



Department: Patient Accounts

Date: 10/2020

Policy ID #: PA-0012-S

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/CARIDAD PARA EL PACIENTE

PROPOSITO

El propósito de esta Póliza es de avanzar la misión de caridad de Columbus Community Hospital (CCH) al proveerle una forma de aplicar y recibir servicios de salud gratuitos o con descuento consistentes con los requisitos del Código de Ingresos Internacional e implementando los reglamentos de §501® a pacientes financieramente desafortunados y otros pacientes que califiquen. La Póliza de Asistencia Financiera de CCH refleja la misión, visión, y valores de CCH. Tiene como intención asistir individuos de bajos recursos, sin cobertura de seguro de salud, y con un seguro de salud de baja cobertura cuyo estatus financiero, bajo el criterio de calificación del hospital, demuestre que sea impráctico o imposible que paguen por servicios de salud necesarios y de emergencia. Esta póliza provee un sistema justo y comprensivo de distribución de servicios de salud gratis o con descuento dentro de los recursos disponibles de CCH a pacientes pobres y desafortunados financieramente.

Esta Póliza Trata de:

- Criterio de calificación para asistencia financiera;
- Hasta que punto de cuidado gratuito y de descuento incluye la asistencia financiera;
- La base de cantidad de cobros a los pacientes elegibles;
- El método para aplicar para asistencia;
- Las acciones a tomar del CCH en el evento de la falta de pagos; y
- Medidas para publicar ampliamente la Póliza.

Al aplicar esta Póliza el CCH reconoce el derecho del individuo a recibir servicios de salud de alta calidad sin importar la edad, género, raza, incapacidad, origen natal, estado civil, orientación sexual, creencias personales o su habilidad de pagar.

CCH tiene una responsabilidad fiduciaria de cobrar por los servicios prestados a las personas que pueden pagar. La asistencia financiera no se considera como sustituto de la responsabilidad personal, y toda la asistencia financiera es sujeta a ser aprobada por la gerencia de CCH. Se espera que los pacientes contribuyan al costo de sus servicios de salud basado en su habilidad individual de pagar.

DEFINICIONES

Cantidad Generalmente Cobrada o CGC- significa cobros brutos multiplicados por el porcentaje de CGC.

Porcentaje de CGC – CCH utiliza el método de mirar-atrás para establecer su CGC y el porcentaje de CGC. El CGC es el cobro bruto multiplicado por el porcentaje de CGC. Los pacientes pueden obtener el porcentaje de CGC actual del CCH y una descripción del cálculo por escrito gratuito al visitar el Departamento de Cuentas de Pacientes en el CCH que está localizado en el hospital junto al Área de Registro Principal, o al llamar al 402-5623159 o al visitar la página web columbushosp.org. CCH calcula su CGC anualmente. El porcentaje CGC será implementado dentro de 120 días de cada período de 12 meses utilizado por el CCH para calcular el porcentaje de CGC

Período de Aplicación- El período durante el cual CCH debe aceptar y procesar una aplicación para asistencia financiera bajo esta póliza para así haber hecho “esfuerzos razonables” para determinar si el paciente es un individuo que califica para la asistencia bajo esta póliza. El periodo de aplicación comienza en la fecha en la cual el servicio fue prestado al individuo y termina en la parte final de los (i) 240 días después de que CCH presente al

Individuo con la primera receta de servicio después de haber sido dado de alta o (ii) no menos de 30 días después de que CCH le entregue al paciente el requisito del cobro final antes de comenzar la Acción Extraordinaria de Colección de Deudas (“AECD”).

Acción Extraordinaria de Colección de Deudas (AECD) – Acciones tomadas por CCH contra el paciente o cualquier otro individuo que ha aceptado o es requerido a aceptar la responsabilidad de los cobros del paciente que envuelva (i) un proceso legal o judicial; (ii) venderle la deuda de algún individuo a terceros; o (iii) reportar información adversa acerca del individuo a la agencia de crédito.

Indigente Financiero – Se refiere a esos pacientes que están sin cobertura de seguro de salud o con baja cobertura de seguro de salud y que tengan un ingreso familiar que sea igual o menos del 200% de las guías de pobreza federales.

Cobros Brutos (o la Taza de Aranceles) –El precio completo, establecido por servicios médicos que se le cobra a los pacientes consistentemente y uniformemente antes de añadir cualquier designación contractual, descuentos, o deducciones.

Ingreso Familiar- Significa el ingreso total de todos los miembros que residen en la vivienda del individuo desde hace doce (12) meses de haber aplicado para asistencia bajo esta Póliza.

- Incluye ganancias, compensación de desempleo, compensación al trabajador, Seguro Social, Ingreso de Suplemento de Seguro, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios a sobrevivientes, pensión o ingreso de retiro, intereses, dividendos, renta, derechos de autor, ingreso de patrimonio, fondos de inversión, asistencia para la educación, pensión, manutención infantil, asistencia fuera del hogar, y otros recursos diversos.
- Los beneficios que no sean en efectivo (como las estampillas alimenticias y la subvención de viviendas) no cuentan.

Medicamento Indigente- Se refiere a personas la cuales CCH ha determinado como incapaces de pagar parte de o toda su cuenta médica porque el total de la cantidad debida al CCH excede el treinta (30%) de su Ingreso Familiar (por ejemplo, por causa de costos o condiciones catastróficas) aunque tengan el ingreso que de otro modo exceda la Guía Federal de Pobreza que el utilice CCH para otorgar servicios gratis o al descuento bajo esta Póliza.

Pacientes sin Seguro de Salud- un paciente que no tiene cobertura de seguro de salud o cobertura bajo programas gubernamentales, y no es elegible para ningún otro pago de terceros como compensación al trabajador o reclamos hacia otros con respecto a algún accidente.

Pacientes con Poca Cobertura- Un paciente que tenga algún nivel de cobertura de seguro de salud o asistencia de terceros pero todavía tiene gastos extras que excedan sus habilidades financieras.

POLIZA

1. Esta Poliza incluye todos los servicios médicos necesarios prestados por CCH, sin tener en cuenta el sitio. Cualquiera de los servicios que hayan sido estimados medicamente no necesarios o de naturaleza cosmética no califican para la asistencia financiera. La Asistencia Financiera puede incluir cuentas de pacientes asegurados que incluyan deducibles, co-pagos, co-seguro de salud u otros tipos de cobros que sean la responsabilidad del paciente.
2. Los servicios proveídos por CCH y por los médicos y practicantes empleados por CCH estan cubiertos bajo esta Póliza. Los servicios proveídos por médicos independientes de la comunidad y otros proveedores de servicios independientes no son sujetos a esta Póliza. Los pacientes deben contactar estos proveedores para determinar si los servicios califican para ayuda financiera. Los pacientes pueden obtener una lista de cuales proveedores son y no son sujetos a esta Póliza gratuitamente al visitar el Departamento de Cuentas de Pacientes en el hospital, al llamar al (402) 562-3159, o al visitar la página web www.columbushosp.org; haga click en el área de

For Patient & Visitor, Patient Financial Information, Financial Assistance/Charity Program. También

puede entrar vía el enlace directo;

https://www.columbushosp.org/for_patients_visitors/patient_financial_information/discount_charity_care_programs.aspx

3. Asistencia financiera bajo esta Póliza es un recurso de última instancia. Se proporciona asistencia financiera a los pacientes que demuestran incapacidad para pagar a lo contrario de los pacientes con deudas incobrables, las cuales son resultado de la falta de voluntad para pagar. En ningún caso será requerido que el paciente o persona responsable aplique para asistencia financiera en contra de su derecho a la libre determinación.
4. Los pacientes que no tomen las medidas razonables para aplicar para Medicare Parte A, Medicaid y otros programas de asistencia médica gubernamental en el que pueden tener derecho a participar, de manera oportuna conforme a lo solicitado por CCH no se consideraran elegibles para asistencia bajo esta Póliza por el fracaso de haber cumplido con los términos y condiciones de esta Póliza.
5. La ayuda financiera, la cual puede incluir el 100% de descuento o un descuento parcial como se establece en el presente documento, se puede extender a Indigente Financiero o Medicamento Indigente. Con la excepción de los pacientes que están aplicando para asistencia como Medicamento Indigentes, los descuentos se basan en los Niveles Federales de Pobreza emitidos por el Gobierno Federal. Los descuentos se indexan automáticamente a los Niveles de Pobreza Federal y nuestra lista de tarifas de deslizamiento sin la aprobación previa de la Junta de Síndicos.

Según Ingresos

FPL	100%	138%	150%	175%	200%
Descuento	100%	100%	90%	80%	70%

Los descuentos se aplican a los cobros brutos. Si un paciente califica como Medicamento Indigente, el paciente será responsable de pagar el 30% de la cual sea mayor cantidad entre el Ingreso Familiar y el Ingreso Total del cobro pendiente de la cuenta del CCH. El cobro al paciente es menos del CGC basado en los descuentos Financieros y de Caridad del CCH.

6. Jamás y bajo ninguna circunstancia se le cobrará más del CGC a un paciente que califique para ayuda financiera para servicios de emergencia o necesarios medicamento. De ese mismo modo, ningún paciente que califica para asistencia financiera bajo esta Póliza, será personalmente responsable de Cobros Brutos de cualquier servicio proveído al paciente. Un paciente que califique para recibir asistencia financiera para servicios de emergencia o medicamento necesarios bajo esta Póliza debe recibir, como mínimo, el descuento necesario para alcanzar el CGC. En el evento de que el descuento otorgado bajo esta Póliza a los individuos que califiquen para recibir asistencia financiera resulte en una responsabilidad personal mayor que el CGC, el descuento proveído para cubrir servicios de emergencia o medicamento necesarios se ajustara para que de ese modo el paciente no sea responsable por una cantidad mayor al GCG.
7. **Asistencia Financiera Implicada o Presunta-** CCH reserva el derecho de otorgar asistencia financiera implicada o presunta aunque una aplicación de asistencia financiera no haya sido entregada o llenada completamente, en dado caso, el paciente será considerado a calificar por un descuento del 100% bajo esta Póliza. La calificación presunta puede ser determinada en ciertas situaciones, y basada en la aprobación del Director de Servicios Financieros a Pacientes y/o el VP de Finanzas, a base de circunstancias de vida individuales la cuales pueden incluir:
 - Transeúntes, vagabundos o que hayan recibido servicios de clínicas para vagabundos, o personas no identificadas;
 - Elegibilidad para programas financiados de otro estado o locales (v. g., Medicaid reducción de gastos);
 - Víctimas de Crímenes- cargos cobrados después de que el estado de cuentas federales hayan sido pagadas o liquidadas; o

- El paciente ha fallecido sin ningún patrimonio ni persona responsable que se conozca.
8. **Explicación de Elegibilidad-** Una vez que se le haya aprobado la asistencia financiera, la determinación es efectiva para cualquier cuenta de paciente pendiente de todos los servicios cubiertos por esta póliza. CCH puede extender la determinación de asistencia financiera hasta 3 meses, usando la última aplicación para el Programa de Asistencia Financiera del paciente, mientras tanto el ingreso familiar se haya mantenido consistente y no hayan habido cambios en su estado civil o financiero. Si, basada en la previa determinación, el paciente se le otorga menos de servicios gratuitos, el CCH:
 - Notificará al paciente con respecto a la base para asistencia financiera presunta;
 - Notificará al paciente de cómo aplicar para una asistencia financiera de mayor descuento;
 - Dará al paciente una cantidad de tiempo razonable para aplicar para una asistencia financiera más generosa antes de iniciar alguna AECD; y
 - Procesará la aplicación de acuerdo a esta Póliza si el individuo entrega una aplicación llena con el fin de asistencia financiera adicional durante la última parte del Período de Aplicación o durante el período de respuesta indicado en la notificación.
 9. **Descalificación de Asistencia Financiera-** Un paciente se considerará no elegible para asistencia financiera bajo esta Póliza (aunque la elegibilidad se haya determinado inicialmente) por las siguientes razones:
 - a. Información falsificada. La asistencia financiera se le Negará al paciente si el paciente o la persona responsable nos entrega información falsa.
 - b. Liquidaciones de Terceros. La asistencia financiera será negada si el paciente recibe alguna liquidación financiera de terceros asociada con los servicios recibidos en el CCH. Se espera del paciente que utilice la liquidación para saldar cualquier cuenta pendiente. Después de que tales cantidades hayan sido aplicadas, y si resta algún balance, el paciente será considerado para asistencia financiera basado en la aplicación entregada con respecto a esta Póliza.
 10. Los pacientes pueden pedir una copia de esta Póliza y o una aplicación para asistencia financiera de las oficinas de Admisión (empleados del área de registro) o la Oficina de Negocios (empleados de Cuentas de los Pacientes) en persona, por teléfono, o en línea por correo electrónico. Nuestra dirección: Columbus Community Hospital, Departamento de Cuentas para Pacientes, 4600 Calle 38, Columbus, NE 68601. Esta información se les será mandada gratuitamente. También hay copias disponibles en el Departamento de Trabajadoras Sociales y Gerentes de Casos.
 - a. Departamento de Cuentas de Pacientes – 402-562-3159.
 - b. Oficina de Negocios y Cuentas de Pacientes en línea – patientaccounts@columbushosp.org
 - c. Número Principal de CCH– 402-564-7118
 - d. Trabajadoras Sociales – 402-562-4499
 - e. Gerentes de Casos– 402-562-4626
 11. Se les requiere a los individuos que opinen que califican para asistencia financiera bajo esta Póliza o que hayan pedido asistencia financiera entregar la aplicación del CCH durante el Período de Aplicación. Las aplicaciones llenas deben de ser entregadas al Departamento de Cuentas o al Área de Admisión (Registración) quienes se la mandaran al departamento de Cuentas de Pacientes.
 12. Es la responsabilidad de la persona aplicando proveer prueba de ingreso familiar y/o Ingreso Total y cualquier otra información que se pide en la aplicación; y sin embargo no se negará la asistencia financiera por falta a proporcionar información que no sea solicitada en la aplicación de asistencia financiera.
 13. La falta de proporcionar toda la información solicitada en la aplicación de asistencia financiera de CCH será considerada como una aplicación incompleta; y sin embargo al paciente se le debe otorgar una oportunidad para el seguimiento de una aplicación incompleta como es descrito a seguir.

14. Bajo ninguna circunstancia CCH (ni terceros autorizados) utilizarán los AECD en contra de un paciente o individuo legalmente u de otro modo responsable del pago de las facturas del hospital del paciente en menos de 120 días de la fecha en la que CCH le entregó al paciente la primera factura de servicios después de haberlo dado de alta. CCH no utilizará ningún AECD contra un paciente ni individuo legalmente u de otro modo responsable del pago de las facturas del hospital hasta que se hayan hecho esfuerzos razonables para determinar si el paciente es un individuo que califica para asistencia bajo esta Póliza como esta descrito a seguir. Aunque no sea una AECD, CCH puede referir la cuenta de un paciente a una agencia de colección en cualquier momento.

15. CCH tomará las siguientes acciones para hacer esfuerzos razonables que determinen si un paciente califica para asistencia bajo esta Póliza:

a. CCH le notificará a los pacientes de la asistencia financiera disponible bajo esta Póliza al:

- i. Ofrecerles un resumen en palabras simples de esta Póliza y ofrecerles una aplicación de asistencia financiera en el momento más pronto posible al paciente y antes de darlo de alta;
- ii. Incluir en todas las facturas de cobros una nota con respecto a la disponibilidad de asistencia, incluyendo la información de contacto identificando donde el paciente puede obtener mas información y documentos relacionados con la asistencia financiera y la página web donde se pueden encontrar dichos documentos. iii. Esperar por lo menos 30 días antes, pero no antes de 90 días después de la primera factura después de haberlo dado de alta para iniciar una AECD, entregándole al individuo una notificación escrita informando al individuo (i) de la disponibilidad de asistencia financiera, incluyendo el suministro de un resumen en palabras simples de la Póliza, (ii) de las AECD que puedan ser tomadas por el CCH (o terceros autorizados) si el individuo no entrega una aplicación ni paga la cantidad debida para la fecha indicada la cual no es en menos de treinta (30) días de la fecha de la notificación; y
- iv. Por lo menos treinta (30) días antes de negociar una AECD contra el paciente hacer un esfuerzo razonable para notificarle oralmente al individuo acerca de la disponibilidad de asistencia financiera y como el individuo puede obtener asistencia con el proceso para aplicar.

b. Si un individuo entrega una aplicación incompleta durante el Período de Aplicación, CCH:

- i. Suspenderá cualquier AECD; y
- ii. Proveerá una notificación escrita al individuo que describe la información o documentos adicionales que se requieren en la aplicación para completarla. La notificación por escrito debe incluir la información de contacto (número de teléfono, y localización física de la oficina) del departamento de CCH que puede proporcionar una aplicación para la asistencia financiera y ayuda con el proceso de aplicación. La notificación debe de permitirle al paciente por lo menos 30 días para entregar la información necesaria.

Si el paciente no entrega la información necesaria dentro del periodo de tiempo asignado, las AECD pueden continuar; proveído, sin embargo, que si el paciente entrega la información necesaria durante el Periodo de Aplicación, CCH debe de suspender las AECD y hacer una determinación de la aplicación.

c. Si un individuo entrega una aplicación llena durante el Período de Aplicación, CCH:

- i. Suspenderá cualquier AECD;
 - ii. Hacer y documentar si el individuo califica para asistencia bajo la Póliza;
 - iii. Notificará al individuo por escrito de la determinación y la razón de la determinación; y
 - iv. Si el individuo califica para asistencia bajo esta Póliza:
 - 1. Proveer al individuo con un recibo de cobro que indique la cantidad que debe el individuo ya ajustada bajo la Póliza, como CCH determinó la cantidad que debe el individuo, y el CGC por los servicios otorgados o instrucciones de como el paciente puede obtener información con respecto a la CGC por los servicios otorgados.
 - 2. Proveer al paciente un reembolso de cualquier cantidad que el paciente haya pagado en exceso de la cantidad debida a CCH (a menos de que dicha cantidad sean menos de \$5); y
 - 3. Tomar medidas razonables para cancelar cualquier AECD que se hayan tomado en contra del paciente, aunque el paciente califique para menos del 100% de asistencia.
- 16. CCH deberá utilizar su mejor juicio al determinar la disponibilidad de paciente y/o individuos legalmente responsables de hacer pagos para cubrir los servicios, tomando en consideración los derechos y dignidad del individuo.
 - a. La determinación de calificación para asistencia financiera la deben de hacer los siguientes individuos.
 - i. Todas las cantidades saldadas/anuladas de menos de \$5.000 serán aprobadas por el Director de Servicios Financieros del Paciente.
 - ii. Todas las cantidades saldadas/anuladas de \$5.000 y más serán aprobadas por el Director de Servicios Financieros del Paciente y el Vice-Presidente de Finanzas.
- 17. Si se determina que el individuo no califica para recibir asistencia financiera, o si una aplicación no se recibió en el período de tiempo requerido, el hospital mandará una carta notificando al individuo que tendrá 30 días de la fecha de la carta para comunicarse con el Departamento de Cuentas de Pacientes para llegar a un acuerdo de pagos admisible. Si no se hace ningún contacto durante el período de tiempo requerido, CCH entregará la cuenta a la Agencia de Colección para revisión y las colecciones pueden involucrar AECD.
- 18. CCH se compromete a trabajar con otras agencias que se encargan para mejorar la salud de la comunidad a la que le servimos tales como, pero no limitados a; Centro de Salud de la Comunidad El Buen Vecino, servicios de Medicaid, Caridades Católicas, y/o la Misión de Rescate de Columbus.
- 19. **Mantenimiento de Registros y Cuentas Especiales:**
 - a. Toda la documentación con respecto a la aplicación y determinación se mantendrán confidenciales.
 - b. Las aplicaciones serán procesadas en un período de tiempo conveniente después de haber recibido la aplicación.
 - c. Se mantendrá al día una hoja de cálculo mensual de asistencia al paciente.
 - d. Los totales mensuales se documentarán y se mantendrán al día en una hoja de cálculo de un año fiscal de asistencia al paciente.
 - e. Esta información se compartirá con la oficina de Administración mensualmente, o por petición.
 - f. Toda la asistencia financiera serán escaneadas como un archivo MPF bajo el Tipo de Documentos de Aplicaciones de Caridad.

20. El tratamiento de emergencias de salud se proveerá sin tener en cuenta la habilidad de pagar y sin importar si el paciente califica para asistencia financiera bajo esta Póliza o no. CCH no tomará ninguna acción que pueda interferir con la provisión de tratamiento médico de emergencia. El Tratamiento Médico de Emergencia será proveído en acuerdo a EMTALA (Ley sobre el Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo) y a las pólizas de CCH.
21. **Publicar esta Póliza Ampliamente y Asegurarse de que esté disponible a los Pacientes**
Ampliamente- La notificación de la asistencia financiera disponible del CCH será dispada por varios medios, los cuales pueden incluir, pero no están limitados a ser los siguientes.
- Esta Póliza, una aplicación para la asistencia financiera, un resumen en términos simples de la Póliza, estarán disponibles en la página web de CCH en un formato pdf. en Ingles y cualquier otro lenguaje hablado por la minoría de 1,000 individuos o el 5 por ciento de la comunidad a la que le sirve el CCH.
 - Esta Póliza, una aplicación para la asistencia financiera, un resumen en términos simples de la Póliza, estarán disponibles a la petición, libre de cargos en Admisión (el Área de Registro), la Oficina de Negocios (Departamento de Cuentas de Pacientes), el Cuarto de Emergencias, Trabajadoras Sociales, Gerentes de Casos, y por teléfono o correo electrónico.
 - Un resumen en términos simples de esta Póliza se le ofrecerá a todos los pacientes tan pronto como sea posible, lo cual no será después de darlo de alta.
 - Todas las facturas de cobros incluirán una nota con respecto a la disponibilidad de asistencia financiera, como pedir información acerca de la asistencia financiera, incluyendo un número de teléfono y un correo electrónico y con quien comunicarse y la página web donde se pueden encontrar dichos documentos.
 - Durante la orientación de todos los nuevos empleados del hospital, los empleados hacen un tour del Departamento de Cuentas de Pacientes y son informados del programa de asistencia financiera. Estos empleados que interactúan con los pacientes son instruidos de dirigir las preguntas con respecto a la Póliza y el programa de asistencia financiera a los proveedores representantes apropiados.
 - Se exhibirá conspicuamente una notificación de la disponibilidad de asistencia financiera junto con la información de contacto apropiada para aplicar para la asistencia financiera en todas las áreas de registro del CCH, en la sala de espera del cuarto de emergencias del CCH, y en el lobby del CCH en una forma razonablemente planeada para atraer la atención de los clientes.
 - CCH publicará la disponibilidad de asistencia financiera junto con la información de contacto apropiada para aplicar para la asistencia financiera en su boletín anualmente y por medio de otros medios que serán determinados por la administración en una forma periódica para informar el tipo de población que probablemente requiera asistencia financiera.

Dept. Supervisor Approval	Date	Dept. Director & VP Approval	Date	Com/Brd Approval	Date
Bernie Hergott	2/2016	Chad Van Cleave	2/2016	Board	2/2016
		Michael T. Hansen	2/2016		
Origination Date (If Known)	5/1999	Review Date (Without Change)	4/2011	Last Revision	10/2020
Notification of Change Required? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
If Yes, to whom? <input type="checkbox"/> Department Directors <input type="checkbox"/> Nursing Department Directors <input type="checkbox"/> All Employees					