibles para aquellos que califican. Al momento de admisión para cuidados hospitalarios, el Personal de Admisiones del Hospital le informará a cada paciente la política de asistencia finaciera y será responsable de proveer la Aplicación para Calificación de Asistencia Financiera a aquellos

pacientes y/o guardianes que la soliciten. El período de aplicación comienza la fecha en que se da el alta y se extenderá por 365 días desde dicha fecha. El paciente tendrá derecho a solicitar esta aplicación en cualquier momento dentro del período anteriormente mencionado, y el que se le provean servicios no es dependiente de la completación de esta aplicación. Las aplicaciones llenadas sólo serán consideradas, depués de que todas las terceras-partes pagadoras hayan sido agotadas. Si el paciente no tiene Medicaid, pero calificaría, el/ella debe cooperar con el proceso de aplicación a Medicaid. Sólo si la aplicación de Medicaid es negada o el paciente es inadmisible, la Aplicación de Calificación para Asistencia Financiera será considerada. Sólo los balances de los pacientes serán considerados para caridad o asistencia de descuento. El balance a ser considerado es la cantidad por la cual no existe cobertura de terceras partes u otros fondos disponibles.

1. Si el hospital ha, previamente, negado una aplicación para caridad y/o descuento de cargos, y el ingreso del paciente y/o guardián cambia significativamente durante la existencia de un cargo pendiente por servicios de hospital, ellos podrán completar otra Aplicación de Calificación para Asistencia Financiera y someter nueva documentación para la re-evaluación. Cualquier pago hecho anteriormente hasta la fecha, será abonado a la cantidad total, y el hospital no reembolsará ninguno de esos pagos al paciente.
2. El hospital no otorgará cuidado de caridad y/o descuento por servicios de hospital si tal acción es considerarda una violación a la ley federal o estatal.

Definiciones de Elegibilidad

Las siguientes definiciones son pertinentes a elegibilidad.

Indigente

Una persona que es miembro de una unidad familiar (si es que aplica) cuyo ingreso cae dentro del porcentaje que se aplica según los parámetros federales de ingresos de pobreza actuales; y una persona que no califica para recibir beneficios de otras terceras-partes de fuentes de pago, incluyendo seguro privado, o un paciente que califica para recibir tales beneficios de pago de terceras-partes, pero tales beneficios no proveen compensación adecuada al costo de los servicios rendidos.

Cuidado de Caridad

Servicios de hospital que se proveen a un paciente indigente y el hospital ha pre-determinado que el paciente no tiene la habilidad o los recursos para pagar por el cuidado, y no hay opciones de pago por terceras partes. Servicios que son brindados como Cuidado de Caridad son "anulados" por el departamento de finanzas y cobros sin que éstos sean facturados y sin esperar pagos de ninguna fuente.

Area de servicio para el Hospital de Royal Oaks Hospital (primario & secundario)

El área primaria de servicio incluye los siguientes Condados de Missouri: *Henry, Johnson, Lafayette, Saline, Howard, Boone, Cooper, Pettis, Moniteau, Cole, Morgan, Miller, Camden, Hickory, Benton, Polk, St. Clair, Cedar, Vernon, Bates and Cass.* El área secundaria de servicio incluye todos los otros condados de Missouri.

Proveedores Cualificados

Todos los proveedores empleados y que se cobran a través del Hospital y/o Compass Health, participan en el Programa de Asistencia Financiera. Vea Muestra G para mayor información.

[illegible] Contractual[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible] el hospital esperaba pago y todas las posibilidades de pago han sido agotadas.

7. **Cuidados de Indigente con deuda morosa**
   Balance sin pago del paciente responsable y continua impago después de esfuerzos de colección en buena fe.

C. Parámetros de Eligibilidad

1. La elegibilidad está basada en residencia, ingreso y porte de la familia.
   a. **Residencia**
   El aplicante debe ser residente permanente del área de servicio primaria o secundaria del Hospital Royal Oak para tener elegibilidad para servicios con descuento.
      i. Si la persona es inmigrante, la persona debe tener un "Alien Resident Card" (Tarjeta de Residente Extranjero) o una "Tarjeta de Identificación de Ciudadano de los Estados Unidos"
   b. **Determinación de Ingreso**
   A los residentes con eligibilidad se les pedirá que muestren y documenten toda fuente de ingresos recibidos en la unidad familiar. Esto incluye a una pareja de no casados que esté aplicando para asistencia. Si el paciente y/o guardián no puede proveer documentación, personal, se recopilará la información que puedan presentar al Presidente del Hospital, CEO, CFO. Este individuo tendrá la autoridad para llegar a las conclusiones apropiadas basádose en lo que el paciente provea, y el personal presente y/o documentos en la aplicación de descuento se aceptará como verdadera.
      i. **Sin Ingreso -** Cuando el paciente dice no tener ingreso, tendrá que completar y firmar una declaración jurada, con un representante del hospital como testigo que de fe de las cantidades de ingreso. Esto puede llevarse a cabo usando el formulario de Certificación de Dirección de Ingreso.
      ii. **Fuentes de Ingreso** incluirá las últimas cuatro colillas de cheques, W-2 del previo año con los ingresos de todos los adultos que viven en el hogar. También incluirá acuerdos de pago, pagos de seguro social, pensión y pagos de jubilación, pagos de indemnización por compensación al trabajador, pagos de veteranos, pagos de pensión alimenticia para niños, pagos de pensión alimenticia, pagos de asistencia pública, ganancias en juegos de apuesta y lotería, y cualquier otro ingreso de otras fuentes que sea reportable.
      iii. **Cálculos de Ingresos**
         a. Si provee 3 meses de ingreso
            - Multiplique el ingreso total por 4 para calcular el ingreso anual
            O
         b. Si provee 12 meses de ingreso
            - Ingreso total listado será el ingreso anual
         c. Si es Trabajador independiente, todos los gastos de los últimos 3 meses completos.
            - Total de todos los ingresos de 3 meses
            - Substraer todos los gastos del ingreso
            - Multiplicar por 4 para llegar al ingreso anual
         d. Ultima colilla de cheque mostrando el ingreso del año a la fecha del día
            - Dividir YTD por el número de meses para obtener el promedio mensual
            - Multiplicar el número por 12 para calcular el ingreso anual

2. **Unidad Familiar**
Una familia son dos o más personas relacionadas por matrimonio, nacimiento, o adopción que residen juntos; todas estas personas relacionadas son consideradas miembros de una familia. Esto incluye una pareja no casada aplicando a tener asistencia si es que tienen hijos en común, un menor a quien el paciente o esposo(a) se le ha otorgado responsabilidad legal por una corte, cualquier persona designada como "dependiente" en la devolución de impuestos más reciente del paciente y/o guardián, cualquier estudiante en la familia de más de dieciocho años o, cualquier otro miembro de la familia dependiente en el ingreso familiar del paciente y/o guardián por más del cincuenta por ciento de asistencia y cualquier hijo(a) de un menor que sea responsabilidad absoluta o parcial del menor, quien es un miembro de la familia del paciente y/o guardián.

3. **Cálculo de Patrimonio Neto**
La habilidad de pago de un paciente puede no estar representada únicamente por la prueba de ingresos. La aplicación de eligibilidad para Asistencia financiera incluye preguntas que también evalúan el patrimonio neto del paciente y/o guardián y el potencial para buscar crédito disponible. Patrimonio Neto es definido como el valor de todas las posesiones menos cualquier deuda u obligaciones. Esto incluiría el avalúo de bienes raíces, capital en otros activos, acciones, bonos, depósitos a plazo, fondos de fideicomiso y líneas de crédito disponibles en bancos o tarjetas de crédito. Si el paciente y/o guardián tiene un patrimonio neto que excede diez veces el total de los cargos que debe al hospital, el Presidente del Hospital, CEO o CFO puede negar esa aplicación, incluso si el paciente y/o guardián cumple con el criterio de ingresos.

4. **Período de Elegibilidad**
Elegibilidad será limitada a un episodio de cuidado y será re-evaluada con cada admisión.

D. Circunstancias para la Aprobación Administrativa de Cuidado de Caridad o Descuento de los cargos Hospitalarios sin que el Paciente complete la Aplicación de Elegibilidad para Asistencia Financiera. Puede que haya ciertas circunstancias o condiciones por las cuales el Cuidado de Caridad o descuento por servicios de Hospital son aprobados por el presidente del Hospital, CEO o CFO sin que sea necesario que el paciente y/o guardián complete la Aplicación de Elegibilidad para Asistencia Financiera. A continuación podrá ver ejemplos de estas circunstancias:

1. Personas sin Hogar - Una persona sin hogar es definida como aquel individuo que no tiene vivienda y depende de caridad o asistencia pública. Estos individuos generalmente califican, incluso si no pueden proveer toda la documentación requerida para completar la aplicación.
2. Pacientes Difuntos – Un paciente que ha fallecido puede ser considerado para una caridad Administrativa de cancelacioón de deuda si es que no hay propiedades. En tales casos, el ingreso del paciente debe ser considerado cero.
3. Inmigrantes Ilegales – Individuos que no son capaces de proveer la documentación necesaria para probar ciudadanía de Estados Unidos. Generalmente, estos individuos tienesn recursos limitados o inexistentes para pagar por el cuidado médico.
4. Pacientes de Medicaid - Si un paciente califica para Medicaid, él/ella será considerado(a) apto para caridad sobre cualquier balance remanente después que Medicaid haya pagado y/o los límites de beneficios se hayan alcanzado.

E. Evaluación, Aprobación y Notificación

2. Aplicaciones completas y documentación adicional sometida por el paciente y/o guardián debe ser enviada a la Oficina de Cobros.
3. El personal de la Oficina de Cobros revisará la aplicación y documentación adicional para asegurarse que esté completa. Si la aplicación no está completa o el paciente y/o guardián ha fallado en proveer la documentación adicional requerida, el Director de Cuentas de Pacientes enviará una carta con fecha estampada (ejemplo, vea Muestra E), la que claramente explica qué se necesita para completar la aplicación. Esta carta también proveerá la opción para que el paciente y/o guardián vayan al hopital para recibir ayuda de la Oficina Comercial para completar la aplicación. Una copia de esta carta será guardada en el archivo de cuentas de finanzas y/o será escaneada como un anexo a los archivos electrónicos de cobranzas.
4. A los pacientes y/o Guardianes se les otrorgará sesenta (60) días desde la fecha de la carta para poder cumplir con los requerimientos y completar la aplicación y/o proveer la documentación anexa. Durante esta período de tiempo, la Oficina de Cobranzas suspenderá los cobros por cualquier balance moroso del paciente. Si es que el paciente y/o guardián no somete la aplicación completa y/o la documentación anexa dentro del período de sesenta días, los cobros por el balance se reanudarán.
5. Si una aplicación permanece incompleta por un período de seis meses, ésta será considerada expirada, y el paciente y/o guardián tendrán que someter una nueva aplicación y documentación anexa actualizada.
6. Una vez que la aplicación está totalmete completa por el paciente y/o guardián, el personal de la Oficina de Cobranzas se la presentará al CEO del Hospital y al Supervisor COO de la Oficina de Cobranzas para su aprobación. Un reporte mensual de los cuidados de caridad es revisado por el CEO y COO del Hospital.
7. El personal de la Oficina de Cobranzas enviará una carta al paciente y/o guardián notificándoles la decisión. (Aprobación o Negación) Ejempos de estas cartas están anexados como Muestras C y D). Una copia de esta carta será guardada en el archivo de Cuentas y Finanzas del Paciente y/o escaneada como un anexo a los archivos electrónicos de cobro.
8. El personal de la Oficina de Cobros publicará la cantidad de caridad aprobada o la cantidad de descuento en el sistema de Créditos/Cobros de las Cuentas de Hospital.

F. Esfuerzos de Colección

1. Las funciones de cobros y colecciones de Royal Oaks son conducidas por su compañía matriz, Compass Health, Inc. Políticas de esfuerzos de colección de pacientes FAP son inclusivas bajo la política de Cuentas y Créditos de Compass Health. Esta política está disponible si es solicitada.

G. Actualizaciones de la Política

1. Esta política debe ser actualizada en forma anual para reflejar los cambios en lo siguiente:
   a. Cambios Anunciados en los Parámetros Federales de Pobreza
   b. La capacidad Financiera del Hospital para proveer cuidado de Caridad
   c. Cambios en las Regulaciones Estatales y Federales
2. Será responsabilidad del CFO del Hospital el revisar e implementar cambios en esta política en forma anual y asegurar que el personal del Hospital se adhiera a las políticas actualizadas.

Anexos:

1. Exhibit A - Financial Aid Application
2. Exhibit B - Financial Aid Calculator
3. Exhibit C - Financial Assistance Approval Letter
4. Exhibit D - Patient Responsibility Letter
5. Exhibit E - FAP Outreach Letter Example
6. Exhibit F - Collection-ECA Warning Letter
7. Exhibit G - Excluded Provider Listing
8. Exhibit H - AGB Calculation