

REEMPLAZA POLÍTICA FECHADA: 12/95; 3/98;
2/01; 4/04; 12/04; 7/05; 1/07; 11/11;
01/02/13; 10/07/14; 01/01/2016; 15/02/16;
07/09/16

PROPÓSITO:

Para proporcionar servicios de salud gratis o con descuento a los residentes de la comunidad que se determinan por Ashland Hospital Corporation/rey de hijas Medical Center ("Medical Center") para tener insuficientes recursos financieros para pagar por atención médica necesario servicios prestados por el centro médico y para asegurar que ninguna acción extraordinaria colección se tome contra cualquier persona hasta centro médico hace esfuerzos razonables para determinar si el individuo es elegible gratis o servicios con descuento.

POLÍTICA:

1. Cuidado médico y de emergencia.

Política Medical Center es brindar atención médicamente necesaria emergencia y otros, excepto determinados servicios que se consideran electivas, a pacientes sin importar raza, credo, género, color, edad, religión, discapacidad, origen nacional o capacidad de pago. Sujetos a las disposiciones de esta política de ayuda financiera, pacientes sin los medios para pagar por los servicios prestados en el centro médico pueden solicitar ser considerados para los premios de asistencia financiera bajo esta política.

Centro médico proveerá, sin discriminación, cuidado de personas con condiciones médicas de emergencia (en el sentido del tratamiento médico de emergencia y acto de trabajo activo) (42 U.S.C. §1395dd) ("EMTALA") independientemente de su elegibilidad bajo Esta política y acuerdo con EMTALA/Inter-facility paciente política de transferencia Medical Center. Para emergencias médicas, los miembros del equipo no deberán retrasar tratamiento apropiado o la prestación de una evaluación médica apropiada para preguntar sobre el método de la persona de pagos o seguro de cobertura.

Centro médico prohíbe cualquier acción que desalentaría a los individuos de buscar atención médica de emergencia, tales como exigir que los pacientes de urgencias pagan antes de recibir tratamiento para condiciones médicas de emergencia o que permita el cobro de deudas actividades que interfieren con el suministro, sin discriminación, de atención médica de emergencia.

Todos los pacientes serán tratados con respeto y justicia independientemente de su capacidad de pago.

2. * Divulgación de políticas de asistencia financiera.

Esta política se publicará ampliamente dentro de la comunidad atendida por el centro médico, además de proporcionar una copia de la póliza a cualquier representante de paciente o paciente que solicita una copia de la política y publicar señalización visible en todos las áreas de admisión paciente incluyendo, sin limitación, el Departamento de emergencia y áreas de registro de pacientes en todas las ubicaciones de centro médico. Se proporcionará una copia de esta política a cualquier miembro de la entidad pública o gubernamental a petición. Esta política estará disponible en la Página Web de centro médico. Además, el siguiente texto se incluirán en las facturas de todo pacientes: "todos o una porción de su factura puede ser elegible para el perdón bajo nuestra política de asistencia financiera. Para obtener más información acerca de nuestro programa de asistencia financiera, por favor llame al (606) 408-4118 o visite Medical Center sitio Web www.kingsdaughtershealth.com."

3. * Definiciones

Con el propósito de esta política, las siguientes condiciones se definen como sigue:

- A. * **cantidades generalmente facturados (AGB):** el máximo facturable a un paciente que es elegible para asistencia financiera bajo esta política. Esta cantidad se determina usando el método de "volver la mirada" descrito en 26 C.F.R. §1.501(r)-5(b)(3) de la normativa aplicable. Centro médico calcula esta cantidad como se describe en la política de la FRC, *limitación de cargas*, disponible en línea en www.kingsdaughterhealth.com.
- B. **plazo de solicitud:** el período durante el cual un paciente puede aplicar para asistencia financiera con su saldo. Este período puede comenzar antes de los pacientes reciben servicios y descargará estado de cuenta final a ^{los 240 días después de la fecha del primer post}.
- C. **familia:** usando la definición de la oficina del censo, un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Según normas del servicio de impuestos internos, si el paciente dice alguien como dependiente en su declaración de impuestos, se puede considerar dependiente para fines de asistencia financiera.
- D. **ingresos de la familia:** ingreso familiar se basará en el promedio de los ingresos durante los seis meses antes de la fecha de aplicación y los ingresos proyectados para el período de seis meses después de la aplicación. Se determina mediante la definición de la oficina del censo, que utiliza los siguientes ingresos cuando las pautas federales de pobreza:
1. ingresos, compensación por desempleo, compensación, Seguridad Social, Supplemental Security Income (SSI), asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobreviviente, pensión o ingresos de jubilación, interés, dividendos, alquileres, regalías, rentas de propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, niño apoyo, ayuda de fuera de la casa y otras diversas fuentes. Ingreso familiar anual se basará en al menos un período de tres meses inmediatamente anteriores a la primera fecha de servicio en la aplicación;
 2. ventajas no monetarias (tales como cupones para alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan;
 3. determinado sobre una base antes de impuestos;
 4. no incluye ganancias de capital o pérdidas; y
 5. si una persona vive con una familia, incluye la renta de todos los miembros de la familia
 6. no parientes, como inquilinos, no cuentan.
 7. la más reciente declaración de impuestos federales del ingreso a partir de febrero de cada año será requerido para los salarios imponibles.
- E. **asistencia:** servicios de salud que serán o han sido proporcionados ya que nunca se espera que resulte en los pagos. Asistencia financiera los resultados de la política de un proveedor a proporcionar servicios de salud gratis o con descuento a las personas que cumplen con los criterios establecidos.

- F el. **gastos bruto:** el importe total facturado por el centro médico por los servicios prestados antes de los pagos o descuentos se aplican.
- G. **cuidado médicamente necesario:** los servicios razonables y necesarios para diagnosticar y proporcionar tratamiento preventivo, paliativo, curativo o restaurador por condiciones físicas o mentales de acuerdo con reconocido profesionalmente disponen de normas de atención de salud generalmente aceptadas en los servicios de tiempo.
- H. **período de notificación:** los 120 días inmediatamente después de la paciente del primer post descarga de Estados de cuenta. Durante este período el centro médico hará esfuerzos razonables para informar al paciente que él o ella puede ser elegible para asistencia bajo los lineamientos de esta política y no participarán en ninguna actividad extraordinaria colección.
- I. **paciente:** la persona que recibe servicios de salud, o la persona que es responsable económicamente de la persona que recibe esos servicios, como en el caso de los menores y las personas con problemas mentales.
- J. **seguro:** cuando un paciente que no tiene ningún nivel de asistencia de seguro o de terceros para ayudar en el cumplimiento de sus obligaciones de pago y no está cubierto por Medicare, Medicaid o Tricare o cualquier otro programa de seguro de salud de cualquier nación, Estado, territorio o Mancomunidad, o bajo cualquier otro gobierno o privado patrocinado por salud o seguro de accidentes o beneficio programa incluyendo, sin exclusión, compensación y premios, asentamientos o juicios derivados de reclamaciones, demandas o procedimientos que involucran accidentes de vehículo de motor o alega negligencia.

4. * **Que los proveedores de servicios están cubiertos por esta política de asistencia financiera?**

Servicios de emergencia y médicamente necesarios proporcionados y facturados por el centro médico, servicios de rey hijas cuidado familiar y centros de atención urgente, así como servicios prestados por los médicos de urgencias están cubiertos por este programa.

Además, servicios y suministros prestados por o a través del rey hijas Inicio hijas Inicio equipo del rey médico son administrados bajo los lineamientos establecidos en esta política.

5. **¿Qué proveedores de servicios no están cubiertos por esta política de asistencia financiera?**

- A. ofrecer servicios quirúrgicos de los cirujanos
- B. médicos empleados como miembros de las especialidades médicas de la hija del rey, que incluye los internistas que completan rondas para pacientes que reciben niveles de hospitalización y observación de la atención
- C. servicios de anestesia
- D. lectura e interpretación de las pruebas radiológicas tales como radiografías, tomografías computarizadas, etcetera.
- E. servicios de patología en las muestras de laboratorio selecto
- F el. servicios de transporte médico/ambulancia
- G. servicios de farmacia
- H. Kingsbrook Lifecare centro

Los grupos mencionados anteriormente no están cubiertos por esta política de ayuda financiera, pero cada uno puede tener sus propios planes de ayuda disponibles.

6. **Cuando hay ayudas?**

A. generales de elegibilidad

Pacientes serán considerados para la asistencia en las siguientes circunstancias:

1. el paciente no tiene seguro o ha agotado la cobertura y cumple con las otras normas establecidas en esta política;
2. el paciente califica para cobertura de Medicaid limitada;
3. el paciente tiene Medicare u otro seguro y cumple con las directrices establecidas en esta política, puede ser elegible para recibir asistencia con los deducibles, coaseguro y copagos;
4. centro médico recibe una solicitud y los documentos dentro del período de aplicación;

B. elegibilidad circunstancia catastrófica

Centro médico entiende que circunstancias puedan surgir cuando un paciente necesita asistencia fuera de la general las directrices de esta política. El paciente puede ser elegible para descuentos en servicios de emergencia y médicamente necesarios si:

1. otras opciones de pago incluyendo la cobertura privada, federal, estatales y programas de asistencia médica local y otras formas de asistencia prestados por terceros se han agotado,
2. el paciente tiene su propio bolsillo obligaciones que excedan el 20% del ingreso familiar del paciente, y
3. el paciente no tiene activos importantes.

Este proceso se describe en la política de FRC Medical Center, *Determinación de circunstancias catastróficas*.

C. elegibilidad presuntiva

Hay casos cuando un paciente puede aparecer elegible para descuentos de asistencia financiera, pero no hay ninguna solicitud de ayuda financiera completa en archivo por falta de documentación de apoyo. Adecuada información puede estar disponible a través de otras fuentes, que podrían proporcionar evidencia suficiente para apoyar al paciente ser considerado elegible para ayuda financiera. Si un paciente no lo hace o no puede proporcionar la documentación requerida para hacer una determinación de elegibilidad, centro médico puede usar agencias exterior para determinar el ingreso estimado de la familia y evaluar elegibilidad para ayuda financiera. Debido a la inherente naturaleza de las circunstancias de la presuntos, el único descuento otorgado en estas circunstancias será una escritura de 100% en el saldo de la cuenta. Los siguientes criterios pueden utilizarse para hacer determinaciones de elegibilidad presuntiva y puede utilizarse en lugar de la documentación que se describe en el apartado 8(D) de esta política:

1. el paciente es elegible para los programas financiados por el estado de la prescripción;
2. el paciente está sin hogar o recibieron la atención de una clínica sin hogar;
3. el paciente es elegible para asistencia a través del programa mujeres, infantes y niños (WIC);
4. el paciente es elegible para asistencia a través del Programa suplemental de ayuda de nutrición (SNAP);
5. el paciente es elegible para los programas de almuerzo escolar subsidiado;
6. el paciente es elegible para otro Estado o programas de asistencia local que están sin fondos (por ejemplo, Medicaid deducible);
7. el paciente es elegible para asistencia a través de viviendas de renta baja/subsidiadas; o
8. el paciente ha fallecido con sin raíces conocidas.

D. los siguientes no se consideran médicamente necesarios y por lo tanto no están cubiertos por esta póliza:

1. cirugía cosmética electiva (pero no cirugía plástica diseñado para correcta desfiguración causada por una lesión, enfermedad, o defecto congénito o deformidad);
2. procedimientos de pérdida de peso quirúrgica;
3. procedimientos experimentales, incluyendo no-FDA aprobaron procedimientos y dispositivos o implantes;
4. servicios para lo cual previa autorización es negada por la aseguradora del paciente;
5. costo de lentes de recambio de especialidad;
6. audífonos y prótesis auditivas reparación;
7. tratamiento de fertilidad; y
8. servicios o procedimientos para que allí es un sustituto razonable o si el paciente seguro de compañía le proporcionará un servicio o procedimiento que es un procedimiento o servicio cubierto.

Si determinamos que un paciente tiene la capacidad de pagar todo o una parte de un proyecto de ley, dicha determinación no impide que el paciente presentar una nueva aplicación en el futuro.

7. Descuento por pagar

Todos los pacientes sin seguro médico, tal como se define en la sección 2 de esta póliza, recibirá un descuento de self como se describe en la política FRC *Self descuento para pacientes no asegurados*.

8. ¿Cómo se aplica un paciente para asistencia financiera?

A. pacientes pueden solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante el período de aplicación, que se inicia cuando el paciente busca tratamiento y termina en ^{el día 120 después de que los cargos se refieren a una agencia de colección para la acción}, pero no más pronto que ^{los 240 días después de la fecha del primer post} de descarga declaración.

B. * aplicaciones para ayuda financiera pueden obtenerse:

- i. sitio web de Medical Center en www.kingsdaughtershealth.com,
- II. por el equipo de la FRC en FinancialAssistanceTeam@kdmc.kdhs.us,
- III. al equipo de la FRC en (606) 408-4118 o (866) 408-6466,
- IV. enviando un fax a (606) 408-6049, o
- v. enviar por correo una solicitud para el equipo de FRC:
Centro médico de la hijas del rey
Attn: Centro de recursos financieros
P.O. Box 151
Ashland, KY 41105

Alguien ponerse en contacto con el equipo del centro médico de la FRC puede solicitar que las aplicaciones por correo, por fax o por correo electrónico a ellos.

C. equipo FRC miembros de médicos del centro están disponibles para ayudar a los pacientes a completar la solicitud o la revisión de una solicitud completada con el paciente. Miembros del equipo FRC están disponibles dentro del área de registro de paciente principal en las instalaciones del hospital en Ashland, Kentucky entre el horario de 8:00 a 16:00 el lunes al viernes, excepto días de fiesta observados. Citas no son necesarias, e individuos serán asistidos en el orden en que llegan.

D. para ser considerado para ayuda financiera, los pacientes deben:

- i. cooperar con el centro médico y responder a solicitudes de información o documentación de manera oportuna;
- II. Hacer un esfuerzo de buena fe para honrar los términos de cualquier plan de pagos razonable si el paciente califica sólo para un descuento parcial;
- III. Centro médico de notificar inmediatamente de cualquier cambio en la situación financiera por lo que centro médico puede evaluar el impacto del cambio sobre la elegibilidad del individuo para asistencia financiera o plan de pago;
- IV. De acuerdo solicitar la ayuda estatal, federal o local para que el paciente puede ser elegible para ayudar a pagar su cuenta del hospital;
- v. Complete el formulario de aplicación requerida con la verdad y presentar toda la documentación aplicable enumerada a continuación, según corresponda:
 - i. copias de pago verificar recibos para los más recientes últimos 3 tres meses, copia del talonario de pago más reciente mostrando las ganancias del año a la fecha, o una carta firmada del empleador del paciente o de dependientes que verifica su ingreso bruto;
 - II. Copias de beneficio Premio letras o forma 1099 que muestra beneficios de administración de Security† Social, incapacidad, compensación del trabajador o de los veteranos;
 - III. Copias de beneficio Premio letras o forma 1099 que muestra benefits† de desempleo, pensión o Retirement†;
 - IV. Pagos verificación de manutención infantil, pensión alimenticia o parentesco;
 - v. verificación de ingresos de alquiler recibidos
 1. contrato de alquiler,
 2. firmaron los impuestos del año más reciente de presentación que incluyen E programa que muestra los ingresos de alquiler,
 3. recibos, o
 4. una carta firmada del inquilino indicando los alquileres mensuales pagados al solicitante;
 - VI. Estado de verificación de empleo por cuenta propia y el ingreso:
 1. recibos de clientes,
 2. firmaron los impuestos a partir del año de presentación más reciente que incluyen la lista correspondiente que muestra ingresos de autoempleo, S-corp o dicha entidad;
 - VII. Copias de Estados de cuenta bancarios (cheques y ahorros) de los últimos tres 3 meses, observando al lado de cada depositan de la fuente de fondos para ese depósito;
 - VIII. Forma de ingresos NO, incluido en el paquete de solicitud, firmada por la persona proporcionar gastos de vida diarios del paciente en el caso de que el paciente y la familia del paciente no tienen ninguna otra fuente de ingresos;
 - IX. Declaración de separación, incluido en el paquete de solicitud, firmada por un familiar si el paciente es casado pero manteniendo una residencia independiente y los gastos de su cónyuge;
 - x. una copia de **todas** las formas presentadas con sus impuestos federales de ingresos firmado y presentado para el año fiscal más reciente, incluyendo de W2 y todos los horarios, o completado 4506T forma solicitar transcripciones del IRS de impuestos si no dispone de copias el solicitante;
 - XI. Se solicita documentación de otros recursos (certificados de depósito, acciones, IRA/401 k o inmobiliaria) basado en las respuestas proporcionadas por el solicitante durante ya sea en persona o por teléfono de contacto o como respuestas a las preguntas de aplicación.
 - 1.

**In el caso de beneficios de ingresos del Seguro Social, jubilación y pensión, ya que estas fuentes de ingresos no típicamente fluctúan durante todo el año, el asesor financiero tiene la opción de utilizar documentos proporcionados en una solicitud anterior dentro de los 12 anteriores meses.*

- E. si el ingreso de un paciente o un dependiente es autoinformado (como autoempleo, S-corporaciones, sociedades, ingresos, etc. de la granja), luego centro médico usará una firmado federal declaración de impuestos para el año más reciente del archivo para determinar ingresos que el paciente o dependiente para propósitos de elegibilidad financiera.
- F. Generalmente, la cantidad de bienes del solicitante no requerida para su vida diaria puede ser considerada al determinar la elegibilidad para ayuda financiera y pueda alterar o eliminar cualquier descuento. Los siguientes factores, entre otros, se pueden considerar en la determinación de activos disponibles, especialmente cuando el paciente no lo hace o no puede participar en completar la solicitud de ayuda financiera:
1. El costo de vida local;
 2. Ingreso de paciente, activos y gastos;
 3. Tamaño de la familia del paciente (incluyendo el paciente, cónyuge y dependientes legales según las normas del servicio de rentas internas);
 4. Alcance y la extensión de gastos médicos del paciente;
 5. Cobertura de seguro médica disponible en del paciente;
 6. tamaño de la factura médica en lo referente a recursos financieros.

- G. antes de ser considerado para ayuda bajo esta política, pacientes que no tienen cobertura de seguro también deben cooperar con el proveedor de Medical Center requisitos para recibir Medicaid. Si el paciente ya solicitado y se le negó los beneficios de Medicaid en los últimos 90 días, él o ella puede presentar esa documentación en lugar de otro.

Pacientes que tienen cobertura de seguro también se pedirá que cooperar con el proveedor de Medical Center requisitos para recibir Medicaid si hay razones para creer que el paciente puede ser elegible para algunos de los beneficios bajo un programa disponible.

La falta de aplicaciones completas o proporcionar la documentación solicitada al proveedor de Medical Center requisitos para recibir Medicaid será considerada no cooperativo. Los pacientes encontraron para ser no cooperativo por elegibilidad de Medicaid de centro médico proveedor no serán considerado para asistencia bajo esta política.

- H. centro médico evaluará la elegibilidad del solicitante para asistencia una vez recibida una solicitud completa, con documentación de apoyo. El solicitante recibirá una carta explicando la evaluación Medical Center de su elegibilidad y la cantidad de asistencia financiera se prestará.

Centro médico le aconsejará al solicitante tiene la opción de establecer un plan de pago mensual sobre cualquier saldo que después se aplican descuentos, siempre y cuando los remanentes están en buen estado.

Centro médico dirigirá a los solicitantes que deseen establecer un plan de pago mensual para llamar a cuentas de paciente del centro médico llame gratis al (855) 253-5426.

I. todos los solicitantes de determinaron ser elegible y que recibirá menos de \$1.000 en ajustes aplicables en el momento del examen puede ser aprobado por el asesor financiero. Los solicitantes ser elegible que recibirá los ajustes aplicables entre \$1.000 y \$10.000 también serán revisados y aprobados por un Supervisor dentro del ciclo de ingresos. Los solicitantes ser elegible que recibirán ajustes aplicables más de \$10,000 serán revisados y aprobados por ambos un Supervisor Director dentro del ciclo de ingresos. Todas las aprobaciones se harán conforme a las normas establecidas en esta política.

J. si el paciente no lo hace, o no, colaborar en completar la solicitud de asistencia financiera, asistencia financiera puede estar concedida basada en consideraciones contenidas en esta política y otras consideraciones que evalúan al individuo ingreso familiar y recursos en comparación con los gastos médicos incurridos.

K. una nueva solicitud, junto con comprobaciones de ingresos actualizada, será necesaria cada 90 días.

9. * limitación de responsabilidad del paciente:

Para el cuidado médico y de emergencia, los cargos a pacientes que son elegibles bajo esta póliza están limitados a las cantidades generalmente facturados (AGB) de tales servicios a los pacientes que tienen cobertura de seguro para este tipo de atención. Dichas cantidades se determinan según el método retroactivo establecido en normas del IRS y documentado centro de recursos financiero departamental política Medical Center en materia de *limitaciones a cargos*.

Información adicional sobre cómo centro médico calcula la AGB y cómo se aplica a la cuenta de un paciente puede encontrarse en www.kingsdaughtershealth.com. Además, copias de esta limitación en la política de cargos están disponibles por petición del equipo de centro de recursos financieros por contactar con ellos utilizando la información encontrada en la sección 8 de esta política (pág. 5).

Para los servicios no son elegibles para el descuento bajo esta política, como se describe en la sección (6)(D) de esta póliza, el paciente no será responsable más que el bruto cargos por el servicio o procedimiento que se realiza.

10. ¿Cómo es el nivel de ayuda financiera calculada?

A. excepto donde las excepciones se definen en otras partes en esta política, una "metodología de escala", se muestra a continuación, se utilizará para calcular importes cargado a los pacientes que son elegibles para la ayuda bajo esta política. La escala se basa en la guía de pobreza Federal, que se actualiza anualmente por Estados Unidos Departamento de salud y servicios humanos. Esta escala no se aplica a ciertos procedimientos electivos y aquellos no considerados médicamente necesarios. El escala móvil de descuento se basa en los ingresos de la familia como sigue:

Ingreso familiar como porcentaje de las pautas federales de pobreza (FPG)	Descuento aplicable al paciente equilibrio responsable
Hasta el 200% de FPG	100%
201-% 250 de FPG	80%
251-300% de FPG	65%

1. un paciente que tiene un ingreso familiar o inferiores al 200% de la guía Federal de pobreza efectiva en el momento de la solicitud está bajo revisión será elegible para una reducción del 100% del saldo responsable paciente (es decir, una cancelación completa).
2. un paciente con un ingreso familiar superior a 200% pero igual o menos de 250% de la guía Federal de pobreza efectiva en el momento de la solicitud está bajo revisión será elegible para una reducción del 80% del saldo responsable paciente (es decir, equilibrio después se aplican descuentos de seguros y los pagos, o se aplica el equilibrio después de último minuto en el self).
3. un paciente con un ingreso familiar superior a 250% pero igual o inferior a 300% de la guía Federal de pobreza efectiva en el momento de la solicitud está bajo revisión será elegible para una reducción del 65% del saldo responsable paciente (es decir, equilibrio después se aplican descuentos de seguros y los pagos, o se aplica el equilibrio después de último minuto en el self).

B. los descuentos descritos anteriormente se aplican a los saldos responsables paciente después de pagos de seguros y descuentos o ajustes de auto-pago.

11. Solicitud de reconsideración de elegibilidad

Los pacientes pueden experimentar un cambio de circunstancias después de la solicitud de asistencia ha sido revisada y se ha hecho una determinación. En este caso, o si un paciente indica que hubo un error con la solicitud o los documentos proporcionados, el paciente puede solicitar una reconsideración. El proceso para la reconsideración es cubierto por la póliza FRC *solicitud de reconsideración de elegibilidad*.

12. Facturación y cobros

A. en General: ninguna colección extraordinaria acciones se llevarán adelante contra cualquier paciente hasta 120 días después de que el primer post de descarga factura es emitida o centro médico ha hecho un esfuerzo razonable, se describe a continuación, para determinar si el individuo es elegible para asistencia financiera bajo esta política.

B. acciones en caso de no pago:

Centro médico tiene derecho a perseguir directamente colecciones o trabajar con una agencia de cobranzas de terceros. Centro médico llevará a cabo acciones de colección contra individuos decididos a ser inelegible para ayuda, individuos decididos a ser elegibles que han recibido descuento pero no sin cuidado, o individuos que no pudieron cooperar con el centro médico y son no hacer pagos conforme a los planes de pago establecidos.

Centro médico podrá tomar las acciones que se describen a continuación, si un paciente no paga su factura médica, incluyendo acciones de colección:

Nota: La siguiente sección conmemora un cambio en el proceso de facturación que comenzó el 15/03/2014.

1. centro médico es contratado con un proveedor de elegibilidad de Medicaid en contacto con cada paciente uno mismo-pagar en persona, por correo, por teléfono, o una combinación de estos enfoques. El vendedor ayudará al paciente a determinar si Medicaid u otros fondos de gobierno están disponibles para ayudar al paciente en el pago de su factura médica.

2. pacientes con direcciones de correo electrónico válidas que se proporcionan servicios de centro médico recibirá declaraciones sobre una base regular durante un período mínimo de 120 días.
3. si Medicaid u otro financiamiento gubernamental es de carácter, disputas han sido revisadas y resueltos y no se hacen arreglos de pago con el paciente para pagar la cuenta durante el ciclo de facturación de 120 días, luego centro médico puede remitir el paciente archivos a una agencia de colección fuera de esfuerzos de recopilación y el procesamiento.
4. centro médico puede extender el período de tiempo que los pacientes reciben declaraciones más allá de los estándar 120 días a discreción de la dirección del centro médico.
5. una vez que se refiere la cuenta del paciente, la agencia está autorizada en contacto con el paciente para establecer un plan para resolver la deuda del paciente. La agencia también está autorizada a informar el estado negativo de la deuda a las agencias de crédito.
6. centro médico puede diferir o negar (o requieren un pago antes de proporcionar) atención médicamente necesaria, pero cuidado de no emergencia, por impago de un paciente de cuidado previo. Centro médico no necesita proporcionar el aviso de iniciación de la cepa antes de aplazar o negar (o que requieren un pago antes de proporcionar) cuidado basado en el pasado no pago. Centro médico, sin embargo, proporcionará aviso oral, que se describe a continuación, después de lo cual puedo diferir o denegar (o solicitar el pago antes de proporcionar) y escrito por separado atención inmediatamente. La obligación de notificación específica a esta acción de colección será satisfechos si Medical Center proporciona una copia de su forma de aplicación de PAF para el paciente, avisa lo que asistencia financiera está disponible y proporciona el plazo tras el cual será no aceptar una aplicación de PAF para el cuidado proporcionado previamente. Centro médico debe también proporcionar un resumen del lenguaje de esta política al paciente y notificar por vía oral al paciente acerca de esta política y cómo el paciente puede obtener ayuda para llenar la solicitud. La fecha límite para presentar una solicitud de FAP debe ser no antes después de 30 días desde la fecha de la notificación escrita o 240 días desde la fecha de la primera declaración de facturación después del alta para el cuidado proporcionado previamente. Si una aplicación de FAP es oportuna, entonces Medical Center procesará en de manera acelerada para minimizar cualquier riesgo para la salud del paciente.

C. esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad

Pacientes pueden presentar una solicitud durante el período de aplicación, tal como se define en la sección 3 (b) anterior, que será un mínimo de 240 días desde la fecha en que el centro médico, o su subcontratista, emitió su estado de cuenta en primer lugar, después del alta. Si una persona no ha presentado una solicitud dentro de los primeros 120 días desde la fecha en que centro médico emite su declaración facturación en primer lugar, después del alta, entonces Medical Center puede comenzar participando en las acciones de la colección descritas anteriormente.

Si Medical Center recibe una solicitud incompleta, centro médico será suspender las actividades de colección están llevando a cabo contra el paciente y proporcionar al paciente o su representante legal con una lista de la información que falta o documentación y entregar al paciente 30 días para proporcionar la información que falta. El aviso de que falta información incluirá información de contacto de centro médico y FRC equipo que puede ayudar al paciente a completar su solicitud. Si el paciente no presenta la información que falta en este período, centro médico puede comenzar (o reanudar) colección acciones asumiendo que ha proporcionado el aviso de iniciación de cepa descrita anteriormente.

Si Medical Center recibe un formulario de solicitud completo, centro médico y las determinaciones de elegibilidad el documento en forma oportuna. Si el paciente es elegible para asistencia financiera, centro médico proporcionará al paciente un estado de cuenta mostrando el monto adeudado, cómo se determinó la cantidad y describir cómo el individuo puede aprender más sobre cómo el centro médico calcula AGB. Centro médico debe emitir reembolsos al paciente si el paciente previamente pagado una cantidad superior a lo que él o ella es personalmente responsable de pagar, a menos que esa cantidad es menos de \$5 (indexados a la inflación), o cantidad determinada por el IRS. Si el solicitante es elegible para asistencia financiera, centro médico tomará todas las medidas razonables para contrarrestar cualquier acción de colección tomada contra su cuenta (con la excepción de aplazar o negar la atención por falta de pago de importes correspondientes a la atención anterior) .

Autumn McFann
Vicepresidente/Director financiero