

Reviewed/ Revised Date: 1/17	Next Review Date: 1/18	Approved by: Strategic Focus Group Date: 1/23/17 Approved by: Board of Trustees: 1/24/17	Effective Date: Date: 1/27/17
------------------------------------	---------------------------------	--	----------------------------------

La póliza de la asistencia financiera y recobro de impagados

I. El propósito

- A. Para asegurarse que hemos tomado todos los esfuerzos razonables para determinar si un paciente es responsable por todos los pagos o una porción de la cuenta y saber si el paciente cumple los requisitos para la asistencia financiera que ofrece el hospital de Johnson Memorial.
- B. Para declarar las acciones que el hospital de Johnson Memorial tomará en el evento que la cuenta no está pagado por los servicios de los pacientes hospitalizados y los pacientes externos, los servicios médicos y/o los servicios de la salud en el hogar que son la responsabilidad del paciente no cubiertos por el seguro médico o una fuente de un tercero grupo. Esta póliza relaciona a las provisiones de la asistencia financiera a las personas quienes no pueden pagar una porción o toda la cuenta.
- C. Esta póliza cubre el recobro de impagados de las cuentas que van a pagar si mismo, los con seguro médico y los sin seguro médico, incluye los copagos, coaseguros de médico y los deducibles. Esta póliza no cubre las acciones necesarias para imponer un gravamen reglamentario que exista en favor del hospital de Johnson Memorial al respecto a los producidos que un tercer grupo recupere y el paciente tiene el derecho de tenerlos.

II. El objetivo

Como parte de la misión de dar el cuidado médico de la mejor calidad para nuestra comunidad, el hospital Johnson Memorial está comprometido servir todas las necesidades de asistencia médica a todos sus pacientes no importa su situación financiera. Para asistir los pacientes con estas necesidades el hospital ha creado esta póliza de asistencia financiera y recobro de impagados para los pacientes elegibles que reciban servicios de emergencia o los servicios de médico que son necesarios.

Desarrollamos esta póliza y la usamos para determinar la habilidad de pagar de un paciente por los servicios recibidos. El hospital no niega los servicios necesarios por la incapacidad de pagar por los servicios. No es la intención del hospital de coleccionar más que el individual pueda pagar o impedir el individual buscar los servicios médicos necesarios.

Desarrollamos la póliza y la póliza para los pagos y la colección de las cuentas que no son cubiertos en total o una porción por el seguro médico o una fuente de un tercer grupo.

La póliza incluye:

- El criterio de elegibilidad por la asistencia financiera –gratis o con un descuento;

- Describe la base de calcular cantidades cargados a los pacientes que cumplen los requisitos para la asistencia financiera debajo de esta póliza;
- Describe los métodos de aplicar para la asistencia financiera;
- Describe como el hospital Johnson Memorial publicitará la póliza en nuestra comunidad;
- Pone límites en la cantidad que el hospital puede cobrar los pacientes por los servicios emergencias y otros servicios médicos necesarios por los pacientes que puedan recibir la asistencia financiera a la cantidad que el hospital usa par Medicare y los seguros comerciales.;
- Describe la póliza de las cuentas y el recobro de impagados.

III. Definiciones

A. Amounts Generally Billed (AGB) (26 CFR Part 1 §1.501(r)-(1)(b)(1))

Significa la cantidad facturada por los servicios de emergencia u otros servicios médicos necesarios a los individuos con seguro de salud.

B. AGB percentage (26 CFR Part 1 §1.501(r)-(1)(b)(2))

Significa el porcentaje de los cargos brutos que el hospital usa para determinar la cantidad facturado por los servicios de emergencia u otros servicios médicos necesarios que provee a un individuo elegible por la asistencia financiera. El porcentaje de la cantidad facturada calcula cada año y adentro de 60 días del año fiscal del hospital. El porcentaje de la cantidad facturada está usado para determinar la proporción de colección por los pacientes sin seguro de salud.

C. Application period (26 CFR Part 1 §1.501(r)-(1)(b)(3))

Significa el tiempo cuando el hospital tiene que aceptar y procesar una aplicación de la asistencia financiera para determinar si el individuo es elegible debajo el código §1.501(r)-6(c) El tiempo de la aplicación comienza en la fecha que el individuo recibe servicios médicos y termina después del día 240 después de la primera cuenta por los servicios médicos menos las excepciones en 26 CFR Part 1 §1.501(r)-(1)(b)(3)(i) and (ii).

D. Billing and collections policy (26 CFR Part 1 §1.501(r)-(1)(b)(5))

Significa una póliza escrita que incluye todos los elementos obligatorios de (§1.501 – 4(b)(4)(i)).

E. Date Provided 26 CFR Part 1 §1.501(r)-(1)(b)(6)),

Significa, en el caso de una cuenta, un aviso escrito u otra forma de comunicación, (incluye electrónico, o repartido a mano) que envía en el correo, la fecha de envío. La fecha de la cuenta, un aviso escrito, u otras formas de comunicación escritas también pueden ser la fecha la comunicación fue enviado electrónicamente o repartido a mano.

F. Discharge (26 CFR Part 1 §1.501(r)-(1)(b)(7)) Significa poner en libertad del hospital después de recibir servicios médicos no importa si los servicios fueron por los pacientes hospitalizados o los pacientes externos. La cuenta está considerado “después de dar de alta” si el paciente la recibe después de recibir servicios médicos y el paciente ya no está en el hospital.

G. Extraordinary Collection Action (ECA) (26 CFR Part 1 §1.501(r)-(1)(b)(11) Significa cualquier acción contra un individuo para obtener un pago de una cuenta que es de pagos de sí mismo que requiere un proceso legal o judicial. También puede implicar la venta de una cuenta de pagos de sí mismo a un tercer grupo y reportajes sobre el paciente a los agencias

del crédito de consumo. El hospital también puede posponer los servicios médicos necesarios por no recibir un pago por servicios ya recibidos. No incluye una acción reglamentaria o indemnización debajo las leyes del estado de Indiana.

H. Financial Assistance Policy (FAP) (26 CFR Part 1 §1.501(r)-(1)(b)(12)) significa la póliza de la asistencia financiera del hospital de Johnson Memorial. Tiene dos partes (1) los individuos sin seguro médico, quienes recibirán la asistencia por las personas sin un plan de seguro médico (2) los individuos quienes quieren aplicar por la asistencia financiera (la asistencia está basado de 300% en los guías federales de pobreza de los sueldos y otros activos).

I. FAP-Eligible Individual (26 CFR Part 1 §1.501(r)-(1)(b)(15)) significa un individuo elegible para la asistencia financiera sin saber si ha aplicado por la asistencia.

J. Gross Charges, or the Charge Master Rate (26 CFR Part 1 §1.501(r)-(1)(b)(16)), significa los precios constantes de los servicios médicos que el hospital cobra a los pacientes antes de considerar los subsidios contractuales, descuentos, o deducciones.

K. Hospital Plain Language Summary of the FAP (26 CFR Part 1 §1.501(r)-(1)(b)(24)) significa el documento escrito que avisa los individuos que el hospital de Johnson Memorial ofrece la asistencia financiera por los hospitalizados y los pacientes externos. Contiene la información necesaria. La póliza está disponible gratis a todos. Puede encontrar la póliza en la oficina de los servicios financieros de los pacientes y la oficina de registro. La información está incluido en las cuentas y en el sitio web del hospital. También puede preguntar por la información por correo.

L. Patient Response (payment or FAP Application) Deadline Date significa la fecha que el hospital puede empezar con las acciones extraordinarias de colección (ECA) contra el individuo responsable que no ha pagado o no ha aplicado por la asistencia financiera. La fecha (1) no puede ser antes de 120 días después la hoja "Plain Language Summary" (PLS) y la aplicación por la asistencia financiera, menos que el individuo no dio una dirección legal. (2) no puede ser antes de 30 días después del hospital dio el aviso que las acciones extraordinarias van a empezar. Un ejemplo sigue:

Primer PLS y la asistencia financiera	2 de febrero 2015	
Segundo Aviso con PLS	1 de marzo 2015	29 días
Tercero Aviso con PLS	15 de abril 2015	45 días
Cuarto aviso con PLS & y aviso que tiene que entregar el pago o aplicación 30 días +1	30 de mayo 015	45 días
30 días +1	1 de julio 2015	@ aproximadamente 149 días
		Referencia a una empresa de reembolso puede ocurrir

M. Self-Pay Account significa el saldo después de todos los pagos posibles y ajustes están aplicados y recibidos del seguro o de un tercer grupo.

N. Responsible Individual significa un padre, un tutor, u otra persona quien tiene la responsabilidad financiera o garante para la cuenta de un paciente. También puede significar el representante de salud u otra persona que puede dar consentimiento por el cuidado del paciente y recibir información sobre el paciente.

O. Underinsured significa asegurar debajo del valor real (estar infra asegurado) También las personas con un deducible grande que no han hecho un pago después de los pagos al hospital de parte de su seguro, estarán elegibles por un descuento de 35%. (La diferencia entre su contractual de seguro y 35%) Estos individuos puedan aplicar por la asistencia financiera.

Para dirigir los recursos en una manera responsable, y dejar el hospital de Johnson Memorial proveer un nivel de asistencia apropiada al máximo número de personas que lo necesitan, el consejo directivo ha adoptado esta guía para las provisiones de la asistencia financiera.

IV. Alcance

El hospital Johnson Memorial, Johnson Memorial Home Health Services (los servicios en el hogar), Johnson Memorial Hospital Immediate Care Service (el cuidado inmediato), y Johnson Memorial Employed Physicians Practices. (Los doctores quienes son empleados del hospital).

V. Las Excepciones

Las excepciones a esta póliza son los servicios que no cualifican debajo los guías de servicios necesarios de Medicare, los servicios electivos que ofrece como un paquete con un descuento cuales son: la cirugía bariátrico, los servicios del parto, u otros servicios que el hospital de Johnson Memorial ofrece. También los servicios que no son emergencias, como las vacunas, los exámenes físicos, los procedimientos de los métodos anticonceptivos, etc.

VI. Elegibilidad-Derechos a la asistencia financiera

Elegibilidad por la ayuda financiera considerará por las personas que están infra asegurado, sin asegurar, las que son inelegibles por los planes de salud del gobierno, y las personas que no pueden pagar por su cuidado médico de acuerdo a las reglas del plan de ayuda financiera. El concedimiento de la asistencia financiera está basado en la necesidad financiera y no cuenta sexo, raza, cultura, origen de estado socioeconómico, educación, o religión, también a pesar de orientación sexual, edad, discapacidad, o fuente de su pago asistencia médica.

- A. Dará la elegibilidad presunta a las personas que están infra aseguradas antes de entregar la cuenta al paciente por el pago. La cantidad de la elegibilidad presunta estará basado en los guías de Medicare de reembolso por los hospitalizados, y los pagos por los servicios de observación y cirugía. Todos los otros servicios recibirán un descuento por un porcentaje calculado cada año basado en las colecciones brutas y de los guías de Medicare.
- B. Las personas que reciban el descuento de infra asegurados también pueden aplicar por la asistencia financiera. Los individuos tienen que aplicar cada año por la asistencia

financiera. Los que reciben la asistencia recibirán una tarjeta de elegibilidad que identifica cuando la asistencia expira. Es posible que los co-pagos aplican por los servicios.

- C. La elegibilidad por la asistencia financiera está basado en el sueldo familiar y el número de los miembros en el hogar. Define el sueldo familiar como una familia/un grupo de dos o más personas que son parientes del parto, matrimonio, o adopción quienes viven juntos. El paciente cualifica por la asistencia financiera cuando:
- a. El sueldo familiar es igual o menos de 300% de los guías federales de la pobreza;
 - b. El sueldo familiar es más que 300% de los guías federales de la pobreza (están publicados y cambian cada año) y el paciente está infra asegurado y cualifica basado en la escala móvil;
 - c. Un paciente con un plan seguro que recibe un servicio particular que su plan de seguro no cubre;
 - d. Los pacientes que están esperando la aprobación de Medicare;
 - e. Los pacientes sin hogar;
 - f. Los pacientes que tienen los deducibles grandes u otros planes de seguros que no cubren una cantidad razonable

Tabla 1 Los sueldos de la familia para cualificar por la asistencia financiera

Los guías federales de la pobreza 2015					
Tamaño de la familia	100% FPL	150% FPL	200% FPL	250% FPL	300% FPL
1	\$11,770	\$17,655	\$23,540	\$29,425	\$35,310
2	\$15,930	\$23,895	\$31,860	\$39,825	\$47,790
3	\$20,090	\$30,135	\$40,180	\$50,225	\$60,270
4	\$24,250	\$36,375	\$48,500	\$60,625	\$72,750
5	\$28,410	\$42,615	\$56,820	\$69,775	\$85,230
6	\$32,570	\$48,855	\$65,140	\$71,025	\$97,710
7	\$36,730	\$55,095	\$73,460	\$91,825	\$110,190
8	\$40,890	\$61,335	\$81,780	\$102,225	\$122,670

VII. La responsabilidad del paciente

La asistencia financiera no es un sustituto por la responsabilidad personal. Los pacientes deben cooperar con los métodos del hospital de Johnson Memorial para aplicar por la asistencia financiera u otras formas de pagos. Los pacientes con los recursos de comprar

un plan de seguro médico deben comprarlo. Algunos pacientes tendrán que compartir el costo de los servicios. Este precio es para ayudarles a usar los servicios médicos en una manera adecuada y usar los servicios cuando realmente son necesarios. Los costos están definidos en la tabla que sigue:

Tabla II	Cantidad de descuento y la responsabilidad del paciente					No plan de seguro
	Menos que 100% FPL	101-150% FPL	151-200% FPL	201-250% FPL	251-300%FPL	
Descuento del paciente	100%	95%	90%	80%	75%	35%
El paciente paga:	Co-pago	Co-pago +5%	Co-pago+ 10%	Co-pago+ 20%	Co-pago+25 %	65%
Co-pagos						
Los hospitalizados (cada vez)	0	\$300	\$500	\$ 750	\$ 1,250	Medicare DRG
Observaciones	0	\$200	\$300	\$400	\$ 500	65%
Los pacientes externos	0	\$50	\$75	\$100	\$150	65%
Emergencia	\$50	\$50	\$50	\$100	\$100	65%
Cirugía	0	\$500	\$1,000	\$1,250	\$1,800	65%
Terapia	\$10	\$10	\$25	\$50	\$50	65%
Las citas de Home Health	\$ 10	\$25	\$50	\$50	\$50	65%
Las citas con un doctor de Johnson Memorial	\$10	\$25	\$25	\$25	\$50	MFS*
La cirugía con doctor	\$100	\$300	\$500	\$750	\$1,250	MFS*
Los servicios del cuidado inmediato (Immediate Care Center)	\$10	\$25	\$25	\$50	\$50	\$50

* Medicare Fee Schedule (los guías de pagos de Medicare)

VIII. Notificación de la póliza de asistencia financiera

Hacemos todo que podemos de informar los pacientes de la póliza de la asistencia financiera del hospital Johnson Memorial. Ponemos la información en las áreas de registro, en el sitio web del hospital, y en las oficinas de los doctores de Johnson Memorial: también en las cuentas del paciente; y, en las cartas y las llamadas correspondientes de los pagos de las cuentas médicas.

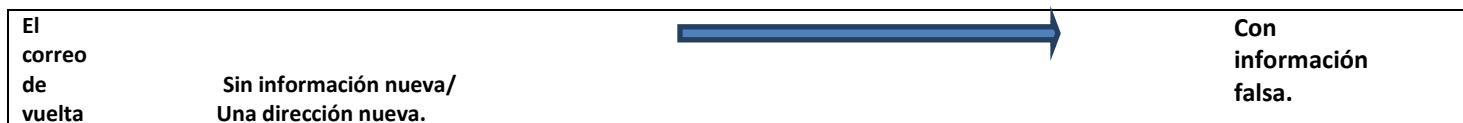
IX. Los esfuerzos de colección

Pensamos en la relación de la póliza de la asistencia financiera y la posibilidad que el paciente cualifica por la asistencia financiera en la línea del tiempo de colectar los pagos. El paciente recibirá una declaración por los servicios recibidos con un total. Los pacientes con un presunto de elegibilidad a causa de estar infra asegurados,

recibirán una cuenta con los ajustes apropiados. Menos en los casos cuados el hospital recibe el correo porque no tiene una dirección correcta. Por lo menos, intentamos de enviar la información cuatro veces antes de dar las cuentas a una empresa de cobros. Si, tenemos un número de teléfono correcto, el hospital de Johnson Memorial tratará de llamar al individuo por lo menos dos veces para tratar de arreglar los pagos. Después de la cuenta está con una empresa de cobros, la aplicación de la asistencia financiera está válido por 120 días. Si, el paciente o el representante responsable pide asistencia entre los 120 días tratamos la aplicación como si fuera entregado antes de la cuenta fue con una empresa de cobros.

La línea de tiempo para procesar la asistencia financiera y los esfuerzos de colección.

El proceso de las declaraciones del paciente					
	Declaración 1	Declaración 2	Declaración 3	Declaración 4	Referencia a una empresa de cobros
No plan de seguro	Después de los descuentos para las personas sin un plan de seguro	30 días La primera Declaración	30 días segunda Declaración	30 días tercera Declaración	30 días cuarta Declaración
Los con un plan de seguro	Después del plan seguro paga	30 días La primera Declaración	30 días segunda Declaración	30 días tercera Declaración	30 días cuarta Declaración
	Después del plan seguro rechaza	30 días La primera Declaración	30 días segunda Declaración	30 días tercera Declaración	30 días cuarta Declaración
	No pago del plan de seguro	30 días La primera Declaración	30 días segunda Declaración	30 días tercera Declaración	30 días cuarta Declaración
	El total de \$100 o menos 45 días después de entregar la cuenta al plan de seguro	30 días La primera Declaración	30 días segunda Declaración	30 días tercera Declaración	30 días cuarta Declaración
	El total de \$101 a \$1,000 45 días después de la segunda declaración	30 días La primera Declaración	30 días segunda Declaración	30 días tercera Declaración	30 días cuarta Declaración
	El total de \$1001 y más 45 días después de la tercera declaración	30 días La primera Declaración	30 días segunda Declaración	30 días tercera Declaración	30 días cuarta Declaración
El plan de seguro paga todo	No Declaración				



El proceso de la asistencia financiera					
Enviamos la aplicación, Conservamos la cuenta por 120 días.	Declaración 1	Declaración 2	Declaración 3	Declaración 4	Referencia a una empresa de cobros
	30 días Aviso que mandamos la aplicación	30 días Aviso que mandamos la aplicación	30 días Aviso que mandamos la aplicación	30 días Aviso que mandamos la aplicación	@ más o menos 145 días
Recibimos la aplicación Mandamos una carta para informar el paciente de la asistencia.	Declaración 1	Declaración 2	Declaración 3	Declaración 4	Referencia a una empresa de cobros
	30 días Después de mandar la carta	30 días una carta	30 días La tercera Declaración	30 días La cuarta Declaración	A causa del total de la cuenta El total después de aplicar la asistencia financiera
Los acuerdos de los pagos, falta de pagar	Declaración 1	Declaración 2	30 días	30 días	A causa de no recibir pagos prometidos (más o menos 145 días)
	30 días después de no recibir pagos prometidos	30 días La primera Declaración	La segunda Declaración	La tercera Declaración	

X. Las acciones extraordinarias de colectar

El hospital de Johnson Memorial no tomará acciones extraordinarias sin tomar esfuerzos para determinar si el paciente cualifica por la asistencia financiera.

Los siguientes documentos para identificar que las acciones razonables habían cumplido son:

- a.) Asegurando que el paciente debe pagar la cuenta y que todos los pagos del seguro habían facturados ;
- b.) la documentación que el hospital ha ofrecido o tratado de ofrecer el paciente la oportunidad de aplicar por la asistencia financiera y que el paciente no ha cumplido los requisitos;
- c.) La documentación que el paciente no cualifica por la asistencia financiera presunta;
- d.) la documentación que el paciente ha recibido la oportunidad de un acuerdo de pagos pero no ha pagado o ha rechazado el acuerdo de los pagos.

XI. Información adicional de los procesos

- A. Los servicios médicos necesarios: Evaluamos cada caso y es la discreción del hospital de Johnson Memorial. Los casos que no son definidos claramente con los síntomas y diagnosis van a ser evaluados de una persona cualificada para asistir en la determinación final.
- B. Los servicios de emergencia:
 - 1.) Los servicios para una condición, si un paciente no recibe tratamiento, pueda causar un cambio dañino al individuo.
 - 2.) Los servicios electivos necesarios para las situaciones que constituye una amenaza para la vida en una situación fuera de la sala de emergencia.
- C. La aplicación para la asistencia financiera tiene que ser cumplido del paciente o su representante de salud o individuo responsable para el paciente.
- D. La aplicación tiene que ser terminado completamente y recibido en la línea del tiempo designado.
- E. Las personas que llenan una aplicación tiene que dejar el hospital compartir su información financiera con los otros partes que son parte de su cuidado médico.
- F. Los personas que aplican tienen que ayudar el hospital aplicar a los programas federales o del estado que dan ayuda para el cuidado médico.
- G. Es una preferencia, pero no un requisito, que el solicito para la asistencia financiera y la determinación para la necesidad ocurre antes de recibir los servicios médicos que no son una emergencia. Pero, la determinación puede pasar al cualquier punto del ciclo de colección. La necesidad para la asistencia financiera tiene que ser probado cada año.
- H. La asistencia financiera presunta puede ser determinado en los casos cuando un paciente es elegible por los descuentos de la asistencia financiera, pero no hay una aplicación en los archivos porque no hay suficiente documentación. A menudo, hay bastante información dado del paciente o de otras fuentes que puede determinar que el paciente cualifica por la asistencia financiera. El hospital de Johnson Memorial puede usar estas fuentes para determinar si un paciente cualifica. El hospital también puede usar las fuentes afuera del hospital para validar los ingresos para determinar la elegibilidad y el único descuento de la asistencia financiera que puede dar es 100%.

Los requisitos reguladores: Para implementar esta póliza, el hospital de Johnson Memorial y sus instalaciones usan los esfuerzos razonables de cumplir con los requisitos de las leyes federales, las del estado, y las leyes locales, las reglas y las regulaciones que apliquen a las actividades en esta póliza.

(Federal Register Vol. 79, NO. 250, December 31, 2014; Department of Treasury 26 CFR part 1, 53, and 602 Additional Requirements for Charitable Hospitals; Purposed Rule.; REG 130266-11)

REFERENCES:	
RELATED POLICIES/FORMS:	
REGULATORY / ACCREDITATION STANDARDS ADDRESSED:	Federal Register Vol. 79, NO. 250, December 31, 2014; Department of Treasury 26 CFR part 1, 53, and 602 Additional Requirements for Charitable Hospitals; Purposed Rule.; REG 130266-11
REVIEWED BY:	CFO; Director of Revenue Cycle
OWNER:	CFO