

ANTELOPE MEMORIAL HOSPITAL
PÓLIZA DE ASISTENCIA FINANCIERA

PROPÓSITO

El propósito de esta póliza de asistencia financiera es expandir la misión caritativa de Antelope Memorial Hospital (el "Hospital") al proveer personas con desventajas financieras y otras pacientes calificados con una opción para aplicar y recibir atención médica gratuita, consistente con los requerimientos del Código de Ingresos Internos e implementando sus reglamentos.

I. CRITERIO DE ELEGIBILIDAD

La siguientes clases de personas y categorías de atención médica son elegibles para asistencia financiera bajo esta política de asistencia.

A. Financieramente Indigente

Para ser "financieramente indigente," usted no debe tener seguro y tener un ingreso personal igual o menor al 125% del Nivel de Pobreza Federal. Las siguientes definiciones aplican para ese criterio de elegibilidad:

"Sin Seguro": Un paciente que (i) no tiene seguro de salud o cobertura bajo un programa de atención médica gubernamental, y (ii) no es elegible para otra forma de pago como compensación al trabajador o reclamos contra otros como resultado de un accidente.

"Con Seguro Insuficiente": Un paciente que (i) tiene una cobertura de seguro limitada y que no provee cobertura para servicios de hospital u otros servicios médicos necesarios proporcionados por el Hospital, (ii) ha excedido la máxima cantidad de responsabilidad bajo su cobertura de seguro; o (iii) tiene un deducible bajo el contrato del seguro del paciente.

"Ingresos": El ingreso total de todos los miembros de familia que viven en el hogar del paciente durante los doce (12) meses previos a la aplicación de asistencia financiera bajo esta política de asistencia.

"Valor Neto": Valor neto de bienes (bienes (excluyendo el valor de la residencia primaria) -- deudas (excluyendo deudas del hospital) de todos los miembros viviendo en el hogar del paciente.

B. Fallo de Aplicación por Medicaid

Pacientes que pueden calificar para Medicaid y que no aplican por Medicaid dentro de treinta (30) días después de que el Hospital lo requiere, no serán considerados elegibles para una asistencia financiera bajo esta política de asistencia.

C. Categorías de Asistencia Médica Elegibles para Asistencia Financiera

Mientras el paciente califique como financieramente indigente, las siguientes clases de servicio médico serán elegibles para una asistencia financiera bajo esta política de asistencia.

- Asistencia médica de emergencia
- Asistencia médica necesaria, la cual es definida, para propósitos de esta póliza, como el cuidado que es médicamente necesario de acuerdo con el diagnóstico del médico que lo ha atendido.

Independientemente del estado del paciente como Financieramente Indigente, procedimientos cosméticos no son elegibles para una asistencia financiera bajo esta política de asistencia.

II. Proveedores Cubiertos

Asistencia médica proporcionada por el Hospital y médicos empleados por el Hospital y practicantes en las localidades de AMH Family Practice en Neligh, Clearwater, Elgin, Tilden, y Orchard (Orchard Medical Clinic) son cubiertos por esta póliza de asistencia financiera.

Asistencia médica proporcionada por médicos de la comunidad y otros proveedores independientes de servicios no son sujetos a esta póliza de asistencia financiera. Pacientes pueden contactar a estos proveedores para determinar si el servicio es elegible para asistencia financiera.

Pacientes pueden obtener una lista actualizada de proveedores, quienes están y no están bajo esta póliza, sin cargos visitando la oficina del consejero financiero del paciente localizado cerca de la oficina de negocios en Antelope Memorial Hospital, llamando al 402-887-6286 o visitando www.amhne.org/pages/FinancialAssistance/index.html.

III. Limitaciones en los Cargos & Cálculos de la Cantidad Debida

Pacientes que son elegibles para una asistencia financiera bajo esta póliza de asistencia no se les cobrará por servicios cubiertos por esta póliza de asistencia en una cantidad mayor que las Cantidades de Cobro General que el Hospital cobra a personas que tienen seguro de salud cubriendo esos servicios. Descuentos otorgados a pacientes elegibles bajo esta política serán tomados de los cargos brutos.

A. Cálculo de las Cantidades de Cobro General

Las "Cantidades de Cobro General" o "CCG" es la cantidad que el Hospital generalmente cobra a los pacientes asegurados. El Hospital utiliza el método prospectivo para establecer el CCG. De esta manera, el CCG es igual a la cantidad que Medicare permitiría para el servicio que es proporcionado si el paciente fuera un beneficiado de un cobro-por-servicio de Medicare, incluyendo todos los deducibles y copago.

B. Cantidad de Asistencia Financiera/Descuento

Pacientes quienes califican para una asistencia financiera como Financieramente Indigente son elegibles para asistencia financiera basado en una política de todo o nada. Esto es, pacientes que califican para asistencia financiera recibirán un descuento del 100 por ciento.

IV. Proceso de Aplicación y Determinación

Pacientes quienes creen que pueden calificar para una asistencia financiera bajo esta póliza serán requeridos a enviar una aplicación en el formulario de aplicación de asistencia financiera del Hospital durante el Periodo de Aplicación. Aplicaciones completadas deben de ser retornadas a Patient Financial Counselor, Antelope Memorial Hospital, PO Box 229, Neligh, NE 68756 o entregadas al asesor financiero ubicado cerca de la Oficina de Negocios de Antelope Memorial Hospital.

Para el propósito de esta póliza, el "Periodo de Aplicación" empieza el día en que el servicio es proporcionado al paciente y termina en la fecha posterior a (i) el día 240 después de la fecha en que al paciente (sea paciente interno o externo) se le ha entregado su estado de cuenta después de ser dado de alta O (ii) no menos de 30 días después de la fecha que el paciente entregue el aviso para empezar acciones extraordinarias de colección ("ECAs," por sus siglas en inglés).

Pacientes pueden obtener una copia de esta póliza, un resumen de esta póliza, y una aplicación para asistencia financiera gratuita (i) por correo al llamar al 402-887-6286, (ii) por correo electrónico (a elección del paciente) al mandar un correo electrónico a patientfinancialcounselor@amhne.org, (iii) de cargándolo desde www.amhne.org/pages/FinancialAssistance/index.html, o (iv) en persona en (a) la sala de emergencias, (b) cualquiera area de admisión, o (c) la oficina del consejero financiero del paciente localizado cerca de la oficina de negocios del hospital.

A. Aplicaciones completas

Después de recibir la aplicaciones, el Hospital suspenderá cualquier ECA en contra del paciente y procesará, revisará y hará una determinación en base a la aplicación de asistencia financiera entregada durante el Periodo de Aplicación descrito en este documento. El Hospital puede, en su propia discreción, aceptar aplicaciones financieras completas entregadas después del Periodo de Aplicación.

Determinación de elegibilidad para asistencia financiera debe de ser hecha por la(s) siguiente(s) persona(s):

Descuento Potencial

\$0.00 & más

Autoridad de Aprobación

Administrador del Hospital

A menos que el proceso sea atrasado de acuerdo a este documento, la determinación será hecha dentro de un plazo de treinta (30) días de la entrega de una aplicación que haya sido completada a tiempo. Los pacientes serán notificados de la determinación del Hospital de acuerdo a las provisiones de Colección y Cobro de este documento.

Para ser considerada "completa" una aplicación de asistencia financiera debe proveer toda la información requerida en el formulario y con la instrucciones del formulario.

El Hospital no considerara una aplicación incompleta o negará asistencia financiera basada en el fallo de proveer información que no fue requerida en la aplicación o en las instrucciones. El Hospital puede tomar en cuenta en su determinación (y en determinar si la aplicación del paciente es completa) información entregada por el, fuera de la aplicación.

Para preguntas y/o asistencia llenando una aplicación de asistencia financiera, el paciente puede contactar al asesor financiero ubicado cerca de la oficina de negocios del hospital, enviar un mensaje de correo electrónico a patientfinancialcounselor@amhne.org, o llamar al 402-887-6286.

Si el paciente entrega una aplicación financiera completa durante el Periodo de Aplicación y el Hospital determina que el paciente puede ser elegible para participar en Medicaid, el Hospital le notificara al paciente por escrito de esa potencial elegibilidad y requerirá que el paciente siga los pasos necesarios para entrar en ese programa. En esas circunstancias, el Hospital retrasara el proceso de la aplicación financiera del paciente hasta que la aplicación del paciente para Medicaid sea completada, entregada a la apropiada autoridad gubernamental, y una determinación haya sido hecha. Si el paciente falla en entregar una aplicación dentro de treinta (30) días de la petición hecha por el Hospital, el Hospital procesará la aplicación financiera completada y la asistencia financiera será negada debido al incumplimiento de los criterios de elegibilidad de este documento.

B. Aplicaciones Incompletas

Aplicaciones incompletas no serán procesadas por el Hospital. Si un paciente entrega una aplicación incompleta, el Hospital suspenderá las ECAs y proveerá al paciente con un aviso escrito describiendo la información o documentación requerida para completar la aplicación. El aviso escrito incluirá la información de contacto (número de teléfono, y ubicación física de la oficina) de asistencia financiera al paciente. Este aviso proveerá al paciente con al menos quince (15) días para proveer la información requerida; sin embargo, si el paciente entrega la aplicación completa antes del fin del Periodo de Aplicación, el Hospital aceptará y procesará la aplicación como completa.

C. Presunta Elegibilidad

El Hospital se reserva el derecho de proveer asistencia financiera, incluso si una aplicación no ha sido enviada, tomando en consideración información de una tercera persona o investigación independiente (tal como indigencia, elegibilidad para asistencia local o del estado, aplicaciones

anteriores para asistencia financiera, etc.), y en ese caso, el paciente será proveído con el nivel máximo posible de asistencia financiera.

V. Acciones de Colección

A los pacientes se les entregará un resumen de la póliza de asistencia cuando sean admitidos al Hospital. Adicionalmente, todos los estados de cuentas incluirán avisos escritos acerca de la disponibilidad de la asistencia, incluyendo la información de contacto identificando donde el paciente puede obtener más información y documentos de asistencia financiera y la página web donde esos documentos pueden ser encontrados.

El Hospital o su representante autorizado puede referir una cuenta del paciente a una agencia de colección o tomar una de las siguientes ECAs en el caso de que las cuentas no hayan sido pagadas:

- Reportar a las agencias de crédito
- Juicio
- Vender la cuenta a terceros
- Embargo de salarios

El Hospital puede referir una cuenta a una agencia de colección diez (10) días después de la fecha en la primera factura por servicios que se le entregó al paciente. El Hospital no tomará ECAs contra el paciente o cualquier otro individuo que ha aceptado o es requerido de aceptar responsabilidad financiera por un paciente a no ser y hasta que el Hospital haya hecho "esfuerzos razonables" para determinar si el paciente es elegible para una asistencia financiera bajo esta póliza de asistencia. El Administrador del Hospital será responsable de determinar si el Hospital ha hecho esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para asistencia financiera.

A. Aplicación no entregada

Si un paciente no ha entregado una aplicación de asistencia financiera, el Hospital ha hecho "esfuerzos razonables" con tal que:

1. No tome ECAs contra el paciente por al menos 120 días desde la fecha cuando el Hospital entregue al paciente su primera factura después de ser dado de alta; y
2. Otorgue al menos treinta (30) días de aviso al paciente.
 - a. Notificando al paciente de la disponibilidad de la asistencia financiera;
 - b. Identificando específicamente el/los ECA(s) que el Hospital intenta iniciar contra el paciente; y
 - c. Estableciendo una fecha límite después de la cual ECAs puedan ser iniciadas que no sean antes de 30 días después de la fecha en que el aviso es entregado al paciente.
3. Provea un resumen de la política de asistencia financiera con el aviso; y

4. Haga esfuerzos razonables para notificar oralmente al paciente de la disponibilidad de asistencia financiera por lo menos treinta (30) días antes de iniciar ECAs en contra del paciente describiendo como las personas pueden obtener asistencia con el proceso de aplicación de asistencia financiera.
5. Si el paciente ha sido otorgado asistencia financiera en base a una determinación de presunta elegibilidad, el Hospital ha entregado al paciente con el aviso requerido en la política de asistencia financiera.

B. Aplicaciones incompletas

Si el paciente entrega una aplicación de asistencia incompleta durante el Periodo de Aplicación, "esfuerzos razonables" han sido satisfechos si el Hospital:

1. Provee al paciente con un aviso escrito describiendo la información o documentación adicional requerida para completar la aplicación. El aviso escrito debe incluir la información de contacto (número de teléfono, y ubicación física de la oficina) del departamento del Hospital que provee la aplicación de asistencia financiera y asistencia con el proceso de aplicación. Este aviso debe de proveer al paciente con al menos quince (15) días para proveer la información requerida; y
2. Suspende ECAs que han sido empezadas en contra del paciente, por no menos del periodo de respuesta indicado en el aviso; siempre y cuando, sin embargo, si el paciente entrega la información requerida durante el Proceso de Aplicación, el Hospital debe suspender ECAs y hacer una determinación de la aplicación.

Si el paciente falla en enviar la información requerida dentro del tiempo proveído, ECAs pueden continuar; sin embargo, si el paciente envía la información requerida durante el periodo de aplicación, el hospital deberá suspender ECAs y determinar la aplicación.

C. Aplicaciones Completas

Si el paciente entrega una aplicación de asistencia financiera completa, "esfuerzos razonables" ha habrán sido hechos si el Hospital toma una de las siguientes acciones:

1. Suspende todas las ECAs tomadas en contra de la persona, si alguna ha sido tomada;
2. Hace una determinación acerca de la elegibilidad para la asistencia financiera descrita en la política de asistencia financiera; y
3. Provee al paciente con un aviso escrito (i) describiendo la asistencia financiera para la que el paciente es elegible o (ii) negando la aplicación. El aviso debe incluir el motivo de la determinación.

Si el Hospital ha requerido que el paciente aplique a Medicaid, el Hospital suspenderá todas las ECAs que ha tomado en contra del paciente hasta que la aplicación de Medicaid del paciente haya sido procesada o que la aplicación de asistencia financiera del paciente ha sido negada debido a el fallo de aplicar en los plazos determinados para cobertura de Medicaid.

VI. Servicios Médicos de Emergencia

Tratamiento de emergencia será proporcionado sin tener en cuenta la capacidad de pago e independientemente de si el paciente califica para asistencia financiera bajo la política de asistencia financiera, vea *Policy #6010-320*. El Hospital no tomara ninguna acción que interfiera con el tratamiento médico de emergencia, por ejemplo, demandando pago antes de recibir tratamiento por una condición médica de emergencia o permitiendo que actividades de colección de deudas interfieran con el tratamiento médico de emergencia en el departamento médico. Tratamiento médico de emergencia será otorgado de acuerdo a la política del Hospital que gobierna e implementa el "Emergency Medical Treatment and Active Labor Act".

Política aprobada el 29/11/2016