

| | |
|---|---------------------------------------|
| GUÍA: Política de asistencia financiera del Hospital del Distrito New Liberty | FECHA DE VIGENCIA: 1 de julio de 2017 |
| DEPARTAMENTO: Hospital Wide | SUSTITUCIÓN: NUEVA |

PROPOSITO:

Liberty Hospital es el nombre comúnmente utilizado para describir el Hospital del Distrito New Liberty, un hospital del distrito y subdivisión política del Estado de Missouri. El Hospital del Distrito New Liberty fue creado de conformidad con el Capítulo 206 de los Estatutos Revisados de Missouri, en su versión modificada. El Hospital del Distrito New Liberty (en lo sucesivo denominado "Liberty Hospital") cubre las necesidades de cuidado de nuestra comunidad. De acuerdo con nuestra misión de ofrecer servicios de cuidados compasivos, de alta calidad y asequibles, Liberty Hospital se esfuerza por asegurar que la capacidad de un individuo de pagar por atención médica no sea una barrera para los servicios de salud necesarios y no impida a nuestra comunidad de buscar o recibir atención. El Hospital se compromete en asegurar que esa asistencia financiera está disponible para los pacientes médicamente indigentes y garantes de aquellos que no pueden pagar por atención médica de emergencia y necesaria; al mismo tiempo que garantiza el cumplimiento del Liberty Hospital con las leyes estatales y federales y las directrices reguladoras relacionadas con la atención de beneficencia y asistencia financiera.

POLITICA:

Liberty Hospital brinda asistencia financiera para los pacientes médicamente indigentes que cumplen con los criterios de admisibilidad establecidos en esta política.

Situaciones en las que el suministro de asistencia financiera serán consideradas incluidas, pero no se limitan a los siguientes, siempre que tales pacientes cumplan con los requisitos de elegibilidad:

- Los pacientes no asegurados que no tienen la capacidad de pago;
- Los pacientes no asegurados que no tienen la capacidad de pagar por porciones no cubiertas por el seguro;
- Pacientes difuntos sin raíces y sin fideicomiso; y,
- Pacientes involucrados en enfermedades catastróficas o lesiones.

ALCANCE:

Los pacientes que son elegibles para asistencia financiera de manera gratis o con descuento (caridad parcial) y servicios de este programa, son cualquier paciente con servicios intrahospitalarios o ambulatorios o servicio de urgencias, sin incluir los gastos médicos, que no tienen seguro médico, seguro insuficiente, no elegibles para un programa gubernamental o no capaces de pagar por atención médica o emergencia en función de su situación financiera individual. La ayuda financiera bajo esta política está disponible para los residentes del área de servicio del hospital, que incluye los siguientes condados: Clay, Caldwell, Carroll, Clinton, Daviess, Grundy, Harrison, Livingston, Platte y Ray.

"Caridad" o "asistencia financiera" se refiere a los servicios de salud proporcionados por el Liberty Hospital (LH), sin cargo o con descuento a pacientes que califican. Los siguientes servicios de salud son elegibles para consideración en lo dispuesto a esta política:

1. Servicios médicos de emergencia, proporcionados en una sala de urgencias, con exclusión de cargos del médico. (Véase el Apéndice A)

2. Servicios, excluyendo cargos médicos, para una condición que, si no se trata rápidamente, podría esperarse razonablemente que resulte en la colocación de la salud de la persona en peligro grave y/o deterioro grave de las funciones corporales y/o disfunción grave de cualquier órgano corporal o parte, tal como se define por un médico.
3. Los servicios no electivos, con exclusión de los cargos médicos, proporcionados en respuesta a circunstancias que amenazan la vida en una sala que no es de emergencia, tal como se define por un médico.

Servicios excluidos

1. Los procedimientos cosméticos y todos los costos asociados relacionados con la provisión de estos servicios.
2. Servicios no cubiertos o que no se consideran medicamentos necesarios por los programas de Medicare/Medicaid u otras compañías de seguros que proporcionan cobertura. Esto también se aplica a los pacientes que optan por buscar servicios que no están cubiertos bajo el acuerdo de beneficio del paciente, tal como un paciente que busca los servicios fuera de la red, o un paciente que niega transferirse desde el Liberty Hospital a un centro de la red.
3. Los pacientes que se niegan a someterse a proceso de revisión por pares de LH y pruebas de diagnóstico correspondientes en un entorno de no emergencia realizadas en LH.
4. Los pacientes que pueden calificar para Medicaid, pero no cooperen en la preparación de una solicitud o no provean seguimiento necesario en la aplicación o no proporcionen una notificación de rechazo por escrito de Medicaid. Los pacientes de Medicaid que son responsables de pagar una parte de los costos (reducción de costos) no son elegibles para solicitar asistencia financiera para reducir el importe de la participación en los costos. Liberty Hospital tratará de recoger estas cantidades por parte del paciente.
5. Un paciente que está asegurado por un tercero que se niega a pagar por los servicios, ya que el paciente no pudo proporcionar la información necesaria del tercero para determinar la responsabilidad del pagador
6. Si un paciente recibe el pago por los servicios directamente de una indemnización, Seguro Suplementario de Medicare u otro pagador, el paciente no es elegible para la ayuda financiera por los servicios para los que se efectúa el pago.
7. Liberty Hospital puede rechazar la concesión de asistencia financiera a los pacientes que falsifican información con respecto a los ingresos familiares, el tamaño del hogar u otra información en su solicitud de elegibilidad.
8. Si el paciente recibe un arreglo financiero o fallo de un tercero, el paciente debe utilizar el importe de la liquidación o juicio para satisfacer cualquier saldo de las cuentas del paciente que permanecen después de que el seguro paga, cuando proceda.
9. Los servicios de los médicos, tales como anestesiólogos, radiólogos, patólogos, médicos de urgencias y los médicos empleados por la Corporación del Hospital New Liberty, no están cubiertos por esta política. Muchos médicos tienen políticas solidarias que permiten a los pacientes solicitar atención gratuita o con descuento. Los pacientes deben obtener la información sobre la política solidaria de un médico directamente del médico.

DEFINICION (ES)

Importes que generalmente se facturan– Las cantidades que generalmente se facturan (AGB por sus siglas en inglés) es la cantidad permitida en general, mediante la combinación de honorarios de Medicare para los servicios de salud y los aseguradores privados de emergencia y otros servicios médicos necesarios. Liberty Hospital utiliza el método de revisión retrospectiva para determinar AGB.

Gastos médicos catastróficos – Los gastos médicos catastróficos se define como la responsabilidad del paciente que excede el 25% del ingreso anual disponible para el paciente y/o garante. En situaciones en las que un paciente tiene un gasto médico catastrófico, la responsabilidad financiera del paciente después de la caridad puede ser reducida a una cantidad igual al 25% de los ingresos anuales. La responsabilidad financiera del paciente después de la ayuda financiera no excederá el AGB. Los pacientes o garantes cuya responsabilidad financiera no exceda el 25% de los ingresos anuales no son elegibles para este descuento. El descuento se calcula de la siguiente manera: 1.) Determinar los ingresos del hogar como se define a continuación. 2.) Multiplicar los ingresos familiares en un 25%. 3.) Determinar la responsabilidad del paciente 4.) Si la responsabilidad del paciente no es mayor que el 25% de los ingresos, entonces discontinúe el cálculo. Si la responsabilidad del paciente supera el 25% de los ingresos, multiplique la responsabilidad del paciente por 31% (AGB). Paciente o garante debe la menor cantidad de AGB o el 25% de los ingresos familiares.

Normas Federales de Pobreza - Las Pautas federales de pobreza (FPG por sus siglas en inglés) significa que esas guías emitidas por el Gobierno Federal que describen los niveles de pobreza en los Estados Unidos basados en una persona o de los ingresos del hogar familiar. Las pautas federales de pobreza se ajustan de acuerdo a la inflación y publicadas en el Registro Federal. A los efectos de esta política, se utilizarán las guías anuales más actuales. La FPG usadas para los fines de la determinación de asistencia financiera se detalla más adelante en esta política.

Método de revisión retrospectiva – El Método de revisión retrospectiva es previo a doce (12) meses, del 1 de abril al 31 de marzo, período utilizado en el cálculo de AGB

Medicamento indigente - Un paciente médicamente indigente se define como una persona que ha demostrado que él/ella es demasiado pobre para cumplir con su/sus gastos médicos. El paciente médicamente indigente puede o no tener un ingreso, y pueden o no estar cubiertos por el seguro. La posición financiera de cada paciente será evaluado individualmente utilizando las pautas federales de pobreza.

Servicios Médicamente necesarios - Los servicios médicamente necesarios son los servicios que son razonables y médicamente necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad física o mental o lesión; para lograr un crecimiento apropiado para la edad y el desarrollo; para minimizar la progresión de la discapacidad o de conseguir o mantener la capacidad funcional en conformidad con las normas aceptadas de práctica médica en la comunidad de la zona en la que los servicios de salud física o mental se prestan; y, los servicios son suministrados en el lugar más adecuado. Los servicios médicamente necesarios no se utilizan principalmente para conveniencia y no se consideran experimentales o una forma excesiva de tratamiento.

Entidad responsable – Un paciente o los padres del paciente (de nacimiento o adoptivos), padrastros, tutor legal u otra persona que sea legalmente responsable de los pagos a Liberty Hospital por los servicios de salud prestados al paciente.

PROCEDIMIENTO:

Solicitud de asistencia financiera

Los pacientes solicitan ayuda financiera completando una Solicitud de asistencia financiera y proporcionando documentos de apoyo conforme a lo solicitado. Los pacientes pueden obtener una Solicitud de asistencia financiera pidiéndola por escrito o poniéndose en contacto con la oficina de

negocios por teléfono o correo electrónico. La Solicitud de asistencia financiera también está disponible en la página web del Liberty Hospital. La documentación adicional puede ser requerida incluyendo elementos tales como declaración de impuestos federales, carta de exención de IRS, estados de cuenta bancarios recientes, los últimos talones de cheques, carta de la oficina de elegibilidad de Medicaid negando la cobertura de Medicaid, y otros documentos que apoyan el ingreso del paciente/hogar, activos y posición financiera.

Solicitar una copia

La política de asistencia financiera del Liberty Hospital, la Solicitud de asistencia financiera, AGB y resumen en términos sencillos, están disponibles de forma gratuita en www.libertyhospital.org/financiamanagement. Estos documentos y la facturación y la Política de Cobro están disponibles en persona en la oficina de admisión/registro del paciente del Liberty Hospital en 2525 Glenn Hendren Drive, Liberty MO. 64068, o llamando a la Oficina de Facturación al 816-407-4861 o 816-792-7110. Copias en árabe, francés, alemán, español y vietnamita también pueden ser solicitados.

En circunstancias especiales, el requisito para completar el Formulario de Solicitud de asistencia financiera y/o proporcionar documentos adicionales puede estar exentos de la aprobación de la Oficina de Gestión de Facturación.

Ayuda con el proceso de solicitud de facturación es proporcionada por personal de la oficina de Facturación o el personal de Registro/admisión del paciente del hospital. La ayuda puede ser solicitada por teléfono o en persona llamando o visitando los lugares indicados en la sección "Solicitar una copia" de esta política.

Las solicitudes de ayuda financiera tienen una validez de seis (6) meses después de la fecha de aprobación. La ayuda financiera puede ser extendida por un período adicional de seis (6) meses con la afirmación de los ingresos del hogar o ingresos estimados y tamaño del hogar. Todos los pacientes deben volver a aplicar después de que se completó el período inicial de doce (12) meses.

Determinación de asistencia financiera

La elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera no se determina hasta que las actividades para identificar y asegurar el pago de Medicare, Medicaid, víctimas de delitos, otros programas de gobierno, otros programas financiados, seguro médico, seguro de auto protección contra lesiones personales (PIP) o de pago médico, derechos de retención de responsabilidad, reclamos del estado o cualquier otra fuente adecuada posible para el pago se han agotado. Los ajustes de Revocación de Ayuda financiera se harán si se reciben pagos posteriores de terceros. La asistencia financiera se ha de considerar el ajuste de último recurso.

La elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera se basa en el ingreso del hogar al momento en que se solicita la asistencia, expresado como porcentaje del Nivel Federal de Pobreza para el tamaño de la familia, y otras pautas como se indica en esta política.

El ingreso del hogar se define como:

Adultos: Si el paciente es un adulto, "El Ingreso anual del hogar" significa la suma del ingreso bruto total anual o estimado ingreso bruto anual del paciente y el cónyuge del paciente. Los siguientes artículos serán considerados ingresos: salarios, compensación por desempleo, compensación del trabajador, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, pagos por incapacidad, pagos de Veteranos, beneficios de sobreviviente, ingresos de pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos del estado,

fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia y manutención de los hijos. (Se excluyen los beneficios no monetarios, tales como cupones de alimentos y subsidios de vivienda).

Menores y Estudiantes Dependientes: Si el paciente es un menor de edad o dependiente, "El Ingreso anual del hogar" significa la suma del ingreso bruto total anual o ingresos brutos anuales estimado del paciente y los padres del paciente (s) que viven en el hogar. Los mismos elementos que figuran inmediatamente por encima serán considerados parte de "Ingresos anuales del hogar."

El tamaño del hogar se define como:

Adultos: Para el cálculo del tamaño del hogar, incluir al paciente, el cónyuge del paciente, y cualquier dependiente, (tal como se define en el Código de Impuestos Internos (IRC)

Menores: Para el cálculo del tamaño del hogar, incluir al paciente, la madre del paciente, dependientes a cargo de la madre del paciente y dependientes del padre del paciente (como se define por el IRC).

Los activos monetarios: Los activos financieros que sean convertibles en dinero en efectivo sin penalización, incluyendo pero no limitado a cuentas corrientes, cuentas de ahorro, cuentas IRA, CDs, ahorros para el retiro y las inversiones pueden ser considerados al determinar la capacidad del paciente para pagar. En todos los casos se consideran los ingresos de los hogares y la posición financiera del paciente o el tercero responsable a la hora de determinar la asistencia financiera. Un paciente o garante con recursos financieros iguales o superiores a \$ 250,000 no recibirán asistencia financiera.

Bases para calcular los Montos Generalmente Facturados, cuentas del Liberty Hospital solamente

Después que la cuenta del paciente se reduce por el ajuste de la ayuda financiera en base a esta política y las guías, el paciente es responsable de no más que los montos generalmente cobrados a las personas que tienen servicio de Medicare y aseguradoras privadas de salud para emergencias y otros servicios médicos necesarios . La AGB se determina mediante la mezcla de estos dos pagadores. El Método de revisión retrospectiva se utiliza para determinar AGB.

El documento resumido de AGB describe el cálculo y establece el porcentaje utilizado por el Liberty Hospital. El resumen de los montos que generalmente se facturan está disponible en la página web del Liberty Hospital www.libertyhospital.org/financiamiento; Véase el Apéndice B

Los pacientes o los miembros del público pueden solicitar una copia de esta política, disponible sin cargo, en la Oficina de Registro/Admisión del paciente del Liberty Hospital o contactando con la Oficina de Facturación. La ubicación y contactando con la Oficina de facturación. Las locaciones y la información de contacto de la oficina de facturación del hospital se proporciona bajo la "Solicitud de una copia" de esta política.

Presunta Elegibilidad

Liberty Hospital puede recibir recomendaciones de terceros que evalúan independientemente la propensión a pagar y la probabilidad de caridad. Liberty Hospital puede basarse en esas recomendaciones para la base de la determinación de la asistencia financiera cuando un paciente no completa una aplicación. Los pacientes que califiquen para presunta elegibilidad pueden recibir descuentos de caridad completo basados con la prueba de residencia en un refugio para personas sin hogar o en la documentación que indica que sus salarios están por debajo del límite de embargo. Dicha documentación se traducirá en un descuento de caridad 100% durante un período de seis meses.

Aplicación de Guías Federales de Pobreza para la determinación de descuentos para atención de beneficencia

Los porcentajes de las guías de FPG se aplican a los cargos brutos o deducibles y copagos; la responsabilidad del paciente; para los pacientes hospitalizados de emergencia y admisiones de observación; visitas a la Sala de Emergencia (excluyendo los servicios médicos); y, consultas ambulatorias.

| <u>Ingreso % de FPG</u> | <u>Caridad</u> | <u>Responsabilidad del paciente</u> |
|-------------------------|----------------|-------------------------------------|
| 200% o menos FPG | 100% | 0% |
| 201% hasta 220% FPG | 95% | 5% |
| 221% hasta 240% FPG | 90% | 10% |
| 241% hasta 260% FPG | 85% | 15% |
| 261% hasta 280% FPG | 80% | 20% |
| 281% hasta 290% FPG | 75% | 25% |
| 291% hasta 300% FPG | 70% | 30% |
| Mayor a 300% FPG | 0% | 100% |

Determinación

1. Un asesor financiero proporcionará una determinación de elegibilidad de asistencia financiera por escrito dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de toda la información requerida. Aceptación: Una carta comunicando la aprobación de asistencia financiera y el período de elegibilidad aplicables serán enviados a la parte responsable. Una vez aprobada, Liberty Hospital determinará si la parte responsable tiene cuentas adicionales que serían elegibles para el descuento de la caridad hasta 240 días antes de la recepción de la solicitud completa.
2. Negación: En el caso que Liberty Hospital determine que una parte responsable no es elegible para asistencia financiera, una carta de rechazo por escrito será proporcionada a la parte responsable dentro del mismo periodo de tiempo de treinta (30) días e incluirá el motivo (s) por la negación, la fecha de la decisión, y las instrucciones para la apelación o reconsideración.
3. Apelación: La parte responsable puede apelar la determinación de elegibilidad para asistencia financiera al proporcionar información adicional sobre los ingresos del hogar, tamaño de la familia, o de indigencia médica al Liberty Hospital dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de la notificación. Todas las apelaciones de las decisiones tomadas por un asesor financiero serán revisadas por la Oficina de Gestión de Facturación. Si la apelación resulta a la afirmación de la negación previa de asistencia financiera, una notificación por escrito será enviada a la parte responsable. Si se anula la determinación inicial, una carta comunicando la aprobación será emitida como se indica en (1) anterior.
4. La parte responsable continuará recibiendo declaraciones durante la consideración de la solicitud completa. Cualquier cuenta de dicha parte responsable no serán reportadas a una agencia de cobro hasta que se tome una determinación. Si una cuenta se ha colocado en un estado de deuda incobrable, se suspenderán los esfuerzos de cobro hasta que se tome una determinación.

Reembolsos de los pacientes

Liberty Hospital le reembolsará cualquier cantidad que el individuo ha pagado por la atención que excede la cantidad que él/ella está decidida a ser personalmente responsable del pago como persona elegible de la Política de asistencia financiera, a menos que dicha cantidad sea menos de \$5 (o cualquier otra cantidad fijada por aviso u otra guía publicada en el Boletín de Interno de Ingresos).

Política de disponibilidad de asistencia financiera para los pacientes

Esta política está disponible en el idioma primario (s) del área de servicio del Liberty Hospital. Además, todas los anuncios/comunicaciones previstas en esta sección deberán estar disponibles en el idioma (s) primario del área de servicio del Liberty Hospital y de una manera consistente con todas las leyes y reglamentos federales y estatales aplicables.

Información sobre la disponibilidad de asistencia financiera aparece en las declaraciones de los pacientes y está publicado en carteles en las áreas de registro del Liberty Hospital. La Política de asistencia financiera, el resumen de la política en términos sencillos y la solicitud de aplicación de asistencia financiera con instrucciones están disponibles en la página web del Liberty Hospital. Durante la pre-admisión/registro (o tan pronto como sea posible) el Liberty Hospital proporcionará a todos los pacientes con una copia de un resumen en términos sencillos; Se encuentra en el Apéndice C.

Los pacientes o los miembros del público pueden solicitar una copia de esta Política de asistencia financiera, disponible de forma gratuita, en la oficina de registro/Admisión del paciente del Liberty Hospital o poniéndose en contacto con la Oficina de Facturación. La información de contacto de la Oficina de Facturación del Liberty Hospital está disponible en la sección "solicitar una copia" de esta política.

Facturación y Cobro al paciente

Las declaraciones son enviadas a la parte responsable para informarles de los saldos. Los saldos son considerados en mora cuando el responsable no efectúa el pago, ya sea pago aceptable o arreglos de pago aceptables antes del próximo estado de cuenta. Las partes responsables son notificadas de los saldos morosos a través de mensajes en los estados, mediante llamadas telefónicas, mediante avisos finales o por cartas de cobro. Las cuentas morosas pueden ser colocadas para el cobro si la Parte Responsable no responde. Las políticas y prácticas de la agencia de cobro siguen La Ley de Prácticas Justas para el Cobro de Deudas y 501 (r). La agencia demuestra un enfoque de las relaciones del paciente en todas sus prácticas. La agencia utiliza una variedad de métodos de cobro incluyendo cartas y llamadas telefónicas.

Liberty Hospital no participará en las acciones de cobro extraordinarias, tales como los procesos judiciales, embargo de salarios, gravámenes y otras acciones más allá de la generación normal de la declaración y el seguimiento antes de hacer esfuerzos razonables para determinar si el Responsable es elegible para recibir asistencia financiera. Las cuentas que han sido previamente identificadas como deudas incobrables y/o asignados a una agencia de cobros pueden ser objeto de revisión retroactiva. Para obtener más información sobre esta acción o acciones que puedan haber sido tomadas en caso de impago, por favor acceda a la página web de la Política de cobro facturación del Liberty Hospital o contáctese con nosotros al 816-792-7110 o 816-407-4861.

Proceso de Recaudación

Liberty Hospital, la agencia de cobro y la firma de abogados de cobros trabajan con los pacientes para evitar la presentación de demandas por cobranzas siempre que sea posible. Cuando los mecanismos de liquidación o de pago no se acuerdan/alcanzan, el Liberty Hospital, o sus agentes, pueden presentar una demanda en un intento de cobrar las cuentas atrasadas. Cuando una parte responsable aplica a favor es evaluado para asistencia financiera y no es aprobado, y la parte responsable no empieza a pagar a tiempo, bajo un acuerdo negociado, Liberty Hospital puede presentar una demanda en un intento de cobrar las cuentas atrasadas. Todas las solicitudes de cobro son aprobados por el Presidente/CEO/o su asignado del Liberty Hospital.

Si una parte responsable está en contacto con la agencia de cobro o bufete de abogados antes del embargo, se hace un intento de resolver la cuenta o negociar un acuerdo de pago que sea razonable bajo

las circunstancias. Mientras el Responsable haga los pagos a tiempo, según lo acordado en virtud de un acuerdo negociado, no se solicitará el embargo. Los embargos son presentados luego de que se recibe la sentencia, a menos que un tribunal ordene se quede en su lugar o un acuerdo de pago se ha negociado y no ha sido violado. Si la firma de abogados cree que el empleo de las Partes Responsables ha sido terminado, el embargo se puede mantener hasta que se encuentre un lugar de empleo.

Las partes responsables aprobadas para asistencia financiera parcial pueden deber un saldo en la cuenta. La Parte Responsable recibirá una carta de aprobación parcial de asistencia financiera que explica la cantidad aprobada para la asistencia financiera y la cantidad que la parte responsable debe. El Responsable recibirá declaraciones solicitando el pago. Si el pago no se hace, la cuenta cae en morosidad y se envía un aviso final. Si el Responsable no paga el saldo, hace arreglos de pago o solicita asistencia financiera adicional, la cuenta puede ser colocada con una agencia de cobros. Después de la colocación con una agencia, la cuenta morosa puede ser aprobada para una demanda de cobro. Si se logra la sentencia, Liberty Hospital o su agente pueden embargar el sueldo para recuperar el pago en la medida permitida por la ley.

Planes de pagos

Si no son capaces de pagar su saldo en un solo pago, Liberty Hospital ofrece opciones de pago sin intereses y de bajo interés.

Medidas para publicitar la Política de asistencia financiera

Las medidas utilizadas para publicitar ampliamente esta Política a la comunidad y los pacientes incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

- Publicación de la Política, Solicitud de asistencia financiera, AGB y resumen en términos sencillos en la página web del Liberty Hospital en la siguiente ubicación: www.libertyhospital.org/financialassistance
- Copias de la Política, Solicitud de asistencia financiera y el resumen en términos sencillos pueden ser descargados e impresos en el sitio Web mencionado anteriormente.
- Las copias en papel de la política, Solicitud de asistencia financiera, resumen en términos sencillos, AGB y nuestra facturación y Política de cobranza están disponibles para los pacientes previa petición y sin cargo. El paciente puede llamar para pedir o preguntar en la Oficina o el Departamento de Registro/Admisión del paciente del Liberty Hospital
- Proporcionar información cuando un paciente llega en persona o llama a la oficina de negocios.
- Publicación de un aviso en el servicio de urgencias del hospital y las áreas de admisión del Liberty Hospital
- La inclusión de un mensaje sobre los estados de los pacientes del Liberty Hospital para notificar e informar a los pacientes de la disponibilidad de asistencia financiera y dónde llamar para obtener información y aplicación.
- Comunicación de la fecha de inscripción en el documento "Notificación de FAP".

Recurso adicional que puede reducir la responsabilidad financiera del paciente- Crédito de exacción fiscal

Los residentes que viven dentro de los límites del distrito del Hospital New Liberty pagan una pequeña cantidad de los impuestos a la propiedad cada año para ayudar a financiar los servicios y equipos del Liberty Hospital. El monto del impuesto aparece en la Declaración anual de impuestos a la propiedad personal del condado de Clay; y, si la parte responsable es propietario de una casa, aparece en el formulario de

Declaración de Impuestos de Bienes Raíces del Condado de Clay. La cantidad aparece junto a "Impuestos del hospital."

Cada vez que el paciente o la persona responsable tiene una factura de "gastos de bolsillo" o "pago del paciente", pueden recibir un crédito o la reducción de la factura por la porción de "gastos de bolsillo" o "pago del paciente " hasta el importe de los impuestos pagados inmediatamente precedente al año fiscal, si el impuesto es igual o menor que la porción de "gastos de bolsillo" o "pago de paciente". Si el paciente es elegible para una ayuda económica, la porción de "gastos de bolsillo" o "pago del paciente " se reducirá por la cantidad de crédito fiscal aplicada a la cantidad de "gastos de bolsillo" o "pago del paciente".

Para recibir el crédito fiscal o la reducción de la factura, o para recibir un reembolso si el paciente o la parte responsable ya ha pagado la porción de "gastos de bolsillo" o "pago de paciente" de la facturación, proporcione el recibo de impuestos pagados al cajero del Liberty Hospital, que se encuentra en el Liberty Hospital, y el hospital procesará el crédito o reembolso. Si el crédito no se utiliza en total para una fecha de servicio, el saldo se puede aplicar a los servicios adicionales proporcionados.

Dado que los impuestos por lo general se pagan al final, el Liberty Hospital aplicará el crédito o el reembolso por los servicios prestados, en el año siguiente al año fiscal anterior. Como resultado, los impuestos del 2015 se pagarán en el año 2016 y se pueden utilizar para reducir los servicios de "gastos de bolsillo" del Liberty Hospital prestados en el 2016. Los créditos fiscales potenciales no "son arrastrados" o acumulados si no se utilizan para las cantidades de " gastos de bolsillo " durante el año.

Si tiene preguntas relacionadas con el Crédito de Exacción fiscal, por favor, póngase en contacto con el Liberty Hospital al 816-792-7110.

Apéndice A:

Proveedores que no están cubiertos por esta política:

Muchos médicos tienen políticas de asistencia caritativa que permiten a los pacientes solicitar atención gratuita o con descuento. Los pacientes deben obtener información sobre la política de atención caritativa de un médico directamente de su médico.

Los médicos empleados por la Corporación del Hospital New Liberty
Alianza de Radiología (Rayos X, TC, RM y otras interpretaciones de imágenes)
Médicos del Departamento de Emergencia
Clínicas autónomas del Liberty Hospital
Atención de urgencias del Liberty Hospital en Shoal Creek
Patología MAWD (interpretaciones de laboratorio)
Atención Profesional de Anestesia/Asesores del dolor de Northland
Dr. Arnold Katz (Reumatología)

Si tiene alguna pregunta acerca de si un determinado proveedor está o no cubierto por esta política, por favor llame al 816-792-7110.

Calculo de los importes generalmente facturados

Apendice B

Liberty Hospital proporciona asistencia financiera a los pacientes médicamente indigentes que satisfacen los criterios de elegibilidad descritos en la Política de asistencia financiera para los pacientes médicamente indigentes. Después que cuenta (s) del paciente se reduce por el ajuste de asistencia financiera basándose en la política, el paciente/Parte responsable es responsable del recordatorio de la cuenta pendiente de su paciente, que no podrá ser más que el importe generalmente calculado (AGB) para individuos que tienen pago por servicio de Medicare y seguros privados de salud para emergencias y otros servicios médicos necesarios. El Método de revisión retrospectiva se utiliza para determinar el AGB. Los pacientes o los miembros del público puedan obtener el resumen de la Política de asistencia financiera o la Política de asistencia financiera detallada y el documento de solicitud sin cargo poniéndose en contacto con la Oficina de Facturación del Liberty Hospital al 806-792-7110 o 816-407-4861 o visitando la Oficina de Registro/Admisión de Pacientes en 2525 Glenn Hendren Drive, Liberty, MO, 64068.

Los importes generalmente facturados son las sumas de los importes de las solicitudes que han sido permitidas por las aseguradoras de salud divididas por la suma de las cargas brutas asociadas a esas reivindicaciones.

AGB % = Importe de la suma de los créditos aceptados \$ / Suma de los Cargos brutos \$ para esos reclamos

AGB se calcula sobre una base anual.

- Se utiliza el método de revisión retrospectiva. Un período de doce (12) meses, desde el 1 de abril al 1 de marzo es usado;
- Incluye tarifa de Medicare para el servicio y los pagadores comerciales; y,
- Los pagadores Excluye: Medicaid, pendientes de Medicaid, no asegurados, índices de casos de auto-pago, facilidad de facturación de Medicare, vehículo y responsabilidad y Compensación de Trabajadores

Liberty Hospital

Importes generalmente facturados: 31%

Efectivo: 1 de julio de 2017

Resumen de Apéndice C – Parte 1 - Página 1 de 2

Asistencia financiera para pacientes de Liberty Hospital

Si necesita asistencia para pagar sus facturas médicas, quizás seamos capaces de ayudar. Si es elegible para asistencia financiera, puede obtener ayuda para el pago total o parte de su factura.

¿Soy elegible para la ayuda financiera?

Esto se determina en los criterios del paciente, garante y de ingresos de los hogares definidos por las Guías Federales de pobreza. El Hospital también considera el equilibrio de sus activos tales como cuentas corrientes, cuentas de ahorro, IRAs, CDs, ahorro para el retiro, y las inversiones. Además, debe vivir en uno de los siguientes condados que conforman el área de servicio del hospital: Clay, Caldwell, Carroll, Clinton, Daviess, Grundy, Harrison, Livingston, Platte o Ray.

Si reúne los requisitos para recibir asistencia, no se le cobrará más que la cantidad que por lo general se facturaría un paciente con seguro/Medicare. Ver generalmente cantidades facturadas a

www.libertyhospital.org/financialassistance.

¿Qué pasa si tengo un evento médico catastrófico?

En situaciones como enfermedades médicas graves o accidentes que requieren un tratamiento costoso, los pacientes que normalmente no podrían calificar para asistencia financiera pueden ser aprobados para la asistencia parcial.

Si reúne los requisitos, su responsabilidad será el que sea menor:

- 25 por ciento de su ingreso anual del hogar; o
- La cantidad de un paciente con seguro /Medicare que por lo general se facturaría

¿Cuándo puedo solicitar ayuda?

Un paciente puede solicitar en cualquier momento - antes, durante o hasta 240 días después de recibir su primer estado de cuenta después del alta.

¿Cómo me inscribo?

Un paciente tiene que completar un formulario de Solicitud de asistencia financiera (gratis) y proporcionar toda la documentación solicitada.

Para recibir el formulario:

- Descargar el formulario en línea: <http://www.libertyhospital.org/financialassistance>
- Solicitud de asistencia financiera en inglés en el sitio web arriba
- Solicitud de asistencia financiera en español en el sitio web arriba
- Copias del formulario disponible en árabe, francés, alemán, español o vietnamita se pueden obtener a través de la Oficina de Negocios del Liberty Hospital u Oficina de registro/admisión del paciente
- Llame a la Oficina de Negocios del Liberty Hospital al 816-792-7110 o 816-407-4861.
- Visite la oficina de Registro/Admisión del paciente en el Liberty Hospital, ubicada en 2525 Glenn Hendren Drive, Liberty, MO. 64068.

Si tiene alguna pregunta al completar el formulario, por favor llame al 816-792-7110.

¿Qué servicios están incluidos en la ayuda financiera?

Nuestra Política de asistencia financiera, en la página web anterior, cubre las facturas de los pacientes por los servicios que se proporcionan en nuestra sala de emergencia, excepto como se indica a continuación y otros servicios médicos necesarios.

Esta póliza no cubre los médicos independientes, cirujanos, anestesiólogos, patólogos, médicos de urgencias, radiólogos, o cualquier otro médico empleado por la Corporación del Hospital New Liberty

Contáctenos

Para información adicional acerca de asistencia financiera, por favor, póngase en contacto con la oficina comercial de Hospital Liberty al 816-792-7110, L-V, 8:00 a.m.-4:30 pm. Para las facturas del médico, contáctese con la Oficina de facturación del médico.

Resumen de Apéndice C – Parte 1 - Página 2 de 2

- Alianza de Radiología (Radiólogo): 855-410-3198
- Departamento de emergencia: 800- 355-2470
- Clínica Liberty Hospital: 816-407-4200
- Patología MAWD (Patólogo) Servicios de Cobranza McKesson: 866-932-6216
- Atención Profesional de Anestesia/ Asesores del dolor Northland: 913-642-4900
- Atención de urgencias del Liberty Hospital Shoal Creek: 816-415-3369

Apéndice C – Parte 2 – Página 1 de 3



2525 Glenn W. Hendren Drive • Liberty, Missouri 64069-1002 • 816 781-7200

Querido paciente:

Entendemos que una hospitalización puede dar lugar a gastos no planificados. Nuestro Consejo de Administración ha aprobado varias opciones de pago. Estas opciones incluyen el pago por cheque, efectivo, Discover, MasterCard o Visa. Si sus circunstancias no le permiten tomar ventaja de estas opciones, estaremos encantados de considerar otros arreglos de pago. Con el fin de que trabajemos con usted, le pedimos que trabaje con nosotros, proporcionando la información indicada en la solicitud financiera. No somos una institución de crédito y, por lo tanto, no cobramos intereses sobre los pagos que se hacen. Pedimos el mismo tipo de información que es solicitada por una institución de crédito. Es necesario para que podamos trabajar juntos para llegar a una cantidad de pago que sea justa para usted y el hospital.

Su aplicación financiera, completa con archivos adjuntos, debe ser **devuelto a nosotros antes de los 240 días** después de haber recibido el primer estado de cuenta después del alta, pero puede ser devuelto antes. Si no se devuelve la solicitud completa dentro de este plazo dará lugar a la denegación de la solicitud. Además, debe vivir en uno de los

siguientes condados que conforman el área de servicio: Clay, Caldwell, Carroll, Clinton, Daviess, Grundy, Harrison, Livingston, Platte o Ray.

Información necesaria para la revisión de la aplicación financiera:

- ___ Declaración de impuestos de los ingresos familiares del año anterior o carta de exención de IRS
- ___ Dos (2) recibos de pago más recientes de todos los miembros que contribuyen a los ingresos familiares
- ___ Verificación y cantidad de desempleo, beneficios de trabajo y/o beneficios por incapacidad
- ___ Formulario actual W-2 y 1099
- ___ Lista de acciones/bonos, cuentas de jubilación, fondos de inversión actuales (es decir, IRA, CD, 401K)
- ___ Copias de los pagos de Seguridad Social, de Seguridad Suplementaria, beneficio de supervivencia
- ___ Factura de servicios públicos, factura el alquiler o factura de la hipoteca para la prueba de residencia
- ___ Prueba de rechazo de Medicaid
- ___ Estado(es) de la cuenta bancaria de este mes ** por favor tachar los números de cuenta
- ___ Cantidad de asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, o pagos de veteranos
- ___ Cantidad de los ingresos por intereses, dividendos, alquiler, regalías, sucesiones o fideicomisos
- ___ Carta de Familia/padres /amigos verificando el soporte
- ___ Carta de la escuela verificando la condición de estudiante a tiempo completo
- ___ Documentación del centro para indigentes

Para información adicional sobre ayuda financiera, por favor, póngase en contacto con la oficina comercial del Liberty Hospital al 816-792-7110 o con el Consejero Financiero al (816) 407-4861, L aV 8:00 am a 4:30 pm. Las aplicaciones completas pueden ser devueltas en persona a la Oficina de Registro/Admisión de pacientes al Liberty Hospital, ubicada en 2525 Glenn Hendren Drive, Liberty, MO, 64068 o por correo a la misma dirección: atención Oficina de Negocios

Esta información obtenida será confidencial y sólo se utilizará para la determinación de asistencia financiera.

Apéndice C – Parte 2 - Página 2 de 3

POR FAVOR RESPONDA EN INGLES

LIBERTY HOSPITAL
Solicitud de asistencia financiera

Cuenta del paciente #(s): _____

Parte responsable o garante: _____ Seguro Social # _____ - _____ - _____

Nombre del paciente: _____ Social Security # _____ - _____ - _____

Relación del paciente con aplicante: el mismo esposo/compañero Padre/Guardián Hijo Otro : _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Condado _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono de la casa: (____) _____ - _____ Teléfono celular: (____) _____ - _____

*por favor indique si esta es la dirección actual: Paciente Correo Garante

¿Ha hecho usted recientemente o planea hacer una solicitud de Medicaid o Asistencia medica?: SI _____ No _____

Fecha de Solicitud: ____/____/____

Número de miembros de la familia que viven en el hogar (cónyuge, parejas domésticas y personas a cargo): _____

VERIFICACION DE INGRESOS LABORALES (Enumere todas las personas en el hogar que trabajan))

| Nombre | Relación con el paciente | Nombre y dirección del empleador | Ingreso mensual |
|--------|--------------------------|----------------------------------|-----------------|
| | | | Bruto |
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |

OTROS INGRESOS (Enumerar las cuentas mensuales)

| Fuente | Nombre | Relación con el paciente | Valor mensual |
|---|--------|--------------------------|---------------|
| Seguridad Social/Suplementaria, Beneficios de supervivencia | | | |
| Beneficios de desempleo/trabajo/discapacidad | | | |
| Acciones, bonos, cuentas de jubilación, fondos mutuos | | | |
| asistencia de educación, pensión alimenticia, manutención de hijos, beneficios de veteranos | | | |
| Intereses, dividendos, propiedad de alquiler, regalías, sucesiones, fideicomisos | | | |
| Otro | | | |
| Otro | | | |

RECURSOS (Enumere todos los recursos que pertenecen a miembros de la familia y el valor)

Apéndice C – Parte 2 - Página 3 de 3

| Banco o Compañía | Dueño | Cuentas de banco | Ahorro | Acciones/ bonos | CDs | Cuentas de jubilación | Fondos de inversión | Otro |
|------------------|-------|------------------|--------|-----------------|-----|-----------------------|---------------------|------|
| | | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |
| | | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ | \$ |

Esta información obtenida será confidencial y sólo se utilizará para la determinación de asistencia financiera.

LIBERTY HOSPITAL
Solicitud de asistencia financiera

Al firmar a continuación, certifico que la información y documentación proporcionada es una declaración exacta y completa de mi situación financiera actual y doy mi permiso para verificar esta información. Mi falta de pago de cualquier saldo reducido o ajustado me sujetará a las prácticas normales de facturación y cobro del Liberty Hospital.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Documentos necesarios para la revisión de la aplicación financiera:

- Declaración de impuestos de los ingresos familiares del año anterior o carta de exención de IRS
- Dos (2) recibos de pago más recientes de todos los miembros que contribuyen a los ingresos familiares
- Verificación y cantidad de desempleo, beneficios de trabajo y/o beneficios por incapacidad
- Formulario actual W-2 y 1099
- Lista de acciones/bonos, cuentas de jubilación, fondos de inversión actuales (es decir, IRA, CD, 401K)
- Copias de los pagos de Seguridad Social, de Seguridad Suplementaria, beneficio de supervivencia
- Factura de servicios públicos, factura el alquiler o factura de la hipoteca para la prueba de residencia
- Prueba de rechazo de Medicaid
- Estado(es) de la cuenta bancaria de este mes ** por favor tachar los números de cuenta
- Cantidad de asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, o pagos de veteranos
- Cantidad de los ingresos por intereses, dividendos, alquiler, regalías, sucesiones o fideicomisos
- Carta de Familia/padres /amigos verificando el soporte
- Carta de la escuela verificando la condición de estudiante a tiempo completo
- Documentación del centro para indigentes

** Si usted tiene circunstancias especiales que le gustaría considerar, por favor adjunte una carta por separado con una explicación.*

NO COMPLETE POR DEBAJO DE ESTA LINEA

SOLAMENTE OFICINA

AYUDA FINANCIERA

Ingreso bruto total de la familia: _____

Tamaño de la familia: _____

Importe de la Guía de Ayuda Financiera del Hospital: _____

Importe generalmente facturado: _____

Importe total aprobado: _____

Rechazado: _____

Carta de notificación enviada al paciente el ____/____/____

Aprobada por: _____ Fecha: _____ Hora: _____