

## **Freeman Regional Health Services Financial Assistance Policy**

### **1. Introducción**

- 1.1. En un espíritu de caridad, Freeman Regional Health Services (FRHS) existe como una respuesta a la llamada del Señor para un ministerio de sanación para el enfermo, el anciano y el oprimido, y para brindar servicios de salud a todas las personas necesitadas, sin considerar la edad, raza, sexo, credo, lugar de origen, o la habilidad para pagar.
- 1.2. Nuestra filosofía es brindar atención de salud a los pacientes enfermos y necesitados:
  - 1.2.1. Nosotros creemos que brindarle atención médica a quienes la necesitan es una obligación de justicia, también de caridad y misericordia.
  - 1.2.2. Nosotros creemos que todas las personas tienen el derecho de recibir atención de salud medicamente necesaria y acceso igual a tratamiento diagnóstico y terapéutico sin importar su condición financiera.
  - 1.2.3. Nosotros creemos que darle importancia y asegurar que todos tengan acceso igual a la atención de salud medicamente necesaria es una obligación de la sociedad y debe ser compartida por todas las organizaciones de salud y la sociedad en general.
  - 1.2.4. Nosotros creemos que nuestra organización de salud, debido a nuestra preocupación por la dignidad humana, tiene la obligación de responder con todo lo que puede a las necesidades médicas de salud del pobre y del necesitado.

### **2. Rango**

- 2.1. Esta póliza y procedimientos son pertinentes para Freeman Medical Center y Rural Medical Clinics.

### **3. Propósito**

- 3.1. El propósito de esta póliza es de especificar como FRHS considera la asistencia financiera, la atención de caridad, como se lidiará con las peticiones para caridad, y para asegurar que las organizaciones de FRHS sigan y apliquen prácticas de cobro sistemáticamente.
- 3.2. Los pacientes que no tienen seguro médico o que de alguna manera prueben que no tienen habilidades para pagar los servicios de atención médica recibida, pueden aplicar para varios programas de asistencia financiera. Brindar ayuda financiera para necesidades médicas a los pacientes que califiquen, es un elemento esencial para satisfacer la misión de FRHS.

### **4. Póliza**

- 4.1. FRHS se ha comprometido a brindar ayuda caritativa a las personas que tienen necesidades de salud que no tienen seguro médico, seguro médico de baja cobertura, que no califican para programas del gobierno, o que no pueden pagar por su atención médica basado en su situación económica. En acuerdo con su misión de impactar positivamente las vidas y la salud de las personas y de la comunidad brindando servicios de calidad guiados por valores cristianos, FRHS se esfuerza para que la capacidad financiera de las personas que necesitan atención de salud no les impida buscar o recibir esa atención.

- 4.2. La ayuda caritativa no es un reemplazo para la responsabilidad personal. Se exige que los pacientes cooperen con las regulaciones de FRHS para recibir atención caritativa u otras formas de asistencia financiera y que contribuyan con el costo de su atención médica basado en su habilidad para pagar. Individuos y/o familias con la capacidad financiera de comprar seguro médico, se les recomienda que lo hagan, como un medio de asegurar el acceso a los servicios de atención médica, para la salud personal en general, y para la protección de las pertenencias del individuo y/o las familias.
- 4.3. Las operaciones patrocinadas, alquiladas y que le pertenecen a FRHS deben de mantener una regulación de puerta abierta para proveer atención de emergencia y atención médica necesaria a la comunidad dentro del significado de la sección 1867 del Acta de Seguro Social (42 U.S.C.1395dd). Ninguna limitación o situación para brindar atención se basará en la habilidad del paciente para pagar.
- 4.4. Esta póliza está dirigida específicamente para pacientes de bajos recursos, sin seguro médico, y seguro médico de baja cobertura, quienes cumplan ciertos aspectos de elegibilidad y no es dirigida para aquellos que son asegurados, aquellos asegurados por su propia cuenta, los cuales tienen medios para aceptar su propia responsabilidad por los gastos adquiridos.
- 4.5. FRHS reconoce que ciertas leyes estatales y/o federales exigen que se haga un esfuerzo justo para cobrar todas las cuentas y por eso, servicios de agencias colectoras serán utilizadas en acuerdo con prácticas estándares de negocios industriales.
- 4.6. Además, FRHS reconoce que ciertas leyes estatales y/o federales no permiten descuentos para todos los pacientes y por eso, FRHS considerará descuentos basado en cada caso a solicitud del paciente, su representante legal o guardián. FRHS también reconoce que es posible que algunas leyes impidan la cancelación o el descuento de ciertos copagos y deducibles.
- 4.7. Cualquier paciente puede completar una solicitud y aplicar para ayuda financiera. Asistencia financiera podría incluir un ajuste caritativo parcial o completo, Medicaid y otros programas de asistencia del condado y del estado. El programa de asistencia financiera está diseñado para cumplir con todos los requisitos federales, estatales, y de la Asociación Católica para la Salud.
- 4.8. Las organizaciones de FRHS gobernadas por esta póliza tienen la discreción de considerar todas las circunstancias atenuantes cuando determinan la elegibilidad para asistencia financiera y cuando determinan los niveles de descuento. Todas dichas determinaciones deber cumplir con los parámetros de esta póliza a lo mínimo de tal forma que facilite que los pacientes cumplan con la elegibilidad o que los niveles de descuento sean mayores de lo que indica la póliza.

## **5. Principios de guía**

- 5.1. A: Brindar asistencia comunitaria a los pacientes y familias cuando los cobros incurridos por atención hospitalaria/clínica causan demasiado estrés financiero.

5.2. A: Crear un proceso por medio del cual los recursos financieros del paciente sean evaluados (incluyendo el ingreso del hogar, y bajo la ley de algunos estados, el ingreso de los hijos adultos), y proveer ayuda caritativa tomando en cuenta la situación financiera entera del paciente incluyendo todas las obligaciones por la atención médica.

5.3. A: Proveer una práctica estándar y constante de cobro y el programa de ayuda caritativa en todas las organizaciones de atención de salud que son patrocinadas, rentadas y que le pertenecen a FRHS.

## 6. Definiciones

**Deuda Incobrable:** se define como aquellas cantidades de dinero que no se han podido coleccionar y que no cumplen con el criterio de elegibilidad de los servicios de atención caritativa. Deuda incobrable resulta cuando fallan los esfuerzos para coleccionar una cuenta de los pacientes que no quieren pagar. FRHS usara todos los métodos legales disponibles para coleccionar las cuentas de los pacientes que tienen los medios, pero que aun así se niegan a pagar. Todos los descuentos y o las deudas canceladas debido a deuda incobrable no contarán como ayuda de atención caritativa.

**Ayuda Caritativa:** 100% de atención médica de emergencia gratuita o servicios médicos necesarios proveídos por FRHS. Pacientes quienes tienen seguro médico de baja cobertura o que no tienen seguro médico para servicios que son médicamente necesarios quienes son elegibles para cobertura del gobierno u otros programas, y que tienen ingresos familiares que no sobrepasan el 150% de las Guías Federales de Pobreza pueden ser elegibles para recibir ayuda caritativa. FRHS puede determinar y re-determinar la elegibilidad de un paciente para ayuda caritativa cuando sea que la información de elegibilidad de un paciente se haga disponible.

**Económicamente Indigente:** Pacientes quienes tienen seguro médico de baja cobertura o que no tienen seguro médico quienes reciben atención médica sin obligación de pagar o a los que se les hace un descuento con obligación de pagar por los servicios recibidos. Estos pacientes también son definidos como pacientes pobres o económicamente desaventajados y tienen ingresos económicos a nivel o bajo el Nivel de las Guías Federales de Pobreza.

**Indigente por Diseño:** Pacientes a quienes se les ofrece seguro médico y optan por no participar en el plan de seguro médico para los empleados y que tienen un ingreso de 400% sobre el Nivel de las Guías Federales de Pobreza. FRHS tiene la autoridad de reservarse el derecho total, de dar un descuento a pacientes que son indigente por diseño y negociará con dichos pacientes para alcanzar un acuerdo de pago que sea aceptable para ambos. FRHS usará todos los métodos legalmente disponibles para coleccionar las cuentas de pacientes que son categorizadas como indulgentes por diseño. Todos los descuentos en esta categoría no contarán como ayuda caritativa.

Otras situaciones que se consideran Necesitados por Diseño incluyen, pero no están limitadas a:

- Pacientes menores de 26 años que califican para ser incluidos en el plan de seguro médico de los padres.
- Estudiantes universitarios que no eligieron el plan de seguro para los estudiantes.
- Estudiantes universitarios que no tienen ninguna forma de empleo.

**Médicamente Indigente:** Estos son pacientes a quienes las deudas del hospital y de los médicos, después de haber sido pagados por una tercera persona o grupo, exceden los recursos financieros del paciente. El paciente quien incurre gastos médicos catastróficos se clasifica como médicamente indigente cuando el pago requeriría la liquidación de propiedades que son críticos para vivir y causaría demasiado daño al sistema de apoyo de la familia. Además, el médicamente indigente también debe de

incluir gastos médicos catastróficos de los pacientes donde después de haber pagado el tercer equipo, la cantidad residual excede los recursos financieros disponibles del paciente.

**Medicamento Necesitado:** Servicios para la atención de la salud o productos que un médico prudente le proveería a un paciente para el propósito de prevenir, diagnosticar, o de tratar una enfermedad, accidente, enfermedad o sus síntomas de manera que: (a) en acuerdo con los estándares generalmente aceptables de práctica médica; (b) clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, extensión, sitio y duración; (c) No primeramente para la conveniencia del paciente, médico, u otro proveedor de la salud. (AMA definición de “necesidad médica” Póliza H-320.953[3], AMA Policy Compendium).

**Atención Caritativa Parcial:** Atención a un precio descontado por Emergencias o servicios medicamento necesarios proveídos por FRHS. Pacientes que no tienen seguro médico y que tienen baja cobertura médica por atención medicamento necesaria y quienes tengan un ingreso familiar que excede el 150% de las Guías Federales de Pobreza son elegibles para recibir atención caritativa parcial en la forma de un descuento de un máximo del 90% del neto de los cobros como paciente interno, paciente externo y/o de las clínicas. Sin embargo pacientes quienes de lo contrario calificarían para atención caritativa parcial pero que tienen suficientes propiedades para liquidación disponibles para pagar sin convertirse en medicamento necesitados no son elegibles para atención caritativa parcial. Especialistas Autorizados en las Finanzas de los Pacientes, Servicios Financieros para el Paciente y personal autorizado pueden autorizar un mayor descuento de lo que permite la red si la situación es válida para un descuento mayor y podría aumentar a un 100%.

**Paciente –Hogar:** Aquellos que son responsables por pagar por ellos mismos o dependientes. Esto no es limitado a quienes vivan directamente en una sola residencia y podría incluir todas las relaciones dependientes como un hijo/a o un dependiente en la universidad en una ciudad diferente. Esto también podría incluir otros dependientes viviendo en la misma residencia tales como familiares dependientes viviendo dentro del hogar.

**Atención Caritativa Presunta:** Una determinación de que se presume que un paciente es elegible para Atención Caritativa cuando se ha proveído la información apropiada por el paciente o por medio de otro recurso lo cual permite que FRHS pueda determinar que el paciente califica para atención aritativa. (Ver anexo IV)

## 7. Elegibilidad (HR3590 (4)(A)(i))

- 7.1. FRHS cumplirá con una metodología establecida para determinar la elegibilidad para la atención caritativa y la atención caritativa parcial. La metodología debe considerar si ya sea que la atención por los servicios de salud cumple con el criterio de Emergencia o Necesidad Médica, al igual que el ingreso, propiedades netas, tamaño de la familia, y los recursos disponibles para pagar por la atención recibida.
- 7.2. Los pacientes sin seguro médico y seguro médico de baja cobertura quienes tengan un ingreso propio/familiar que exceda el 150% de la presente Guías Federales de Pobreza se les podría otorgar un perdón del 100% de la deuda por su atención de emergencia o atención medicamento necesaria. Se tomaran en cuenta las posesiones de los pacientes para determinar su calificación si su ingreso propio/familiar es a o menor que el 400% de las Guías Federales de Pobreza. Por ejemplo, un paciente con un ingreso anual de \$10,000 y con posesiones netas de \$100,000 podría tener los recursos para pagar su deuda.

- 7.3. Los pacientes sin seguro médico y seguro médico de baja cobertura quienes tenga un ingreso propio/familiar que exceda el 150% de la presente Guías Federales de Pobreza se les podría otorgar un perdón del 90% de la deuda por su atención de emergencia o atención medicamente necesaria basado en una escala de descuento basado en sus ingresos, conocida como sliding scale.
- 7.4. Los pacientes sin seguro médico y seguro médico de baja cobertura y los indulgentes por diseño quienes tenga un ingreso propio/familiar que exceda el 400% del nivel de las Guías Federales de Pobreza podrían calificar para un descuento por su atención médica basado en sus circunstancias particulares. Dichos descuentos se hacen a la discreción de la organización y no serán contados como ayuda caritativa.
- 7.5. La institución FRHS tiene el derecho de aprobar un plan de pago rápido. Dichos descuentos se hacen a la discreción de la organización y no serán contados como ayuda caritativa.
- 7.6. La elegibilidad para la Ayuda Caritativa y la Ayuda Caritativa Parcial se extenderá por un máximo de 180 días de la fecha en la cual se determina la elegibilidad, pero se puede re-examinar en cualquier momento cuando haya información nueva disponible. El periodo de los 180 días depende de si el paciente coopera de buena fé con FRHS en todas las formas de pago.
- 7.7. Las circunstancias que podrían descalificar a un paciente para atención caritativa son:
  - 7.7.1. Fraude (Dar información falsa en la aplicación para Asistencia Financiera & en el Formulario sobre la Información Financiera del Paciente).
  - 7.7.2. El paciente o el representante legal/guardián no responde a las peticiones para información.
  - 7.7.3. Se niega a completar la aplicación para Asistencia Financiera & el Formulario sobre la Información Financiera del Paciente.
  - 7.7.4. Se niega a proveer la información pedida sobre el ingreso y las propiedades.
  - 7.7.5. Se niega a cooperar con la póliza sobre la atención caritativa.
  - 7.7.6. Se niega a cooperar con todos los arreglos de pago razonables.

## **8. Metodología de Cálculación (HR3590 (4)(A)(ii))**

- 8.1. Se deben evaluar todos los recursos financieros disponibles sobre atención caritativa y atención caritativa parcial antes de hacer una determinación. FRHS debe tomar en cuenta todos los recursos financieros del paciente, como también de todas las personas que tengan responsabilidad legal de proveer para el paciente (ej. padres del menor, esposo/a).

Consideración especial se le podría dar a la residencia principal y al automóvil principal del paciente.

8.1.1. Si en el curso de la evaluación de la situación financiera del paciente, FRHS determina que el paciente podría calificar para asistencia federal, estatal, o programas locales, o cubrimiento por seguro médico, se le daría consejería financiera al paciente para ayudarlo a aplicar por la cobertura disponible. **Asistencia caritativa y asistencia caritativa parcial será negada a pacientes/garantes quienes no cooperen completamente aplicando con las coberturas disponibles.**

8.1.2. Los pacientes con Reaseguro Médico y Cuentas de Ahorros Médicos están asegurados para el propósito de esta póliza y la cantidad de depósito será considerada como un recurso disponible para pagar la atención recibida.

8.1.3. Si un paciente tiene un reclamo, o un posible reclamo, en contra de un tercer partido quien podría pagar el cobro de FRHS, el hospital podría posponer la determinación de Ayuda Caritativa esperando el resultado del reclamo pendiente de tal tercer partido.

8.2. La Elegibilidad para la Ayuda Caritativa o Ayuda Caritativa Parcial se determinara usando una escala de descuento basado en sus ingresos, conocida como sliding scale, que sobrepase el 150% del nivel de las Guías Federales de Pobreza a como sea publicado anualmente por el Registro Federal, junto con la consideración de propiedades disponibles y todas las circunstancias justificantes.

8.3. Las organizaciones de FRHS usaran **Anexo V** para determinar Ayuda Caritativa y Aplicaciones para Ayuda Financiera y aplicara el descuento aplicable al cobro del paciente onde el ingreso del paciente excede el 150% del nivel de las Guías Federales de Pobreza.

8.4. Los pacientes/responsables serán notificados por escrito cuando FRHS toma una determinación sobre Ayuda Caritativa o Ayuda Caritativa Parcial.

8.5. Toda la información obtenida de los pacientes y los responsables se tratara como confidencial hasta el punto requerido por la Portabilidad de Seguro Médico y el Acta de Responsabilidad del 1996 (HIPAA) y todas otras leyes aplicables de privacidad federales, estatales o locales.

8.5.1. Las aplicaciones y la documentación pertinente no debe de ser colocada con el expediente de papel o electrónico médico del paciente. Estos deben ser guardados en el Sistema Central de Administración de Contrato u otra Bodega Central Electrónica Asegurada como lo determine el comité.

## 9. Atención Caritativa Presunta **(HR3590 (4)(A)(ii))**

9.2. Se presume que algunos pacientes son elegibles para descuentos de ayuda caritativa basada en las circunstancias individuales de la vida (p.ej., sin hogar, los pacientes que no tienen ningún ingreso, pacientes que han calificado para otros programas de ayuda financieros como estampillas de comida o WIC). FRHS concederá descuentos de ayuda caritativa del 100% sólo a pacientes que se determinen que tengan elegibilidad de ayuda caritativa presunta. FRHS internamente documentará alguno y todas las recomendaciones para proporcionar descuentos de ayuda caritativa presunta de pacientes y otras fuentes

como médicos, comunidad o grupos religiosos, servicios sociales internos y externos o el personal de asesoramiento financiero.

9.2.1. Para determinar si un acontecimiento calificativo bajo elegibilidad presunta se aplica, el paciente/responsable proporcionará una copia de la documentación aplicable que esté fechada en el plazo de 30 días después de la fecha del servicio.

9.2.2. Para los casos en los cuales un paciente no puede completar la aplicación para ayuda financiera, FRHS puede conceder un descuento de ayuda caritativa del 100% sin una petición formal, basada en las circunstancias presuntas, aprobadas por el Director o el Gerente de la Oficina Financiera de FRHS, Director de Cuentas del Paciente, La Oficina Central Cobros, CFO, CEO o los designados de acuerdo con los umbrales de la aprobación encontrados en el Anexo V.

9.2.3. FRHS utilizará el Formulario Estandarizado de Descuento para el Paciente de Ayuda Caritativa –Elegibilidad Presunta (**véase el Anexo IV**).

9.2.4. La determinación de la elegibilidad presunta para un descuento del 100% de ayuda caritativa será hecha por FRHS basado en los ingresos del paciente/responsable, no solamente basado en ingresos del paciente afectado.

9.2.5. Es posible que no se exija que los individuos tengan que completar formularios adicionales o proveer información adicional si ellos ya a calificados para programas que, por su naturaleza, son operados para beneficiar a individuos sin suficientes recursos para pagar por su tratamiento médico. Más bien los servicios proporcionados a tales individuos se pueden considerar ayuda caritativa y se debe la calificación de tales pacientes basados en la elegibilidad presunta. Los ejemplos de las situaciones de los pacientes que razonablemente asisten para la determinación de la elegibilidad presunta se pueden encontrar en el Anexo IV de ésta póliza.

## **10. Proceso de Aplicación (HR3590 (4)(A)(iii))**

10.1. Copias de los documentos para verificar los niveles de ingresos y las pertenencias deberán de ser proporcionados por el paciente/responsable (e.g.: W-2, las declaraciones de impuestos, los talones de los cheques, y estados de cuentas bancarias).

10.2. Se exigirá que el paciente/responsable proporcione la información suficiente para que FRHS determine si él o ella es elegible para beneficios disponibles de seguro médico, Medicare, Medicaid, compensación del trabajador, la responsabilidad de terceros y de otros programas federales, estatales, o locales. **Utilice El Anexo I.**

10.3. En caso que FRHS determine que un paciente es inelegible para la ayuda caritativa o ayuda caritativa parcial, el paciente puede apelar esa decisión en forma escrita Oficial Principal Financiero (CFO) o su designado en un plazo de (30) días después de haber recibido el cobro de la cuenta para la cual se ha solicitado la ayuda financiera. El fallo a hacer una apelación dará lugar a que la decisión sea final. La determinación del CFO o de su designado no se someterá a ninguna otra apelación.

## 11. Procedimiento

- 11.1. Empleados de FRHS identifica pacientes internos y externos sin y pacientes en emergencia/urgencia usando reportes en Meditech.
  - 11.1.1. Empleados chequea la aplicación financiera.
- 11.2. Empleados obtienen la aplicación y documentos necesarios:
  - 11.2.1. Aplicación en papel (**Anexo I**)
  - 11.2.2. Sobre con dirección propia de regreso.
  - 11.2.3. Medicaid, estado or elegibilidad de condado indicado en el cuestionario. Anexos II, III, IV.
  - 11.2.4. Panfleto de asistencia financiera u otro material escrito.
  - 11.2.5. Instrucciones por escrito que incluyen a donde regresar o enviar el paquete y los números de teléfonos para asistencia. Instrucciones no necesitan ser exhaustiva y ser similar a una media pagina de paper con letras grande:

Por favor envíe el paquete de asistencia financiera a:

Freeman Regional Health Services

PO Box 370

Freeman SD 57029-0370

Por asistencia por favor contactenos a 605-925-4000.

### Patientes Internos

- 11.3. Representante Financiero obtiene la aprobación de la enfermera para visita el paciente cuando sea necesario.
- 11.4. El Representante Financiero podría visitar al paciente dependiendo en la condición del paciente, se presenta y explica el programa de la ayuda financiera:
  - 11.4.1. Habla con el paciente (guardián/representante) sobre la situación actual.
  - 11.4.2. Explica todos los programas de asistencia disponible los cuales podrían incluir:
    - 11.4.2.1. Proporciona la información sobre las Guías Federales de Pobreza (FPG por sus siglas in Ingles).
    - 11.4.2.2. Proporciona información sobre la Ayuda Financiera de FRHS y sobre la Póliza de las Prácticas de Cobros.
    - 11.4.2.3. Le informa sobre los documentos exigidos para validar elegibilidad.

- 11.4.2.4. Le informa sobre las pautas legales para solicitar los programas de asistencia.
- 11.4.2.5. Proporciona información sobre el Programa de Asistencia Financiera de FRHS.
- 11.5. El Representante Financiero podría completar la aplicación de Medicaid, cuestionarios preliminares para programas estatales o del condado para determinar si el paciente es elegible para algún programa del sistema de salud.
- 11.6. Si el paciente pre-califica y solicita Medicaid, programas del estado y del condado, y le son negados, el Representante Financiero lo referirá al programa de Ayuda Financiera de FRHS.
- 11.7. El Representante Financiero completa la aplicación para la ayuda financiera.
  - 11.7.1. Proporciona al paciente una lista de los documentos requeridos para completar el proceso.
  - 11.7.2. Proporciona un sobre que contiene la dirección para enviar de regreso los documentos por correo a FRHS.
  - 11.7.3. Proporciona los números telefónicos importantes para que el paciente pueda llamar si tiene preguntas.
  - 11.7.4. Le informa al paciente de que la aplicación, incluyendo todos los documentos requeridos deben completarse dentro de 14 días laborales después de que el paciente sale del hospital
- 11.8. El paciente puede completar la aplicación para asistencia financiera en la casa y enviarla en un sobre a la dirección de FRHS para la aprobación o lo puede hacer en el internet en el sitio [www.freemanregional.com/financialassistance](http://www.freemanregional.com/financialassistance).
- 11.9. El Representante Financiero obtiene todas las firmas necesarias del paciente o de la persona a cargo.

### **Paciente Externo**

- 11.10. Basado en los gastos acumulados, cuando sea necesario, el Representante Financiero se comunica por teléfono con el paciente externo y aquellos que se les dio de alta en el Departamento de Emergencias y realiza todos los pasos mencionados arriba comenzando con el punto 11.4.2.1. Los documentos se envían al paciente con el mismo plazo de 10 días para completar, o se referirá la visita a un colega externo para una evaluación preliminar si es apropiado.
- 11.11. Si la aplicación para ayuda financiera se recibe del Departamento de Servicios Sociales de FRHS, Representante Financiero:

- 11.11.1. Revisa la aplicación para exactitud y que este completa.
- 11.11.2. Determina la elegibilidad del paciente para asistencia financiera.
- 11.12. Si el paciente no es elegible, el representante de asistencia financiera envía una carta al paciente explicándole la razón por el rechazo, el proceso de apelación, y la información para poder comunicarse.
- 11.13. El Director de Finanzas (CFO por sus siglas en inglés) o los Administradores Superiores firma la carta de aprobación de la aplicación (Vea el **Anexo V** para la determinación de ayuda financiera y los niveles autoritativos de aprobación).
- 11.14. El Representante Financiero marca con banderas las cuentas en Meditech como "ayuda financiera pendiente" y documenta por escrito completamente en Meditech todas las actividades.

#### **Clínicas (excluyendo a pacientes externos)**

- 11.15. El Representante Financiero marca con banderas las cuentas en MediteServicios médicos proporcionados en la clínica:
  - 11.15.1. Por procedimientos estándares (Ciclo de Ingresos o de otra manera), Se le pedirán todos los pacientes prueba del seguro medico cuando se registra.
  - 11.15.2. Si el paciente indica que tiene seguro medico, recepcionista/ o la representante en admisiones ofrecerá un paquete de información consistente con el punto arriba.
  - 11.15.3. Si es paciente indica que anteriormente a completado una aplicación para ayuda financiera, la recepcionista/ o la representante de admisiones comprobarán el depósito central verificación.
- 11.16. Servicios proporcionados fuera de la clínica:
  - 11.16.1. La clínica o el médico no podrá razonablemente evaluar para ayuda caritativa en ciertos casos como por ejemplo cuando los servicios se proporcionan dentro de hospitales o en lugares que no son de FRHS.
  - 11.16.2. El grupo médico de FRHS mandará la cuenta al paciente normalmente. Todas las cuentas deben incluir el lenguaje en 12.2 abajo.
  - 11.16.3. Si un paciente solicita una aplicación para ayuda financiera, el departamento de cobros o el personal asignado enviará el paquete concordando con 11.2 arriba.

#### **Después de recibir la Aplicación para Asistencia Financiera completa**

- 11.17. Todas las aplicaciones completas junto con los documentos adjuntos serán remitidos a la oficina de negocios.
- 11.18. Las aplicaciones seran calificaran y se enviaran cartas a los pacientes con las determinaciones tomadas en un plazo de 3 semanas después de haberlas recibido.

## 12. La Facturación y los Cobros (HR3590 (4)(A)(IV)) (dependiente en la regla final del IRS)

- 12.1. En el momento de la facturación, la organización proporcionará a todos los pacientes que son responsables por sí mismos (SELF-PAY), los de bajo ingreso, los que no tienen seguro médico que califiquen para atención médica gratuita o atención descontada bajo esta póliza, la misma información sobre los servicios recibidos y los gastos que se proporciona a el resto de los pacientes que reciben atención. A los pacientes que califican se les dará un descuento como responsables por sí mismos (self-pay) y cualquier descuento caritativo aplicable. Entonces los cobros brutos, los descuentos aplicables, y el saldo neto aparecerán en la factura y el saldo neto será lo que el paciente es responsable por pagar.
- 12.1.1. Si el paciente califica para atención caritativa del 100%, no se enviará ninguna cuenta. En lugar de eso, se enviará una carta indicando que la cuenta del paciente se ha perdonado totalmente.
- 12.2. Cuando se envía una cuenta a un paciente, la organización incluirá en la cuenta toda de la información siguiente:
  - 12.2.1. Un reporte que indica que si el paciente cumple con ciertos requisitos sobre los ingresos el paciente podría ser elegible para un programa patrocinado por el gobierno o para ayuda financiera de la organización para ayudarlo a pagar los servicios que fueron proporcionados; y
  - 12.2.2. Información sobre como comunicarse con alguien de la organización para que el paciente pueda recibir información sobre la póliza de Ayuda Financiera para personas de bajos recursos sin seguro médico y cómo solicitar esa ayuda para el pago de los servicios que fueron proporcionados.
  - 12.2.3. Los avisos y la información para un contacto se pueden imprimir al frente o atrás de la factura del paciente. La nota no necesita ser larga y puede leer " FRHS tiene una póliza de la ayuda financiera si usted cumple ciertos requisitos y no puede pagar su cuenta en parte o completamente. Por favor comuníquese con la oficina de negocios al xxx-xxxx o visite [www.freemanregional.com/financialassistance.aspx](http://www.freemanregional.com/financialassistance.aspx)"
- 12.3. Si el paciente califica para la póliza de la ayuda financiera para bajos ingresos de la organización, y para pacientes sin seguro médico y está cooperando con la organización con respecto a esfuerzos para pagar una cuenta dentro de un período razonable, la organización o su agente no enviará, ni intimidará al paciente de que enviará la cuenta sin pagar a alguna agencia externa de colección. En el momento en que la organización envía la cuenta a una agencia de colección externa, la cantidad referida a la agencia reflejará el nivel reducido de pago para el cual el paciente fue elegible bajo póliza de la ayuda financiera de la organización para los pacientes sin seguro médico y de bajos recursos. FRHS no reporta ningún dato a las agencias de crédito, sin embargo, las agencias de colección que FRHS utiliza pueden divulgar a las agencias de crédito.
- 12.4. FRHS permitirá 240 días después del primer estado de cuenta para el paciente aplicar por asistencia financiera.
- 12.5. FRHS permitirá 120 días después del primer estado de cuenta para aplicar para asistencia financiera antes de iniciar medidas extraordinarias de cobro (ECA para sus siglas en inglés). FRHS utilizará agencias de cobro para ECA.

12.6. Antes de utilizar la agencia de cobros, FRHS proveerá al paciente con un estado de cuenta or una notificación final la cual incluirá un listado de las acción(es) específicas de cobro, su intento de inicio, y la fecha de vencimiento a partir de la cual podría iniciarse (la cual no sería antes de 30 días de la fecha de la notificación que ha sido proporcionada); un resumen del FAP será también incluido en la notificación. El lenguaje usado en el estado de cuenta o la notificación de cuentas es: “Medidas extraordinarias de cobros podrían resultar si no pagos han sido incurrido en los próximos 30 días de esta notificación. Estas acciones pueden incluir enviar su cuenta a la agencia de cobro. Subsecuentemente a juicio, la agencia de cobro puede eliger to proceder con orden judicial.

### **13. Aviso Público, Publicación, y Comunicación con los Pacientes. (HR3590 (4)(A)(v))**

13.1. Las organizaciones de FRHS deberán publicar un aviso, en conformidad con Community Assurance Provision of the Hill-Burton Act y varios otros requisitos Estatales, y Federales con respecto a la disponibilidad de asistencia financiera para el pago por servicios prestados a pacientes de bajos ingresos sin seguro médico.

13.2. Community Assurance Provision of the Hill-Burton Act bajo el Título VI of the Public Health Service Act requires recipients of Hill-Burton Funds exige a las organizaciones que reciben fondos de Hill-Burton faciliten los servicios a personas que residen dentro del área de servicio, sin discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, credo, o cualquier otro motivo no relacionado con la necesidad del individuo para el servicio o la disponibilidad del servicio necesario en la organización. La obligación de servicio a la comunidad no requiere que la organización tenga disponibles servicios que no sean de emergencia a las personas que no pueden pagar por ellos. Sin embargo, se requiere que la organización tenga a disposición los servicios de emergencia sin tener en cuenta la capacidad de la persona para pagar. Esta garantía estará vigente durante el tiempo de vida de la organización; solamente siempre y cuando sea manejada por una entidad sin fines de lucro o una entidad pública. Para referencia, favor de visitar <http://www.hhs.gov/ocr/hburton.html> y <http://www.hrsa.gov/osp/dfcr/obtain/CONSFAQ.HTM>.

13.3. Los avisos deberán ser publicados en el idioma(s) predominante en la comunidad en una forma visible en lugares donde hay un alto volumen de pacientes internos, o pacientes externos, admisiones/registros, como por ejemplo los departamentos de emergencias, oficinas de cobros, oficinas de admisiones, en lugares donde se presta atención a pacientes externos así como también en el sitio de internet de la organización.

13.3.1. Los avisos publicados deberán tener lo siguiente:

13.3.1.1. Una declaración indicando que la organización tiene una póliza de asistencia financiera para pacientes de bajos ingresos y/ó sin seguro médico que no pueden pagar su cuenta y que esta póliza provee cuidado de atención médica caritativa y pagos reducidos para servicios de atención médica; y

13.3.1.2. Identificar un número de teléfono para que el paciente pueda llamar para obtener más información acerca de la póliza de asistencia financiera y de cómo solicitar esa ayuda.

13.4. Además, las organizaciones FRHS publicarán extensivamente la asistencia financiera dentro de las comunidades que ellos sirven. La publicación puede incluir, pero no está limitada a anuncios en el periódico, radio, o anuncios televisados, el sitio de web, anuncios publicitarios, volantes, o en los centros de distribución o lugares frecuentados por las poblaciones necesitadas, tales como las despensas de comida o refugios.

13.5. Hacer razonablemente disponibles, y/o a petición, un folleto "Una guía sobre los cobros del hospital y sobre el seguro médico", ambos forma impresa y en todos los sitios web del hospital.

13.6. Todas las organizaciones de FRHS deberá publicar en el sitio internet o de otra manera poner a disposición del público de una manera razonable, una notificación que tiene un programa de asistencia financiera para personas de bajos ingresos, para pacientes sin seguro médico y la persona o el departamento de la organización para solicitar la asistencia financiera.

#### 14. Limitación en Cobros (HR3590 (5)(A) & (B)) (dependiendo la regulación final del IRS)

14.1. FRHS reconoce que las regulaciones de Medicare exigen que todos los "cobros" del hospital sean iguales del Hospital debido al reporte de costos. Por lo tanto, todos los pacientes deberán de recibir la misma cantidad de "cobro" por el mismo servicio.

14.2. FRHS también reconoce que la Sección 501 (r) (5) limita la cantidad de "cobro" para pacientes que reciben atención de emergencia o de otro tipo de atención médica necesaria a una cantidad no mayor de la que normalmente se le cobra a las personas que tienen seguro médico que cubre ese tipo de atención médica.

14.2.1. Esta disposición se aplica a los cobros del hospital. Las clínicas, lugares de atención de largo y otros cobros por atención salud NO están sujetas a la Sección 501 (5).

14.2.2. Creemos que la intención del Congreso es que aquellos pacientes quienes califican como responsables por su propia cuenta sin seguro médico no se les debe mandar un cobro bruto, sino que más bien se debe facturar el cobro bruto, proveyendo un descuento y se enviará un cobro por la cantidad neta. Creemos que el Congreso utilizó la palabra "cobros" de manera intercambiable con "mandar la factura" que no es correcto en este caso.

14.2.3. Por lo tanto, las organizaciones de FRHS MANDARÁN LA CUENTA al 100% a los pacientes que son **responsables por sí mismos** sin seguro médico que califican para ayuda caritativa o ayuda financiera bajo esta póliza (ingresos de o menos del 400% de las Guías Federales de la Pobreza) no más que el promedio de los 3 pagos más bajos de aquellos que están completamente asegurados calculados anualmente al fin del año fiscal más reciente. (pendientes las regulaciones finales del IRS).

14.3. La factura que se envía al paciente especificará el cobro bruto, el descuento para pacientes que son responsables por sí mismos sin seguro médico, descuento de ayuda caritativa o asistencia financiera y la cantidad neta por la cual el paciente es responsable.

14.4. Las clínicas cobrarán la tarifa de cobros mas cómoda para pacientes responsables por sí mismos sin seguro médico y la factura no mostrará el cobro bruto necesariamente, ni el descuento para pacientes responsables por sí mismos, pero más bien mostrará el cobro neto más cómodo.

#### 15. Requisitos para la Recopilación y el Reporte de Datos

15.1. La Oficina Central de FRHS recopilará anualmente y publicará en su sitio de internet o hará de otra manera disponible para el público razonablemente los datos siguientes de acuerdo con las regulaciones de la Asociación Católica para la Salud (CHA) y las pautas del Internal Revenue Service (IRS):

15.1.1. La cantidad de cobro por atención caritativa basado en el precio de costo.

15.1.2. El costo no reembolsado por atención proporcionada a los beneficiarios de los programas del gobierno incluyendo, pero no limitado a Medicaid y los programas del condado para los necesitados, con este artículo siendo definido como la cantidad que falta y la compensación de reembolso/ ganancias que experimenta el hospital en el abastecimiento de la atención de salud.

15.1.3. El costo no reembolsado por atención proporcionada a los beneficiarios de Medicare, con este artículo siendo definido como la cantidad que falta y la compensación de reembolso/ ganancias que experimenta el hospital en el abastecimiento de la atención de salud. Este artículo no debe ser incluido en el Reporte de los Beneficios de la Comunidad con excepción de que sea en una nota separada.

15.1.4. La cantidad de mala deuda incurrida en basado en costo. Este artículo no debe ser incluido en el Reporte de los Beneficios de la Comunidad con excepción de que sea en una nota separada.

## **16. Conformidad sobre la Vigilancia**

16.1. FRHS Finance y/o FRHS Internal Audit conducirán periódicamente inspecciones para asegurar la conformidad con esta póliza.

## **17. Cambios/Interpretación**

17.1. Esta póliza puede cambiar en cualquier momento sin aviso previo, puede ser interpretada por FRHS a su discreción única, y no tiene la intención de crear ninguna relación contractual u obligación.

ATTACHMENT I

CONFIDENTIAL

Freeman Regional Health Services  
Financial Assistance Application &  
Patient Financial Information

This form is to provide information to assist you in satisfying your financial obligation to FRHS.

Applicant Name \_\_\_\_\_ Spouse or Significant Other Name \_\_\_\_\_

Current Address \_\_\_\_\_ Renting \_\_\_\_\_ Buying \_\_\_\_\_ Years lived at \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Home Telephone \_\_\_\_\_

Marital Status: S M D W Sep Other

Applicant Social Security # \_\_\_\_\_ Spouse Social Security # \_\_\_\_\_

Applicant Birth Date \_\_\_\_\_ Spouse Birth Date \_\_\_\_\_

Please list dependents: (attach separate sheet if necessary)

| Name | Age | Relationship | Name | Age | Relationship |
|------|-----|--------------|------|-----|--------------|
|------|-----|--------------|------|-----|--------------|

|       |       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|

|       |       |       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|

\_\_\_\_\_  
Applicant Employer \_\_\_\_\_ Spouse or Sig. Other Employer \_\_\_\_\_

Position \_\_\_\_\_ Years Employed \_\_\_\_ Position \_\_\_\_\_ Years Employed \_\_\_\_

Have you applied for or do you have Medicaid coverage? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ If not,  
why? \_\_\_\_\_

Are you currently a student? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

If you are under the age of 26 does your parent's employer offer healthcare coverage for you?

Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Applicants should apply for Medicaid and any other potential financial assistance programs before completing this application for Financial Assistance. If you are a resident of South Dakota, you must also apply for County Poor Relief before applying for Financial Assistance. If you have any questions regarding financial assistance or information required on this application, please contact the Patient Accounts Manager at FRHS, 605-925-4000.

By submitting this assistance application, I understand that the facility receiving this application may share it and related documentation with other FRHS facilities that are involved with my treatment or may have provided separate treatment.

Applicant/Spouse/

|  | Applicant | Spouse/Other Household Members | Monthly Household Expenses      | Other Household Members |
|--|-----------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------|
| Monthly Household Income                                     |           |                                |                                 |                         |
| Employment (Gross/Net Pay)                                   | \$ _____  | \$ _____                       | Rent/Mortgage                   | \$ _____                |
| Social Security/Disability                                   | \$ _____  | \$ _____                       | Food                            | \$ _____                |
| Retirement/Veteran Pension (all sources)                     | \$ _____  | \$ _____                       | Car Payments                    | \$ _____                |
| Unemployment Comp.   | \$ _____  | \$ _____                       | Child Care                      | \$ _____                |
| ADC/WIC/Food Stamps  | \$ _____  | \$ _____                       | Transportation/car expense      | \$ _____                |
| Alimony/Child Support  | \$ _____  | \$ _____                       | Medical/Dental*                 | \$ _____                |
| Investment/Interest Income                                   | \$ _____  | \$ _____                       | Insurance (car, medical, etc..) | \$ _____                |
| Other (List _____)   | \$ _____  | \$ _____                       | Credit Card (_____)             | \$ _____                |
| Total Monthly Income   | \$ _____  | \$ _____                       | Collection Agencies             | \$ _____                |
| Net Monthly Income   | \$ _____  | \$ _____                       | Clothing                        | \$ _____                |
| Total Income last 12 months                                  | \$ _____  | \$ _____                       | Other (List _____)              | \$ _____                |
| Copy of Tax Return and last 2 months pay stubs are required. |           |                                | Total Monthly Expenses          | \$ _____                |

ASSETS (Current market value)

|                                    |          |
|------------------------------------|----------|
| Cash on hand/Bank/Savings          | \$ _____ |
| Investments/CD's (Market value)    | \$ _____ |
| Loan/Cash value of Life Insurance  | \$ _____ |
| Residence: sq. ft. total _____     |          |
| Purchase Price                     | \$ _____ |
| Estimated Value Now                | \$ _____ |
| Primary Vehicle: Year/Model _____  | \$ _____ |
| Vehicle: Year/Model _____          | \$ _____ |
| Farm Real Estate: # of acres _____ | \$ _____ |
| Farm Equipment                     | \$ _____ |
| Livestock                          | \$ _____ |
| Rental Property                    | \$ _____ |
| Business                           | \$ _____ |
| Other _____                        | \$ _____ |

Total Assets \$ \_\_\_\_\_

LIABILITIES

|                                    |          |
|------------------------------------|----------|
| Medical Bill* _____                | \$ _____ |
| Medical Bill * _____               | \$ _____ |
| Medical Bill * _____               | \$ _____ |
| Credit Card(s)                     | \$ _____ |
| Loan on furniture & Appliances     | \$ _____ |
| Home Loan (current balance)        | \$ _____ |
| Vehicle Loan (current balance)     | \$ _____ |
| Real Estate Loan (current balance) | \$ _____ |
| Amount owed on farm equip.         | \$ _____ |
| Amount owed on livestock           | \$ _____ |
| Loan on Rental Property            | \$ _____ |
| Loan on Business                   | \$ _____ |
| Amount owed on other               | \$ _____ |
| Amt owed to Collection Agency      | \$ _____ |

Total Liabilities \$ \_\_\_\_\_

\* Out-of Pocket Expense or Liability only (net of any insurance, discounts, third party liability, or any other potential claim)

Were you offered health insurance from your employer? \_\_\_\_Yes \_\_\_\_No

Were you denied health insurance by your employer? \_\_\_\_Yes \_\_\_\_No

Are you eligible for COBRA benefits? \_\_\_\_Yes \_\_\_\_No

I hereby acknowledge that the information given to FRHS is true and correct. I authorize FRHS to verify any of the information given by me. I will provide documentation of this information upon request.

Signed \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signed \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

---

INTERNAL USE ONLY

Points \_\_\_\_\_ Full \_\_\_\_\_ Partial \_\_\_\_\_

Approved \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Denied \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Freeman Regional Health Services

CONSENT TO RELEASE OF INFORMATION TO COUNTY OF RESIDENCE

I, the undersigned, understand that I will receive or have received at the above healthcare facility and at the time of treatment, I either have/had no insurance coverage, and/or am not aware of any insurance coverage, commercial or otherwise, to which the healthcare organization may submit claims on my behalf for the purpose of obtaining payment and/or related benefits for my healthcare treatment. I also affirm that I am not eligible for Indian Health Service benefits nor am I a member of a Native American tribe and thus Indian Health Services and/or the Bureau of Indian Affairs are not potential resources for the FRHS facilities to submit claims for my healthcare treatment on my behalf. I also affirm that I have not served in any branch of the military for any period of time, or if I have served in a branch of the military, the healthcare that I am receiving is not eligible or covered by the Veteran's Administration.

I understand that I may or may not have the personal financial resources to pay the costs for healthcare treatment and care as recommended by my attending/treating physician and as such, this form is being signed by me to authorize all persons, agencies, or institutions (including this healthcare organization and my physician(s)) to release to the welfare director, auditor, states attorney, and/or county commissioners of my county of residence, information concerning my social security number, medical information concerning my healthcare treatment, and financial information concerning me and/or members of my household. This information will be required by my county of residence to process benefits on my behalf for which I may be eligible.

By signing, I indicate that I fully understand this Consent to Release of Information, and am voluntarily signing below.

Dated this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, year.

\_\_\_\_\_

\*Patient Social Security Number

\*County of Residence

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \*Patient

Patient Representative

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Witness

Witness

\_\_\_\_\_

\*Account #

\*Required