

RESUMEN. Y DE ASISTENCIA FINANCIERA POLÍTICA



Hospital General Wayne, Arthur E. Wood Medical Clinic, Waynesboro Family Medicine & Obstetrics, y el Dr. W.A Hendricks General Surgery Clinic ofrece asistencia financiera para emergencias y otra atención médicamente necesaria realizada en el hospital o clínicas propiedad del hospital con un descuento de escala móvil de nuestro normal

Cargos para aquellos pacientes que no dispongan de seguro y cuyos ingresos familiares no superen el 150% del Pautas federales de pobreza como se describe a continuación. Los cargos no excederán los montos generalmente facturados a pacientes con seguro privado o gubernamental.

CÓMO PARA APLICAR PARA. ASISTENCIA FINANCIERA

Para solicitar asistencia financiera, debe completar y devolver la Solicitud de Asistencia Financiera al Departamento de Servicios Financieros o enviarla por correo a Wayne General Hospital, P. O. Box 1249, Waynesboro, MS 39367. También debe presentar otra documentación de respaldo como se describe en la solicitud.

Si califica para recibir asistencia financiera y su premio no cubre el 100% de los cargos del hospital por el servicio, no se le cobrará más por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

ELEGIBILIDAD R.EQUIR. EMENTS

Bajo la Política de Asistencia Financiera de Wayne General Hospital, las personas cuyos ingresos familiares son menores o iguales al 150% de las Pautas Federales de Pobreza son elegibles para recibir atención gratuita o con descuento en la siguiente escala móvil:

<i>Ingreso familiar anual</i>	<i>Importe del descuento</i>
<i>100%-109% de las Pautas Federales de Pobreza</i>	<i>100%</i>
<i>110 -119% de las Pautas Federales de Pobreza</i>	<i>80%</i>
<i>120- 129% de las Pautas Federales de Pobreza</i>	<i>60%</i>
<i>130- 139% de las Pautas Federales de Pobreza</i>	<i>40%</i>
<i>140 -149% de las Pautas Federales de Pobreza</i>	<i>20%</i>

Puede obtener una copia de nuestra póliza y el Formulario de solicitud financiera en nuestro sitio web en www.waynegeneralhospital.org, comunicándose con nuestro Departamento de Servicios Financieros al 601-735-7105, o visitando uno de nuestros mostradores de registro. También puede solicitar que se le envíe por correo una copia gratuita de la póliza y la Solicitud de Asistencia Financiera. Servicios Financieros también está disponible para ayudarlo con el proceso de solicitud de asistencia financiera y para responder cualquier pregunta relacionada con la política.

Hospital General Wayne
Manual de
Políticas

Sección:
Asunto: Asistencia financiera
Aprobado:

Política No. 925
Página 1 de

Fecha Originó: 03/27/2019

(1) Fecha de revisión (2) Revisión

Propósito:

Esto es para describir las circunstancias bajo las cuales Wayne General Hospital, Arthur E. Madera Clínica Médica, Medicina Familiar y Obstetricia de Waynesboro, y el Dr. W.A. Hendricks La Clínica de Cirugía General proporcionará atención gratuita o con descuento a los pacientes que no pueden pagar por la atención médica y para abordar cómo Wayne General Hospital calculará los montos cobrados a los pacientes. Esta política está específicamente destinada a cumplir con los requisitos de las leyes federales, estatales y locales aplicables, incluidas, entre otras, la sección 501 (r) del Código de Rentas Internas de 1986 según enmendado, y las regulaciones en virtud del mismo. En consecuencia, esta política establece: (1) criterios de elegibilidad para la asistencia financiera; 2) la base para calcular los importes cobrados a los pacientes; 3) el método de solicitud de asistencia financiera; y (4) medidas para dar amplia publicidad a esta política dentro de la comunidad.

Definiciones:

1. **Montos generalmente facturados ("AGB")-** El AGB se determina multiplicando los cargos brutos por la atención médica proporcionada por el Porcentaje AGB. El porcentaje AGB es un porcentaje de los cargos brutos y se calcula al menos una vez al año, utilizando el método de retrospectiva. El método de retrospectiva divide (1) la suma de todas las reclamaciones de atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que han sido permitidas por Medicaid, Medicare de pago por servicio y todas las aseguradoras de salud privadas que pagan reclamos al centro durante un período anterior de 12 meses por (2) la suma de los cargos brutos asociados por esos reclamos. El Hospital y las Clínicas utilizan el mismo método de retrospectiva para determinar el Porcentaje AGB, pero el Hospital y cada Clínica tienen AGB separados. Porcentajes. Todos los descuentos descritos en este FAP se aplicarán a AGB por la atención prestada y no por los cargos brutos. El porcentaje actual de AGB para el hospital y las clínicas y una descripción del cálculo se pueden obtener fácilmente de forma gratuita en el Departamento de Servicios Financieros llamando al 601-735-7105.
2. **Atención médica de emergencia - Atención médica proporcionada por Wayne General Hospital** de conformidad con EMTALA a personas con una condición médica de emergencia independientemente de su elegibilidad para recibir asistencia financiera bajo este FAP.
3. **Condición médica de emergencia-** Condiciones definidas bajo EMTALA (42 U.S.

4. EMTALA- La Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (42 U.S.C. §

1395dd) y las regulaciones en virtud del mismo, incluyendo específicamente 42 CFR § 489.24 (o cualquier reglamento sucesor).

5. Acciones extraordinarias de recaudación (" ECA") – ECA incluyen:

5.1. Vender la deuda de un individuo a otra parte ("Comprador") a menos que el Comprador

ha celebrado un acuerdo previo por escrito

5.1.1. Prohibición al Comprador de participar en cualquier ECA para obtener pago por atención,

5.1.2. Prohibir al Comprador cobrar intereses superiores a la tasa establecida en I.R.C. § 6621 (a) (2) en el momento en que se vende la deuda,

5.1.3. Exigir el regreso o la retirada por parte del Hospital tras la determinación de que

el individuo es elegible para FAP; y

5.1.4 si la deuda no es devuelta o retirada por el Hospital para la persona elegible para FAP, exigir al Comprador que se adhiera a los procedimientos especificados en el acuerdo que garanticen que la persona no pague y no tenga la obligación de pagar al Comprador y el Hospital juntos más de él o ella es personalmente responsable de pagar bajo el FAP.

5.2. Reportar información adversa sobre el individuo a agencias de informes de crédito del consumidor u oficinas de crédito.

5.3. Aplazar o denegar, o exigir el pago antes de proporcionar, médicamente atención necesaria debido a la falta de pago de una o más facturas por parte de una persona por la atención previamente proporcionada cubierta por el FAP del Hospital.

5.4. Cualquier acción que requiera un proceso legal o judicial, incluyendo pero no limitado a:

5.4.1. Colocar un gravamen sobre la propiedad de un individuo (que no sean gravámenes permitidos por la ley estatal sobre acuerdos por lesiones personales relacionados con el cuidado),

5.4.2. Ejecución hipotecaria sobre la propiedad de un individuo,

5.4.3. Embargar o incautar la cuenta bancaria de una persona o cualquier otra propiedad personal;

5.4.4. Iniciar una acción civil contra un particular,

5.4.5. Causar el arresto de una persona

5.4.6. Hacer que una persona sea sometida a una orden de apego corporal» o

5.4.7. Embargar el salario de un individuo.

A estos efectos, la presentación de una reclamación en cualquier procedimiento concursal no es una ECA.

6. FAP – La política de asistencia financiera.

7. Pautas Federales de Pobreza ("FPG")- Pautas de pobreza emitidas por el gobierno federal al comienzo de cada año calendario que se utilizan para determinar la elegibilidad para los programas de pobreza ; el FPG actual se puede encontrar en los EE. UU. Sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <http://www.hhs.gov/>.

8. Medicamento necesario- Cualquier procedimiento razonablemente determinado para prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o evitar el empeoramiento de condiciones que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, resultan en enfermedad o dolencia, amenazan con causar o agravar una discapacidad. o causar deformidad física o mal funcionamiento, si no hay otro curso de tratamiento igualmente efectivo, más

conservador o menos costoso disponible.

Política:

1. Es política del Hospital General Wayne proporcionar, sin discriminación, Atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria para las personas, independientemente de la capacidad de pago de la persona o si son elegibles para recibir asistencia financiera.
 - 1.1. Wayne General Hospital no participará en acciones que desanimen a las personas desde buscar atención médica de emergencia, como exigir que los pacientes del departamento de emergencias paguen antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de emergencia.
 - 1.2. Wayne General Hospital brindará atención para afecciones médicas de emergencia que se requiere proporcionar bajo EMTALA.
 - 1.3. La asistencia financiera no se considera un sustituto de la responsabilidad personal, y se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos del Hospital General Wayne para obtener asistencia financiera y contribuir al costo de su atención en función de su capacidad individual de pago.
 - 1.4. Además, el Hospital General Wayne es requerido por el Servicio de Impuestos Internos Servicio para adoptar y difundir ampliamente el FAP.

Procedimientos

2. Tras el registro, se ofrecerá a todos los pacientes un resumen en lenguaje sencillo del PAF. Para aquellos pacientes que se presenten en el servicio de urgencias, se ofrecerá el resumen en lenguaje sencillo del FAP después del cumplimiento de cualquier obligación de EMTALA.
 - 2.1. Para los pacientes que no tienen seguro, tienen un seguro insuficiente o no pueden pagar su deducible o copagos, Wayne General Hospital proporcionará
 - 2.1.1. Un paquete de información que contiene el FAP y la aplicación FAP, y
 - 2.1.2. Asistencia de asesoramiento financiero del personal designado, incluida una explicación y asistencia con el proceso de solicitud de FAP, si se solicita.
 - 2.2. Para todos los demás pacientes, el FAP y la aplicación FAP estarán disponibles gratuitamente. cargo según lo establecido en este documento.
3. Para calificar para asistencia financiera, un paciente debe:
 - 3.1. Complete una solicitud FAP
 - 3.2. presentar documentación de respaldo, incluida la prueba de ingresos (como declaraciones de impuestos sobre la renta para el año presentado más recientemente, talones de pago de los últimos sesenta (60) días, declaraciones W-2, cheques de seguro social u otra documentación que respalde la elegibilidad); y
 - 3.3. Cumplir con los criterios de elegibilidad financiera establecidos en este FAP.
4. Wayne General Hospital no negará asistencia financiera basada en la falta de información o documentación de un paciente a menos que esa información o documentación se solicite en la solicitud FAP o FAP.
5. La Oficina de Negocios determinará si una persona reúne los requisitos para recibir asistencia financiera o si se puede iniciar un ECA contra particulares.
6. **El FAP, la solicitud del FAP y un resumen en lenguaje sencillo del FAP estarán disponibles en el sitio web del hospital.**
 - 6.1. Además, las copias impresas del FAP, la solicitud del FAP y un resumen en lenguaje sencillo del FAP estarán disponibles previa solicitud, tanto por correo como en lugares públicos del Hospital (incluido cada mostrador de registro en todo el Hospital).

y la sala de emergencias) y en clínicas médicas que brindan servicios médicos en el Hospital.

6.2. Se ofrecerá a todos los pacientes un resumen en términos sencillos del PAF durante el proceso de registro (y después del cumplimiento de cualquier EMTALA aplicable) obligaciones).

7. Cada estado de cuenta notificará e informará a los destinatarios sobre la disponibilidad de asistencia financiera en el marco del FAP e incluir los números de teléfono de la Oficina comercial que puede proporcionar información sobre el FAP y la aplicación FAP y la dirección web directa donde se pueden obtener copias del FAP, la solicitud del FAP y el resumen en lenguaje sencillo del FAP.

7.1. El FAP, la solicitud FAP y el resumen en términos sencillos estarán disponibles en Inglés y español.

7.2. El PAF, la solicitud FAP y el resumen en términos sencillos también serán traducido al idioma hablado por cada grupo de dominio limitado del inglés que constituye el menor de 1,000 individuos o el 5% de la población atendida por el Hospital, como se define en su Evaluación de Necesidades de Salud Comunitaria.

8. Wayne General Hospital notificará e informará a los miembros de la comunidad atendida por Wayne General Hospital sobre el FAP de una manera razonablemente calculada para llegar a aquellos miembros que tienen más probabilidades de requerir asistencia financiera de Wayne Hospital General.

8.1. Wayne General Hospital establecerá exhibiciones públicas visibles (u otras medidas razonablemente calculadas para atraer la atención de los pacientes) que notifican e informan pacientes sobre el FAP en lugares públicos en las instalaciones del Hospital, incluyendo, como mínimo, el departamento de emergencias y las áreas de admisión.

Elegibilidad

9. Wayne General Hospital proporcionará asistencia financiera para toda la atención de emergencia

y otros cuidados médicamente necesarios en una escala móvil de hasta el 100% de los cargos y hasta una exención total de copagos después de los ingresos del seguro de terceros basados en la indigencia.

9.1. La escala ofrecerá descuentos que oscilan entre el 20-100% de AGB en función del tamaño de la familia

y sobre las Pautas Federales de Pobreza publicadas .

9.2. Las personas cuyos ingresos familiares son menores o iguales al 150% de las Pautas Federales de Pobreza son elegibles para recibir atención gratuita o con descuento en la siguiente escala móvil:

Ingreso familiar anual	Importe del
100%-109% de las Pautas Federales de Pobreza	100%
110- 119% de las Pautas Federales de Pobreza	80%
120 – 129% de las Pautas Federales de Pobreza	60%
130 – 139% de las Pautas Federales de Pobreza	40%
140- 149% de las Pautas Federales de Pobreza	20%

9.3. Además de los criterios enumerados anteriormente y la información específica que debe presentarse como parte de la solicitud FAP, o en caso de que un paciente no presente una solicitud FAP o presente una solicitud FAP incompleta,

Wayne General El hospital también puede considerar otros indicadores de la capacidad de pago de un paciente, como la cobertura de terceros, los ingresos u otros recursos financieros, y cualquier

datos e informes disponibles públicamente de las agencias de informes crediticios. Como se describe en la sección 9.5 a continuación, Wayne General Hospital puede utilizar determinaciones previas de elegibilidad de FAP para determinar presuntamente la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera.

9.3.1. Los recursos financieros de un padre o tutor pueden considerarse en Determinar la elegibilidad de un paciente que depende del padre o tutor para recibir apoyo financiero.

9.3.2. El hospital también puede considerar otras circunstancias atenuantes, tales como:

Dificultades médicas basadas en el ingreso disponible del paciente en relación con el costo de la atención.

9.4. Esta política solo se aplica a la atención de emergencia o médicamente necesaria realizada en

el hospital y proporcionado por el Hospital, las clínicas y sus empleados.

9.4.1. Esta política se aplicará a la facturación profesional de emergencias y otros cuidados médicamente necesarios proporcionados en el Hospital por los médicos empleados del hospital.

9.4.2. Esta política no se aplica a la facturación profesional por emergencia u otro tipo Atención médicamente necesaria proporcionada por los médicos del paciente que no son empleados del hospital.

9.5. La asistencia financiera se reevaluará anualmente para las visitas después de la aprobación inicial.

9.5.1. Dicha aprobación inicial puede utilizarse para hacer más determinaciones de elegibilidad del FAP antes de ser reevaluado.

9.5.2. Además, la necesidad de asistencia financiera podrá reevaluarse en Cada vez que se conoce información adicional relevante para la elegibilidad del paciente.

10. Los pacientes y/o garantes serán notificados por escrito cuando Wayne General

El hospital determina la cantidad de elegibilidad para el descuento de asistencia financiera.

10.1. Los cargos por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria proporcionada a un paciente elegible para asistencia financiera se limitarán a no más de AGB a aquellas personas que tienen seguro utilizando el año fiscal anterior. método.

10.2. Los descuentos se determinarán en el momento de la facturación.

Notificación al paciente

11. Si un paciente presenta una solicitud completa de asistencia financiera del FAP dentro de los doscientos cuarenta (240) días posteriores al primer estado de cuenta posterior al alta del Hospital para recibir atención, Wayne General Hospital hará y documentará un

Determinación de si el paciente califica para asistencia financiera de manera oportuna.

11.1. Wayne General Hospital suspenderá cualquier ECA contra el paciente por un período razonable para determinar si el paciente califica para asistencia financiera.

11.2. Wayne General Hospital notificará a la persona por escrito de la determinación y base de la determinación.

11.3. Si Wayne General Hospital determina que el paciente califica para recibir asistencia financiera, Wayne General Hospital deberá:

11.3.1. Proporcionar al paciente un estado de cuenta que

11.3.1.1. Indica la cantidad que el paciente debe como paciente calificado, y

11.3.1.2. Muestra o describe el AGB para la atención prestada y cómo Wayne General Hospital determinó la cantidad que el paciente debe como paciente calificado;

11.3.2. Reembolsar cualquier exceso de pagos realizados por el paciente; y

11.3.3. Tomar todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA (con la excepción de una venta de deuda, si corresponde) tomada contra el paciente para cobrar la deuda en cuestión.

12.1f un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera FAP incompleta dentro de los doscientos cuarenta (240) días posteriores al primer estado de cuenta posterior al alta para la atención, Wayne General Hospital proporcionará al paciente la información relevante para completar la solicitud FAP y proporcionar la documentación de respaldo requerida de manera oportuna.

12.1. Wayne General Hospital proporcionará al paciente un aviso por escrito de que: describe la información o documentación adicional que el paciente debe presentar para completar su solicitud de FAP e incluye información de contacto (teléfono y ubicación física) para el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes.

12.1.1. Wayne General Hospital suspenderá cualquier ECA contra el paciente hasta que haya pasado la fecha límite de finalización sin que el paciente haya completado la solicitud FAP.

12.1.2. Si una persona que ha presentado una solicitud FAP incompleta durante el período de solicitud que posteriormente complete la solicitud FAP durante dicho período o dentro de un plazo razonable dado para responder a las solicitudes de información y / o documentación adicional, se considerará que la persona ha presentado se aplicará entonces una solicitud FAP completa durante el período de solicitud y las disposiciones para la tramitación de solicitudes FAP completas .

13. Cualquier notificación o comunicación por escrito requerida en este documento puede ser proporcionada

13.1. en un extracto de facturación o junto con otro material descriptivo o explicativo, siempre que la información requerida esté colocada de manera visible y de tamaño suficiente para ser claramente legible o

13.2. Electrónicamente (por ejemplo, por correo electrónico) a cualquier persona que indique que o

Ella prefiere recibir la notificación por escrito o las comunicaciones.

Facturación y cobros

14. Wayne General Hospital tiene una política de facturación y cobros separada que describe las acciones que el Hospital puede tomar en caso de falta de pago.

14.1. Se puede obtener una copia de la política de facturación y cobros de forma gratuita visitando el sitio web de Wayne General Hospital, www.waynegeneralhospital.org, o llamando a Financial Services 601-735-5151.

Hospital General Wayne
Waynesboro, MS

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Nombre del paciente : -----,-----,-----: C"7"0"----- SS# ----- Garante # _____
Último Primero Medio

Jefe de familia -----,-----,-----: C"7"0"-----
Último Primero Medio

Dirección actual -----,-----,-----
ciudad Estado Cremallera

Números de teléfono: Inicio: ----- Alternar **Teléfono:**----- **Trabajo:**-----

Employer's Name & Address -----
City State Zip

Nombre del cónyuge -----,-----,----- SS del cónyuge # -----
Último Primero Medio

Empleador del cónyuge ----- Teléfono del empleador -----

Dirección del empleador -----,-----,-----
ciudad Estado Cremallera

Estas actualmente elegible o tener alguna cobertura de seguro (es decir. ¿Comercial, Medicare, Medicaid)? O Sí O No

If answered yes, please list all: _____

Haga una lista de todos los miembros de la familia del hogar , incluidos usted y su cónyuge

Nombre (Last. Primero. Medio)	Fecha de nacimiento	Relación
1) _____	_____	_____
2) _____	_____	_____
3) _____	_____	_____
4) _____	_____	_____
5) _____	_____	_____
6) _____	_____	_____
7) _____	_____	_____

Enumere todos los ingresos brutos de los 12 meses anteriores (incluidos todos los miembros de la familia)

SALARIO (por empleo o trabajo por cuenta propia)	Jefe de Casa _____ Esposo _____
-----------------------------------------------------	------------------------------------

SEGURIDAD SOCIAL	Jefe de Casa _____ Esposo _____ Niños _____
------------------	---------------------------------------------------

<u>NO INGRESOS SALARIALES</u>	Otro _____ Pensión alimenticia _____
-------------------------------	-----------------------------------------

Manutención de los hijos Militar y Asignaciones Pensión/Dividendos Otros ingresos	_____
<u>Total Renta</u>	_____

*Hospital General Wayne
Waynesboro, MS*

Certifico que la información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Como parte de este proceso de solicitud, Wayne General Hospital puede verificar la información contenida en mi solicitud y otros documentos requeridos en relación con la solicitud, ya sea antes de que se apruebe la solicitud o como parte de su programa de control de calidad. Además, solicitaré cualquier asistencia (Medicaid, Medicare, seguro, etc.) que pueda estar disponible para el pago de mis cargos hospitalarios, y tomaré cualquier acción razonablemente necesaria para obtener dicha asistencia y asignaré o pagaré al hospital la cantidad recuperada por los cargos hospitalarios. Si alguna información que he dado resulta falsa, entiendo que el hospital puede reevaluar mi estado financiero y tomar las medidas que sean apropiadas.

Firma del(de los) solicitante(s)

(Fecha)

Por favor, compruebe a continuación según corresponda:

_Renta Se ha presentado la declaración de impuestos (año de __). Presentar una copia del impuesto sobre la renta devolución.

_Income impuesto no ha sido presentado. Por favor, firme a continuación:

Yo certificar que Yo no tienen archivado/testamento No presentar una declaración de impuestos.

(adicional información es Obligatorio.) Firma: _____ Fecha de firma: _____

Llame al número a continuación para discutir los requisitos adicionales:

Haley Sharp
Gerente de Cobranza
601-735-7105