

GREAT PLAINS HEALTH

DEPARTAMENTO: Servicios Financieros para el Paciente

NÚMERO DE PÓLIZA: 8210-0008

ASUNTO: Asistencia financiera/asistencia médica de beneficencia

FECHA EFECTIVA: 02/01/2018

FECHA DE APROBACIÓN FINAL:
02/28/20

APROBADO POR:
Administrador de Planificación, Sr. Director
del ciclo de ingresos, director financiero

DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

Great Plains Health contribuirá con los recursos, la defensa y el apoyo comunitario apropiados para promover el estado de salud de los miembros de la comunidad a la que sirve, dentro de su capacidad económica de hacerlo. Se proporcionará asistencia financiera a pacientes que demuestren su incapacidad de pagar. El propósito de esta política es establecer criterios para determinar si la cuenta de un paciente califica para recibir asistencia financiera. La cantidad de la asistencia financiera que se dispondrá, así como otros cambios a esta política, se evaluará y determinará anualmente y cumplirá con las pautas federales y estatales para los centros sin fines de lucro y exentos de impuestos, según corresponda.

PRINCIPIOS CLAVES

1. **Elegibilidad para descuentos de asistencia financiera; niveles de cobros máximos.**
Los pacientes del hospital que estén recibiendo atención médica de emergencia u otro tipo de atención necesaria por razones médicas y que tengan un ingreso familiar menor que el 450 % de la Guía Federal de Pobreza son elegibles para recibir la Asistencia Financiera. El sistema del hospital aplicará criterios de elegibilidad presuntivos para facilitar el pronto reconocimiento de la elegibilidad para la asistencia financiera. A los pacientes que califiquen para recibir la Asistencia Financiera no se les cobrará más por la atención médica de emergencia ni por la atención necesaria por razones médicas que las cantidades generalmente facturadas (AGB, por sus siglas en inglés) a pacientes que tienen cobertura de seguro médico.
2. Descuentos a pacientes sin seguro. Los pacientes sin seguro disponen de descuentos en los gastos de hospital mediante un descuento automático del cuarenta por ciento (40 %). Los descuentos a pacientes sin seguro no se consideran Asistencia Financiera bajo esta Política.
3. Los Comités de Asistencia Financiera del Hospital son responsables de revisar los datos de la asistencia financiera otorgada por el hospital y de considerar excepciones por circunstancias especiales para proporcionar niveles de descuentos de asistencia financiera superiores al estándar, o descuentos a personas necesitadas que, de otra forma, no serían elegibles para la asistencia.

DEFINICIONES

1. **AGB** hace referencia a las cantidades generalmente facturadas por atención médica de emergencia u otro tipo de atención necesaria por razones médicas a personas que tienen cobertura de seguro médico. AGB se refiere a la cantidad adeudada al hospital una vez aplicados los descuentos para asegurados.
2. **Período de solicitud** es el período durante el cual Great Plains Health debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera en virtud de esta Política presentada por un individuo con el fin de haber hecho esfuerzos razonables para determinar si el individuo es elegible para la asistencia financiera bajo la Política. El Período de Aplicación comienza en la fecha en que se proporciona la

atención médica y termina en el último de los 240 días posteriores a la fecha en que se proporciona el primer estado de cuenta posterior al alta por la atención o al menos (30) días después de que Great Plains Health proporcione al individuo un aviso por escrito que establezca una fecha límite después de la cual se pueden iniciar acciones extraordinarias de cobro (como se define en la Política de Cobro de Cuentas 8210-245).

3. **Descuento automático para pacientes sin seguro que pagan por cuenta propia** significa un descuento del cuarenta por ciento (40 %) en costos brutos que se proporciona de manera automática a todos los pacientes no asegurados sin necesidad de contar con una evidencia de la incapacidad de pago. Este descuento no se considera Asistencia Financiera en virtud de esta Política.
4. **Descuento por catástrofe** es un descuento proporcionado con la porción de responsabilidad del paciente específica a la deuda médica incluso y fuera de Great Plains Health y la red de médicos de Great Plains Health Physicians Network incluso después del pago por terceros pagadores, excede el 7.5 % del ingreso bruto anual de la familia del paciente. El propósito de este descuento es ayudar a los pacientes y a sus familias a evitar la bancarrota y la insolvencia debido a los gastos de hospital y se considera Asistencia Financiera según esta Política.
5. **Activos Exentos** son las siguientes formas de activos, que no se tendrán en cuenta a la hora de determinar la capacidad de pago o la necesidad económica de un paciente; la residencia principal del paciente, los bienes personales exentos de juicio en virtud del Estatuto revisado de Nebraska 77-202 y cualquier cantidad mantenida en un plan de pensiones o de jubilación (excluidas las distribuciones y los pagos de dichos planes).
6. **Familia** es el paciente, su cónyuge (excluido el cónyuge legal en derecho consuetudinario que no está reconocido en el Estado de Nebraska) y sus dependientes legales registrados en las declaraciones de impuestos presentadas o de otra manera de acuerdo con las normas del Servicio de Impuestos Internos.
7. **Ingreso Familiar** es la suma de las ganancias brutas anuales de una familia y los beneficios en efectivo de todas las fuentes antes de impuestos, menos el pago realizado en concepto de manutención de los hijos. Las fuentes de ingresos incluyen, pero no están limitadas a las siguientes: Sueldos brutos, salarios, dividendos, intereses, beneficios del seguro social, compensación a los trabajadores, estipendios de capacitación, ayudas periódicas de familiares que no viven en el hogar, pensiones gubernamentales, pensiones privadas, pagos de seguros y anualidades, ingresos procedentes de alquileres, regalías, herencias y fideicomisos.
8. **Asistencia Financiera** es el término que se usa para referirse al valor de los servicios de atención médica gratuita o con descuento proporcionados a las personas que se ha determinado que son elegibles para la Asistencia Financiera según esta Política en función de las necesidades económicas.
9. **Asistencia Financiera (Consejo)** es un consejo de Sistema de Salud responsable de supervisar la implementación de esta Política. El Consejo de Asistencia Financiera incluye la representación de las siguientes áreas: C-Suite, Personal Directivo y Ética.
10. **El Comité de Asistencia Financiera del hospital** es un equipo de líderes del hospital que se reúnen mensualmente (según sea necesario) para revisar la información relacionada con las solicitudes y las determinaciones de Asistencia Financiera. El comité estará formado por el director financiero, el director de Integridad de Ingresos, el director de Administración de Casos y el consejero financiero, o una combinación similar de líderes responsables del hospital.

11. **Residente de Nebraska** significa una persona que vive actualmente en Nebraska y tiene la intención de seguir viviendo allí indefinidamente.
12. **Servicios necesarios por razones médicas** son todos los servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios, incluidos los fármacos o suministros que el hospital proporciona a los pacientes cubiertos bajo el Título XVII de la Ley de Seguro Social Federal para beneficiarios con el mismo cuadro clínico que los pacientes sin seguro. Un servicio necesario por razones médicas no incluye lo siguiente: (1) servicios no médicos, como servicios sociales o vocacionales; (2) paquetes opcionales de pago por cuenta propia, según se definen en las políticas de paquetes de pago por cuenta propia, o (3) cirugía estética opcional (excluidas las cirugías plásticas diseñadas para corregir desfiguraciones causadas por lesiones, enfermedades o defectos congénitos, o deformidad).
13. **La relación costo-cargo de Medicare** se refiere a la determinación de la relación por parte de Medicare que calcula el costo general de Great Plains para suministrar servicios en comparación con los cargos por servicios. Esta relación se utilizará para calcular los posibles descuentos para pacientes sin seguro.
14. **Paciente sin seguro es:**
 - un paciente del hospital que no tiene cobertura de ninguna póliza de seguro médico comercial (incluida la cobertura de responsabilidad de tercera persona) y que no es beneficiario ni elegible para recibir cobertura de ningún programa de cobertura gubernamental o de otro tipo, incluidos Medicare, Medicaid, Tricare, seguros con deducible alto u otros acuerdos de cobertura.

Si la cobertura de seguro médico de un paciente se agota o si el seguro de un paciente no cubre los servicios hospitalarios necesarios por razones médicas proporcionados al paciente, este se considerará un paciente sin seguro a efectos de la Asistencia Financiera y aplicará a estos casos el descuento automático para pacientes sin seguro que pagan por cuenta propia.

PROCESOS REQUERIDOS

- A. Identificación de potenciales pacientes elegibles
 1. **No discriminación.** El hospital es una corporación sin fines de lucro que ofrece asistencia financiera a pacientes calificados. No discriminará por motivos de raza, ascendencia, religión, nacionalidad, estatus de ciudadanía, edad, discapacidad ni género en su consideración de la calificación de un paciente para la asistencia financiera.
 2. **Ofrecimiento de Información sobre la Asistencia Financiera en el momento del ingreso/alta.** Se le ofrecerá a todos los pacientes un resumen claro y comprensible de esta Política como parte del proceso de ingreso o del alta. Además, los pacientes pueden solicitar información sobre la Asistencia Financiera en cualquier momento.
 3. **Evaluación de la Asistencia Financiera antes o después del ingreso/la preinscripción: Pacientes que no estén en sala de emergencias (ED, por sus siglas en inglés).** Cuando sea posible, antes del ingreso o la preinscripción, el hospital realizará una entrevista apropiada de preadmisión/preinscripción con o para cualquier paciente que no haya acudido al Departamento de Emergencias de un hospital, para determinar la elegibilidad para la Asistencia Financiera. Si no fuera posible realizar una entrevista de preadmisión/preinscripción, se debe llevar a cabo una entrevista de Asistencia Financiera en el momento del ingreso, de la inscripción o lo antes posible después de eso.
 4. **Evaluación de la elegibilidad para la Asistencia Financiera para el tratamiento médico de emergencia.** En el caso de los pacientes que han acudido al Departamento de Emergencias del hospital, la evaluación de la capacidad de pago o de la elegibilidad para recibir Asistencia Financiera por parte del hospital no se debe realizar hasta que se haya realizado un examen médico adecuado y, en el caso de los pacientes a los que se les haya determinado un problema médico a de emergencia, hasta después de que dicha condición se haya estabilizado.

5. Otros pagadores. Los pacientes deben cooperar y cumplir plenamente con los requisitos de elegibilidad de cualquier otro programa de atención médica a los que puedan haber calificado antes de su evaluación para la asistencia financiera. Es posible que haya asistencia federal o estatal disponible para aquellos que cumplan con los requisitos. Antes de que se otorgue la asistencia financiera, deben agotarse todas las vías de ayuda disponibles de terceros pagadores.

B. Criterios de elegibilidad presuntiva

1. Todos los pacientes que cumplan cualquiera de los criterios mencionados a continuación se considerará presuntamente elegible para recibir Asistencia Financiera sin necesidad de presentar más documentación. En dichas situaciones, se considera que el paciente tiene un ingreso familiar del 250 % o menos del nivel federal de pobreza y, por lo tanto, es elegible para una reducción del 100 % de los cargos por servicios necesarios por razones médicas (por ejemplo, condonaciones benéficas). Los pacientes recibirán al menos una (1) declaración para proporcionar un resumen de los servicios y la información de la cuenta. La elegibilidad presuntiva para el 100 % de la asistencia financiera se hará para los pacientes que cumplan con cualquiera de los siguientes criterios:
 - a. El paciente es una persona sin hogar (con dicho estado comprobado después de la revisión de la información disponible).
 - b. El paciente es difunto y no tiene bienes.
 - c. El paciente está incapacitado mental o físicamente y no tiene a nadie que actúe en su nombre.
 - d. El paciente es actualmente elegible para Medicaid, pero no lo era antes de la fecha de servicio, o para servicios no cubiertos.
 - e. El paciente está inscrito o tiene cobertura de alguno de los siguientes programas:
 - Programa de Nutrición y Alimentos para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés)
 - Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria
 - Programa de Comidas Gratis
 - Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés)
 - f. El paciente o la familia son participantes cualificados en un programa comunitario organizado para proporcionar acceso a la atención médica que accede y documenta los criterios de la condición financiera de pocos ingresos limitados.
 - g. El paciente recibe o reúne los requisitos para recibir atención médica gratuita de una clínica comunitaria afiliada al hospital o que se sabe que tiene normas de elegibilidad sustancialmente equivalentes a las del hospital en virtud de esta Política, y la clínica comunitaria remite al paciente al hospital para que reciba tratamiento o se someta a un procedimiento.
 - h. El paciente es el destinatario de subsidios para servicios médicos.
 - i. El paciente participa en programas de medicamentos de receta costeados por el estado.
 - j. El paciente o su familia está inscrito en el Programa de Apoyo al Alquiler de Vivienda de la Autoridad de Vivienda de Nebraska (Sección 8).
 - k. Una agencia independiente de informes de terceros ha determinado y comprobado que el paciente o su familia tiene un ingreso familiar del 250 % o menos del Nivel de Pobreza Federal (FPL, por sus siglas en inglés).

C. Normas de determinación de la elegibilidad

1. Documentación de ingresos. Los pacientes que no estén considerados como presuntamente elegibles para recibir asistencia financiera deben proporcionar al menos una de las siguientes formas de documentación de ingresos con su solicitud de asistencia financiera:
 - a. Copia de las contribuciones federales sobre el ingreso más reciente (preferida) o la declaración estatal de impuestos.
 - b. Copia de los formularios W-2 y 1099 más recientes, o formularios similares emitidos a los miembros de sociedades colectivas, sociedades de responsabilidad limitada u otras entidades.
 - c. Copia de dos (2) de los recibos de pago más recientes.

- d. Comprobación por escrito de un empleador si el pago es en efectivo.
 - e. Una (1) otra forma razonable de comprobación de ingresos por parte de terceros que se considere aceptable para el hospital.
2. Expectativa de cooperación del paciente. Se espera que los pacientes cooperen con la recopilación de la información y el proceso de evaluación con el fin de determinar la elegibilidad para la Asistencia Financiera.
3. Requisito de residencia. Se proporcionará Asistencia Financiera y otros descuentos a pacientes bajo esta Política a residentes de Nebraska y visitantes elegibles, como se detalla en la subsección c a continuación.
- a. Prueba de residencia. La residencia puede acreditarse por cualquiera de los siguientes medios:
 - i. Cualquier documento de ingresos mencionados en el Párrafo C.1. anterior.
 - ii. Documento de identidad o licencia de conducir válidos y emitidos por el estado.
 - iii. Factura de servicios reciente.
 - iv. Contrato de arrendamiento (de la vivienda).
 - v. Tarjeta de registro del vehículo.
 - vi. Correo dirigido al paciente en una dirección de Nebraska de un gobierno u otra fuente creíble.
 - vii. Declaración de un miembro de la familia del paciente que resida en la misma dirección y presente la comprobación de la residencia.
 - viii. Carta de un albergue para personas sin hogar, de una casa de transición o de otro centro de atención similar en la que se verifique que el paciente reside en el centro.
 - b. Residentes elegibles del área de servicio fuera del estado. Los pacientes que son residentes (siguiendo las normas de comprobación aplicables a los residentes de Nebraska especificadas anteriormente) de un estado adyacente que residen en un área de dicho estado que se encuentra dentro del área de servicio principal del hospital se considerarán elegibles para la Asistencia Financiera para los servicios prestados sobre la misma base que los residentes de Nebraska.
 - c. Visitantes elegibles para la Asistencia Financiera. Los pacientes que no son residentes de Nebraska, pero que declaran o comprueban que no vinieron a Nebraska con el propósito principal de recibir atención médica serán evaluados para la elegibilidad de la Asistencia Financiera sobre la misma base que los residentes de Nebraska. Las solicitudes de Asistencia Financiera de todos los demás no residentes en Nebraska, incluidas aquellas en las que el motivo principal de la visita del paciente no está claro, deben ser revisadas por el Comité para determinar si la concesión de la Asistencia Financiera es coherente con los objetivos de esta Política, según las circunstancias.
4. Revisión de solicitudes con circunstancias especiales. El Comité de Asistencia Financiera revisará las cuentas de los pacientes identificadas por un asesor financiero que impliquen circunstancias únicas que indiquen necesidad financiera a pesar de la ausencia de los criterios de elegibilidad estándar establecidos en esta Política. El hospital (Comité) puede recomendar excepciones a esta Política para pacientes específicos en función de circunstancias inusuales o poco comunes relacionadas con la necesidad financiera. La base de todas las decisiones de excepción debe documentarse y mantenerse en el archivo de la cuenta y debe ser coherente en toda la organización.
- a. Consideración de activos. Los activos no se utilizarán para la elegibilidad inicial de la Asistencia Financiera, excepto en la medida en que la presencia de activos sustanciales

(que no sean activos exentos) indique la existencia de fuentes de ingresos adicionales significativas no declaradas que indicarían que los ingresos familiares reales del paciente son superiores al 450 % del FPL.

5. Autoridades de aprobación. Los niveles de aprobación son los siguientes:
- a. Los asesores financieros pueden aprobar hasta \$10,000.
 - b. El director/gerente de la oficina comercial puede aprobar hasta \$25,000.
 - c. El director senior del Ciclo de Ingresos puede aprobar hasta \$50,000.
 - d. Las cantidades superiores a \$50,000 serán aprobadas por el director financiero del hospital.

Las cantidades de aprobación deben estar en conformidad con esta Política.

D. Proceso de determinación de la elegibilidad y aviso.

1. Período normal de procesamiento. En el momento de la solicitud deben comunicarse las expectativas claras en cuanto al tiempo necesario para revisar una solicitud de Asistencia Financiera y proporcionar una decisión al paciente. Se tomará una decisión por escrito dentro de un período razonable después de que el hospital reciba la solicitud completa, incluida, si aplica, la asistencia para la cual la persona es elegible y las bases para esta determinación. Las actividades de cobro de la cuenta se suspenderán mientras la solicitud de Asistencia Financiera esté pendiente.
2. Solicitudes incompletas. Si a una solicitud le falta la información o documentación mínima necesaria para determinar la elegibilidad de la Asistencia Financiera, los representantes de Great Plains Health notificarán al paciente por escrito, especificando la información adicional necesaria para completar la solicitud. Si la solicitud sigue incompleta durante 45 días después de dicho aviso por escrito y después de intentos razonables de obtener la documentación necesaria o la información equivalente, se podrán tomar o reanudar las acciones de cobro.
3. Denegaciones; derecho del paciente de apelar. Se le notificará por escrito a los pacientes sobre la denegación de una solicitud de asistencia financiera y se incluirán las razones de la denegación y los derechos de apelación. Si el paciente no está de acuerdo con la determinación de la elegibilidad para la Asistencia Financiera, incluido el importe del descuento para el cual es elegible, puede apelar por escrito dentro de los 45 días después de la denegación. La asesoría financiera revisará la apelación y hará una recomendación al Comité de Asistencia Financiera. Por lo general, las decisiones tomadas se comunicarán al paciente dentro de los 60 días y reflejarán la revisión final del Comité. Durante el proceso de apelación, se suspenderá el cobro de la cuenta.
4. Suspensión de las actividades de cobro pendiente de la determinación de la elegibilidad. Cuando se haya recibido una solicitud de asistencia financiera, se incluirá una nota en la cuenta del paciente para suspender la actividad de cobro hasta que se complete el proceso de Asistencia Financiera. Si la cuenta se ha puesto en manos de una agencia de cobros, se notificará a la agencia para que suspenda las gestiones de cobro hasta que se tome una decisión, y dicha notificación se documentará en las notas de la cuenta.
5. Aplicación del descuento por catástrofe. El descuento por catástrofe estará disponible para los pacientes que tengan gastos médicos durante un período de 12 meses por servicios necesarios por razones médicas de un servicio de Great Plains Health que superen el 7.5 % de los ingresos brutos anuales de la familia del paciente, incluso después del pago de terceros. Toda responsabilidad del paciente que exceda el 7.5 % será condonado por beneficencia. Los servicios que no sean necesarios por razones médicas no serán elegibles para este descuento.
6. Notificaciones de cambio de estado. Si el paciente con una factura u obligación de pago pendiente tiene un cambio en su situación financiera que pueda dar lugar a la elegibilidad para la Asistencia Financiera o un mayor descuento de Asistencia Financiera, debe notificar de inmediato al asesor financiero de Great Plains Health o a la persona que designe el sistema. El paciente puede solicitar una reevaluación y aplicar para la Asistencia Financiera o a un cambio en los términos del plan de pago.

7. Arreglos de pago para saldos pendientes. Una vez aplicado el descuento de Asistencia Financiera, los saldos restantes del paciente serán elegibles para arreglos de pago de acuerdo con las políticas de Servicios Financieros para Pacientes del Sistema. Si un paciente no puede cumplir con las pautas de acuerdo de pago debido a circunstancias especiales propias o de la familia que limitan su capacidad de pago, el asesor financiero o un representante similar puede revisar y recomendar Asistencia Financiera adicional al Comité de Asistencia Financiera del Sistema para su revisión y recomendación por parte del Comité.
8. Aplicación de descuentos de Asistencia Financiera a las cuentas del paciente. Una vez que se determine la elegibilidad para la Asistencia Financiera, el descuento correspondiente se aplicará a todas las cuentas abiertas del paciente (definidas como cuentas por cobrar abiertas) o cuentas incobrables por servicios anteriores a la fecha de aprobación 240 días antes de la aprobación. Se realizarán reembolsos por el monto del descuento de Asistencia Financiera aprobado en los pagos presentados dentro del Período de Solicitud.
9. Nueva solicitud para la Asistencia Financiera La aprobación de la Asistencia Financiera estará disponible por hasta seis meses o dentro del período definido del año natural de la fecha de aprobación. Es posible que se le pida a los pacientes que verifiquen la información que fue entregada en una solicitud anterior enviada más de seis meses antes de una fecha de aprobación de la Asistencia Financiera.

E. Descuento para pacientes sin seguros que pagan por cuenta propia

1. No existe un proceso de solicitud para que el paciente reciba un descuento para pacientes sin seguro que pagan por cuenta propia. El descuento se aplica en función del estado de no asegurado/pago por cuenta propia de la cuenta.
2. Los pacientes que reciben descuentos negociados previamente (precio de paquete) por los servicios del hospital no serán elegibles para el descuento para pacientes sin seguro que pagan por cuenta propia.
3. Si un paciente recibe posteriormente la aprobación de la Asistencia Financiera, el descuento para pacientes sin seguro que pagan por cuenta propia se revertirá para que la cantidad total pueda ser reconocida como un descuento por caridad.

F. Pautas de la Asistencia Financiera y Criterios de Elegibilidad

1. General. Las Pautas de la Asistencia Financiera y los Criterios de Elegibilidad siguientes se diseñaron para asegurar que a los pacientes con necesidades económicas se les cobre una tarifa sustancialmente menor que a los pacientes asegurados, incluida la oportunidad de recibir atención médica totalmente gratuita. La siguiente tabla se utiliza para determinar los descuentos de Asistencia Financiera por nivel para los pacientes sin seguro.

Porcentaje de las guías de pobreza	Criterios de elegibilidad		
	Porcentaje de descuento para pacientes sin seguro (sobre los costos brutos)	Descuento para paciente asegurado (sobre el saldo del paciente)	Pago máximo anual por catástrofe (% de los ingresos familiares del paciente)
Hasta el 250 %	100 %	100 %	N/C
251 % – 300 %	75 %	Descuento igual al 100 % de la relación costo-cargo de Medicare	7.5 %
301 % – 350 %	50 %	Descuento igual al 100 % de la relación costo-cargo de Medicare	7.5 %
351 % – 400 %	25 %	Descuento igual al 100 % de la relación costo-cargo de Medicare	7.5 %
401 % – 450 %	10 %	Descuento igual al 100 % de la relación costo-cargo de Medicare	7.5 %
Más del 451 %	Se determina en casos excepcionales	Se determina en casos excepcionales	7.5 %

2. Actualizaciones anuales de los niveles de los criterios. Los cálculos de la Guía Federal de Pobreza también se actualizarán anualmente junto con las actualizaciones publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
3. Precio de paquetes tarifas negociadas previamente. Los pacientes que reciben descuentos negociados previamente (precio de paquete) por los servicios del hospital no serán elegibles para la Asistencia Financiera.
4. Asistencia Financiera para víctimas de algunos crímenes. Las personas que sean consideradas elegibles por el Estado de Nebraska para recibir asistencia en virtud de la Ley de Reparación a las Víctimas de Crímenes o del Programa de enfermeros examinadores de agresión sexual (SANE, por sus siglas en inglés) serán evaluadas primero para determinar su elegibilidad para la Asistencia Financiera sobre la base de las Guías de Asistencia Financiera y los Criterios de Elegibilidad. Las solicitudes de reembolso en virtud de dichos Fondos para Víctimas de Crímenes se harán solo por el monto de cualquier responsabilidad restante del paciente después de la determinación de la elegibilidad de la Asistencia Financiera.
5. Asistencia Financiera para pacientes asegurados. La Asistencia Financiera en forma de descuentos del 100 % (atención médica gratuita) está disponible para las cantidades de responsabilidad del paciente que quedan después de los pagos del seguro para los pacientes asegurados que son residentes de Nebraska y que tienen ingresos brutos familiares menores que o hasta el 250 % de la Guía Federal de Pobreza. En el caso de los pacientes asegurados con ingresos brutos familiares de entre el 250 % y el 450 % de la Guía Federal de Pobreza, el pago previsto del paciente será el menor de los importes de responsabilidad del paciente de su propio bolsillo (OOP, por sus siglas en inglés) reducido en un 100 % de la relación costo-cargo Medicare del hospital o la cantidad de la que el paciente habría sido responsable si no hubiera estado asegurado. El monto de la Asistencia Financiera se determinará una vez que se hayan identificado todas las cantidades de pago de terceros. Además, los pacientes asegurados que tengan facturas hospitalarias elevadas pueden recibir un descuento por catástrofe. Los pacientes que estén asegurados y que se encuentren en el 450 % de los lineamientos del nivel de pobreza federal (FPL, por sus siglas en inglés) o por debajo de esta cifra, deben satisfacer primero los copagos relacionados, el deducible/el coaseguro en función de una escala móvil por episodio de atención médica en función de los criterios de elegibilidad y el porcentaje de asistencia financiera aprobado.

Responsabilidad financiera/escala móvil para aquellos pacientes con seguro

Porcentaje cubierto por la AF	Dólares por cuenta
100 %	\$0
75 %	\$75
50 %	\$100
25 %	\$125
Catástrofe	\$150

6. Asistencia Financiera para estudiantes. La Asistencia Financiera para estudiantes matriculados a tiempo completo verificados con ingresos del 250 % o menos del Nivel Federal de Pobreza será elegible para una reducción del 100 % de los cargos (es decir, condonación de caridad completa).
7. Tiempos de la solicitud de Asistencia Financiera. Un paciente puede solicitar Asistencia Financiera en cualquier momento durante los procesos de facturación y cobro.

G. Responsabilidades del paciente

1. Pacientes potencialmente elegibles para programas públicos. Los pacientes identificados como potencialmente elegibles para una cobertura de salud de un programa del gobierno u otra fuente serán referidos a un asesor financiero y se espera que cooperen en los esfuerzos por determinar su elegibilidad para la cobertura (por ejemplo, Medicaid), antes de considerar la Asistencia Financiera.

Dichos esfuerzos de elegibilidad de la cobertura se harán a expensas del hospital y promoverán los objetivos de la política pública asegurando que los pacientes elegibles estén cubiertos por los programas de cobertura médica disponibles.

2. Comprobación. Es responsabilidad del paciente proporcionar cualquier documentación de respaldo adicional requerida para confirmar la determinación de la elegibilidad presuntiva. Los pacientes recibirán un mínimo de una comunicación para proporcionar todos los documentos de comprobación requeridos. No se denegará la asistencia financiera por la omisión de información o documentación, si dicha información o documentación no se exige específicamente en esta política o en la solicitud de Asistencia Financiera.

H. Facturación

1. No se puede emitir ninguna factura hasta que se procese la solicitud de Asistencia Financiera. Si se proporciona Asistencia Financiera parcial, no se emitirán facturas a un paciente sin seguro hasta los 45 días después de que se haya hecho un intento razonable para obtener los documentos de comprobación pendientes. Un intento razonable se define como el uso de la información de contacto disponible del paciente, como las direcciones actuales, el número de teléfono y el correo electrónico, para mantener correspondencia con el paciente durante al menos 45 días sobre los documentos pendientes y cómo se podría obtener la elegibilidad.
2. Estado de cuenta. Cuando un paciente se considera elegible para la Asistencia Financiera (no bajo elegibilidad presuntiva), el sistema proporcionará al paciente un nuevo estado de cuenta en el que se indique la cantidad adeudada después de la Asistencia Financiera. El estado de cuenta incluirá los AGB por la atención médica proporcionada y cómo se determinó esa cantidad.
3. Porcentajes de las cantidades generalmente facturadas
 - a. No se cobrará a los pacientes elegibles para la Asistencia Financiera más que los AGB en casos de emergencias u otra atención necesaria por razones médicas, y se les facturará menos que los costos brutos en el caso de todos los demás tipos de atención médica cubiertos bajo esta Política.
 - b. El AGB para todos los servicios de Great Plains Health se calculará anualmente como el porcentaje de AGB más bajo de todas las entidades del Sistema utilizando el método "lookback". El método "lookback" requiere determinar la cantidad total que recibe el sistema para las reclamaciones de pago por servicio de Medicare y del aseguradora de salud privado, dividido por los cargos brutos de esas reclamaciones para un período de 12 meses. El AGB actual será establecido por los Servicios Financieros de Pacientes del Sistema a partir del día 120 después del inicio del año natural. Las personas pueden obtener el porcentaje específico de AGB y la descripción adjunta del cálculo por escrito y de forma gratuita poniéndose en contacto con un asesor financiero a través de los números de teléfono que se indican a continuación.

I. Prácticas de cobro.

1. Consulte la Política de facturación y cobro del sistema del hospital para pacientes sin seguro y otros pacientes para obtener información adicional sobre las prácticas de facturación y cobro. Se puede obtener una copia de dicha política poniéndose en contacto con un asesor financiero a través de los números de teléfono que se indican a continuación.

J. Conocimiento por parte de los pacientes de la política y la disponibilidad de Asistencia Financiera

1. Señalización. En todos los hospitales, en los puntos de registro y en otras zonas de ingreso de pacientes, se colocarán carteles, pancartas o avisos escritos similares sobre la disponibilidad de la asistencia financiera, para dar a conocer el programa de asistencia financiera. Como mínimo, se colocarán carteles en el departamento de emergencias y en la zona de ingreso/registro de pacientes.

2. Formularios de Solicitud. Además de ofrecer una copia del resumen en lenguaje sencillo de esta Política como parte del proceso de ingreso o de alta, las solicitudes de Asistencia Financiera y otros formularios utilizados para determinar la elegibilidad de un paciente para la Asistencia Financiera estarán disponibles en el momento del registro para todos los pacientes identificados como sin seguro o en otros momentos o lugares apropiados si se determina la condición de no asegurado del paciente después del registro.
3. Idiomas de los avisos y las Políticas de Asistencia Financiera. En toda la información pública o los formularios relacionados con la provisión de la Asistencia Financiera se utilizarán idiomas apropiados para el área de servicio del hospital de conformidad con la Ley de Servicios de Asistencia Lingüística del estado. Esta política se traducirá y estará disponible en aquellos idiomas que constituyan el menor de los siguientes: 1,000 individuos o el 5 % de la comunidad que atiende el hospital o la población que probablemente se vea afectada o reciba atención de un centro de atención de Great Plains Health.
4. Avisos en las facturas del hospital. Las facturas de los pacientes u otros resúmenes de los cargos incluirán una declaración prominente (en inglés y español) que informe que los pacientes que cumplan con ciertos requisitos de ingresos pueden calificar para la Asistencia Financiera e información sobre cómo el paciente puede solicitarla, en virtud de esta Política.
5. Disponibilidad de la Política. Se proporcionará una copia de esta Política a cualquier miembro del público u organismo de gobierno estatal si así lo solicita. Un resumen de la Asistencia Financiera está disponible en virtud de esta Política y estará disponible en el sitio web de Great Plains Health en aquellos idiomas que sean apropiados para las áreas de servicio de Great Plains Health como se establece en el punto J.3 anterior.
6. Lista de los proveedores participantes. Great Plains Health realizará una lista de todos los médicos y otros proveedores que aplicarán descuentos de Asistencia Financiera determinados por el Sistema a los servicios hospitalarios necesarios por razones médica prestados en el hospital (“**Lista de participación de proveedores 501(r)**”). Great Plains Health actualizará la Lista de participación de proveedores 501(r) trimestralmente.

FORMULARIOS DE IMPLEMENTACIÓN Y OTROS DOCUMENTOS Los siguientes documentos están disponibles en el sitio web del Sistema y de forma interna en el sitio web de Información de facturación:

- A. Resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera
- B. Solicitud de Asistencia Financiera
- C. Declaración de alojamiento y comida
- D. Lista de proveedores de la Política de Asistencia Financiera
- E. Guía federal de pobreza

POLÍTICAS DEL SISTEMA RELACIONADAS

Política de Cobro de Cuentas

Anexo A

Resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera

Como parte de su contribución de recursos, defensa y apoyo a la comunidad para promover el estado de salud de la comunidad a la que sirve, el Sistema de Great Plains Health proporcionará Asistencia Financiera a los pacientes que tengan una incapacidad demostrada para pagar los servicios necesarios por razones médicas de acuerdo con la Política de Asistencia Financiera del Sistema.

Tenga en cuenta:

Estos programas de asistencia financiera solo aplican a los cargos de Great Plains Health. Le informamos que recibirá facturas separadas de cada profesional independiente o grupo de profesionales por los servicios prestados. Consulte la lista de proveedores de la Política de Asistencia Financiera en nuestro sitio web para determinar si estos profesionales aplican la política en sus facturas.

Nuestros programas:

Asistencia Financiera

Ofrece atención médica gratuita o con descuentos en función del tamaño de la familia y los ingresos de acuerdo con la Guía Federal de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés). Está disponible para pacientes con y sin seguro con gastos de bolsillo. Para aplicar, complete la solicitud del programa de asistencia financiera en gphealth.org/financial-assistance.

Descuento automático para pacientes sin seguro que pagan por cuenta propia

Proporciona un descuento automático del 40 % a los pacientes sin seguro para todos los servicios de atención médica necesaria por razones médicas. No se requiere una solicitud. Quienes reciban un descuento negociado previamente no serán elegibles.

Descuento por catástrofes

Limita los gastos de bolsillo durante un período de 12 meses para los servicios médicamente necesarios cuando superan el 7.5 % de los ingresos brutos de su familia. Está disponible para pacientes con y sin seguro. Para aplicar, complete la solicitud del programa de Asistencia Financiera.

Plan de pago

Asiste a los pacientes con necesidades financieras mediante el establecimiento de arreglos de pago. Está disponible para pacientes asegurados y no asegurados. Uno de nuestros asesores financieros lo ayudará a establecer un plan de pago. Si no califica para la asistencia, pero cree que tiene circunstancias especiales, puede solicitar una revisión por parte del comité de asistencia financiera del hospital completando la Solicitud del Programa de Asistencia Financiera.

Puede que también sea elegible para programas públicos como Medicaid o Medicare. Es posible que sea necesario solicitar estos programas antes de pedir la Asistencia Financiera.

Conozca más:

gphealth.org/financial-assistance

Nuestra misión es inspirar la salud y la curación poniendo a los pacientes en primer lugar, siempre.

Aplicar es fácil.

Pida una solicitud. Encuentre los formularios en el hospital o en línea en: gphealth.org/financial-assistance. Complételos y devuélvalos. Complete la solicitud y proporcione todos los documentos comprobatorios pronto después de haber recibido atención médica y devuélvalo al hospital o envíelo por correo a:

**Great Plains Health
Financial Counseling
PO Box 1167
North Platte NE 69103**

Si necesita ayuda para completar la solicitud, llame al número de su hospital que aparece a continuación o visite la Asesoría Financiera para Pacientes en el hospital. Revisamos su solicitud. Revisaremos su solicitud para ver si califica en función de las pautas descritas en la Política de Asistencia Financiera. Si existieran circunstancias especiales que afecten su capacidad de pago, el comité de asistencia financiera del hospital las puede revisar.

Usted recibe una respuesta. Le enviaremos una decisión por escrito dentro de un período razonable. Mientras tanto, se suspenderá el pago de su factura. Si su solicitud es denegada, se le dará una explicación e información sobre el establecimiento de un plan de pago y cómo apelar la decisión, si corresponde.

¿Ya es elegible? Si ya ha calificado para algún programa patrocinado por el gobierno, como los cupones de alimentos o viviendas subvencionadas, será presuntivamente elegible para recibir asistencia de nuestra parte. No se requiere una solicitud. Solo proporciónenos la comprobación de que está inscrito.

Es confidencial.

Todas las solicitudes para la asistencia financiera se mantienen completamente privadas. La información que proporciona solo se comparte con las personas responsables de determinar su elegibilidad.

Cálculo del nivel de asistencia.

Mire el siguiente cuadro para averiguar si puede calificar o no para la asistencia financiera. Encuentre el tamaño de su familia en la primera columna y luego busque a la derecha para ver en qué categoría se ubican sus ingresos familiares. Esto le dirá el porcentaje de asistencia financiera para el que puede calificar.

Asistencia Financiera completa

Para calificar para la asistencia financiera del 100 %, los ingresos de su grupo familiar deben ser el 250 % o menor de la actual Guía Federal de Pobreza (FPG).

Los pacientes no asegurados que cumplan este requisito recibirán una condonación total de los gastos del paciente; los pacientes asegurados que cumplan este requisito se beneficiarán además tras la aplicación de una expectativa de pago por episodio.

Asistencia Financiera parcial

Los pacientes con ingresos superiores al 250 % de la FPG también pueden calificar para una asistencia financiera parcial para los gastos de bolsillo. Se utiliza una escala móvil para los pacientes asegurados y no asegurados para determinar un porcentaje de descuento en los cargos.

Comuníquese:

Encontrará copias gratuitas de este Resumen en lenguaje sencillo, la Política de Asistencia Financiera y la solicitud de asistencia financiera en el sitio web del hospital en gphealth.org, en el área de admisiones y en el departamento de emergencias del hospital. También puede obtenerlas llamando al 308/568/8600 o por correo en PO Box 1167, North Platte, NE 69103. Se dispondrá de traducciones a su petición.

Los Representantes de pacientes del hospital están disponibles para responder preguntas, brindar información sobre la Política de Asistencia Financiera y para ayudar en el proceso de solicitud de asistencia financiera. Los Representantes de Pacientes del hospital se pueden encontrar entre las 8 a. m. y las 4:30 p. m., de lunes a viernes llamando al 308/568/8600 o en 601 W Leota Street, North Platte, NE.