

Centro de Salud Regional de Salina

Resumen en Lenguaje Sencillo de la Póliza de Asistencia Financiera

Desde su creación, el Centro de Salud Regional de Salina afirma y mantiene sus compromisos de servir a nuestra comunidad independientemente de edad, raza, color, religión, sexo, nacionalidad de origen, discapacidad, posición de veterano, identificación de género o si tiene o no seguro médico. Para cumplir con estos principios, el Centro de Salud Regional de Salina provee asistencia financiera a ciertas personas que reciben emergencia médica u otro cuidado necesario de este Centro de Salud. Este resumen proporciona una pequeña perspectiva general de la Póliza de Asistencia Financiera del Centro de Salud Regional de Salina.

¿Quién es Elegible?

Es posible que pueda obtener asistencia financiera. La asistencia financiera es generalmente determinada por su ingreso total del hogar comparado con el Nivel Federal de Pobreza. Si su ingreso es menor o igual al 200% del Nivel Federal de Pobreza, usted puede recibir una cancelación de 100% de ayuda caritativa de la porción de los cargos de los cuales es responsable. Si su ingreso está por encima del 200% del Nivel Federal de Pobreza pero no excede el 300% del Nivel Federal de Pobreza, usted puede recibir tarifas de descuento en escala proporcional. Los pacientes que son elegibles para recibir asistencia financiera no se les cobrará más de las cantidades que generalmente son facturadas a pacientes con cobertura de seguros por la atención calificada.

¿Qué Servicios están Cubiertos?

La Póliza de Asistencia Financiera se aplica a emergencias y otros cuidados médicamente necesarios. Estos términos son definidos en la Póliza de Asistencia Financiera. Servicios electivos no son cubiertos por esta póliza.

¿Cómo puedo Aplicar?

Para aplicar por asistencia financiera, normalmente se completa una aplicación por escrito y se provee documentación de apoyo, como esta descrito en la Póliza de Asistencia Financiera y en la aplicación de la Póliza de Asistencia Financiera.

¿Cómo Puedo Recibir Ayuda Para Aplicar?

Para recibir ayuda para llenar la aplicación de la Póliza de Asistencia Financiera, puede contactar al Departamento de Finanzas de Servicios del Paciente, ubicado en 217 S. Santa Fe, Salina, KS 67401 o llamando al 800-272-8790 o 785-452-6299.

¿Cómo Puedo Obtener Más Información?

Copias gratis de la Póliza de Asistencia Financiera y la aplicación de Asistencia Financiera Están disponibles en el Departamento de Finanzas de Servicios al Paciente, ubicado en la 217 S. Santa Fe, Salina, KS 674101 o llamando tanto al 800-272-8790 como al 785-452-6299. También pueden ser descargados de la página web www.srhc.com.

Las traducciones de la Póliza de Asistencia Financiera, de la aplicación de la Póliza de Asistencia Financiera, y de este resumen en lenguaje sencillo están disponibles en los siguientes idiomas según petición:

Spanish

Póliza de Asistencia Financiera

PÓLIZA:

Desde su creación, el Centro de Salud Regional de Salina (SRHC) afirma y mantiene sus compromisos de servir a nuestra comunidad independientemente de edad, raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad, condición veterana, identificación de género o si tiene seguro médico o seguro insuficiente. Para cumplir con estos principios, el Centro de Salud provee asistencia financiera a ciertas personas que reciben emergencia médica u otro cuidado necesario en este Centro. Por lo tanto, este resumen proporciona una pequeña perspectiva general de su Póliza de Asistencia Financiera. El SRHC tiene la intención de cumplir y aplicar en esta póliza todas las leyes federales, estatales y locales respectivamente.

1. La decisión de otorgar la asistencia financiera (total o parcial) estará basada únicamente en la capacidad de pago del paciente y no en edad, raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad, condición veterana o identificación de género.
2. Esta póliza se aplica a todas las emergencias de cuidado y otros servicios medicamente necesarios proporcionados por SRHC en un hospital.
3. No se ofrece descuento como contraprestación para acceder a servicios de salud actuales, pasados o futuros. La existencia de esta póliza no se utilizará como un medio de mercadeo dirigido a pacientes o proveedores de atención médica.
4. El centro de salud asistirá al paciente en los métodos de asistencia financiera cuando sea posible. Esta acción es permitida al SRHC para proveer el nivel máximo de asistencia financiera necesaria dentro de sus recursos. El fallo en cooperar resultará en una negación de la aplicación.
5. Para todos aquellos que buscan asistencia financiera en el SRHC, se mantendrá la confidencialidad de la información. El SRHC respeta y valora la dignidad de todos los pacientes y sus familiares.

DEFINICIONES:

1. **Paciente no asegurado** – Individuo que no tiene seguro médico, no tiene cobertura de terceros por una aseguradora comercial; o un plan ERISA; un Programa de Cuidado de Salud Federal (incluyendo Medicare, Medicaid, SCHIP y Tricare sin limitación), la compensación de trabajadores, una Cuenta Médica de Ahorros, una Contribución Voluntaria de Gastos Médicos o un Seguro Alternativo de salud, o cualquier otra cobertura completa o una parte del costo del paciente, incluyendo reclamos contra cobertura de terceros por seguro.
2. **Asistencia Financiera al Paciente no Asegurado** – Una reducción en los costos facturados a un paciente no asegurado por servicios hospitalarios o ambulatorios de acuerdo con las Pautas de Asistencia Financiera para Pacientes No Asegurados.
3. **Programa de Cuidado de Salud Federal** – Cualquier programa de cuidado de salud operado o financiado por lo menos en parte por el gobierno federal, del estado o local.
4. **Guía de Asistencia Financiera al Paciente** - La matriz para determinar la deuda del paciente no asegurado por pagos de los costos facturados.
5. **Pacientes con seguro insuficiente** – Pacientes que están asegurados o califican para un programa privado o gubernamental que proporciona cobertura de los servicios prestados pero no tienen los recursos para pagar el costo de la parte privada.

6. **Hogar** – Incluye a todos los individuos que residen juntos, relacionados o no.
7. **Ingreso** – Incluye todo el dinero traído al hogar y el valor de cualquier regalo y/o apoyo proporcionado por otros tales como alquiler gratuito/con descuento, utilidades, pagos del carro, comida, etc. Además, el SRHC se reserva el derecho de incluir el exceso de activos líquidos como ingreso.
8. **Exceso de Activos Líquidos** – Los activos serán considerados líquidos si ellos pueden ser cambiados en un año por efectivo. Estos incluyen cuentas de cheques, cuentas de ahorro, fondo común, y otras inversiones. Adicionalmente, los activos líquidos incluyen el valor liquidado de un objeto de lujo, acciones en vehículos recreacionales, barcos, una segunda vivienda, propiedades en alquiler, etc.
9. **Comunidad** – El área del Centro y Norte de la Ciudad de Kansas
10. **Cuidado de Emergencia** - Cuidado para tratar una afección médica que se manifieste por síntomas agudos de severidad suficiente (incluyendo dolor intenso) de tal manera que la ausencia de atención médica inmediata puede resultar en serio deterioro de la función corporal, disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, O poner en peligro la salud de la persona.
11. **Medicamento Necesario** – Cuidado que es determinado como necesario medicamento luego de una evaluación de mérito clínico realizada por un médico con licencia de consulta y en consultación con el médico que lo admite. En caso de que la atención solicitada por un Paciente cubierto por esta póliza se determine que no es medicamento necesaria por un médico que revisa, esa determinación también debe ser confirmada por el médico de admisión o de referencia.
12. **Paciente** – Esas personas que reciben cuidado de emergencia o cuidado medicamento necesario y la(s) persona(s) que sea/sean responsable(s) financieramente por el cuidado del paciente.
13. **Cantidad Generalmente Facturada o AGB** – La cantidad generalmente facturada a individuos que tienen seguro por emergencia o cuidado medicamento necesario.

FACTURACIÓN PARA EL NO ASEGURADO

1. Todos los no asegurados recibirán un descuento de cargos estándar en su factura. Este descuento será igual al 30% de los cargos facturados. Cualquier ajuste en el futuro estará basado de acuerdo a los lineamientos de Asistencia Financiera al Paciente.
2. Una compañía/servicio será utilizado para ayudar a pacientes no asegurados con facturas de hospitalización, o cuentas ambulatorias grandes y determinará la elegibilidad para programas que puedan estar disponibles para cubrir costos médicos.
3. La Asistencia Financiera al No Asegurado se aplica solamente a los productos y servicios definidos como “medicamento necesario”.
4. Esta póliza no se aplica a médicos, a familiares inmediatos de médicos, ni a honorarios profesionales de médicos. Consulte la Póliza de Asistencia Financiera del Centro y la lista de cobertura de los proveedores.
5. De ser solicitado, los pacientes no asegurados elegibles para descuentos descritos en esta póliza deben completar una solicitud de participación en Medicaid o para cobertura de otros programas de pago gubernamentales. Si no completa la solicitud o si no proporciona documentación de respaldo, esto resultará en una negación de asistencia financiera.

FACTURACIÓN CON SEGURO INSUFICIENTE

1. Los Pacientes con seguro o que tienen cobertura por programas privados o gubernamentales, podrán tener la porción privada de pago de sus facturas ajustada basado en los Lineamientos de Asistencia Financiera del Paciente.

PROCEDIMIENTO PARA LA ELEGIBILIDAD

1. Notificación de la Póliza de Asistencia Financiera al Paciente sin Seguro.
 - a. A la mayor brevedad posible, el personal del SRHC hará lo posible en determinar si un paciente tiene cobertura de terceros por alguna parte de la factura del hospital.

b. La petición de asistencia financiera puede ser solicitada por el paciente, un miembro de la familia, o un amigo de la familia, así como también cualquier empleado del SRHC o miembro del personal médico.

2. Determinación de la Elegibilidad / Proceso de Aplicación

a. Una copia gratis de la aplicación para Asistencia Financiera y la póliza pueden ser obtenidas contactando al Departamento de Servicios Financieros del Paciente, ubicado en la 217 S. Santa Fe, Salina, KS 67401 o llamando tanto al 800-272-8790 como al 785-452-6299. Estos también pueden ser descargados de la página www.srhc.com. El tiempo de entrega de la Póliza y la Aplicación para Asistencia Financiera dependerá de si la identificación se haya hecho al momento de recibir el servicio, durante el proceso de facturación o durante la recaudación. El solicitante debe completar la Aplicación para la Asistencia Financiera y proveer la información requerida descrita abajo en el Párrafo 2(b). Luego de que el paciente haya llenado completamente la aplicación, el personal del hospital revisará la aplicación y la comparará con el criterio de elegibilidad.

b. Al evaluar la necesidad del Paciente para asistencia financiera, el personal puede revisar la planilla W-2 del Paciente, los talones de pago, declaraciones de impuesto, verificación por escrito de los salarios del empleador y/o una verificación por escrito y un organismo de bienestar público u otras agencias del gobierno testificando sobre el estatus del ingreso del paciente. Dada la solicitud, el Paciente debe aportar documentación adicional razonable y necesaria para verificar el ingreso del Paciente incluyendo la documentación para determinar exceso de activos líquidos. Cualquier incumplimiento de la información requerida resultará en la negación de la solicitud.

c. Una vez culminada la determinación de elegibilidad, el SRHC le proporcionará al paciente una carta certificada.

d. Una vez determinada la elegibilidad del paciente, esta se hará vigente por un período de seis meses o hasta que cambie su estatus financiero, cualquiera ocurra primero.

2. Cálculo de Caridad / Asistencia Financiera y Directrices Aplicables

a. El personal del SRHC calculará la responsabilidad financiera de un Paciente basado en el ingreso de hogar y de acuerdo a los Lineamientos de Asistencia Financiera del Paciente. Los Pacientes con un ingreso de hogar menor al 200% de los Lineamientos de Pobreza Federal pueden ser elegibles hasta un 100% de la reducción del costo. El ingreso de hogar comprendido entre el 201% y 250% de los Lineamientos de Pobreza Federal pueden ser elegibles para un 50% de reducción de costos, y un ingreso de hogar entre 251% y 300% de los Lineamientos de Pobreza Federal pueden ser elegibles para un 25% de reducción de costos. El ingreso de hogar que exceda el 300% de los Lineamientos de Pobreza Federal no será elegible para la reducción de costos.

b. El SRHC se reserva el derecho de otorgar descuentos de asistencia financiera en circunstancias extraordinarias a Pacientes que no cumplan con el lineamiento declarado anteriormente. Se reconoce también por las partes que hay un pequeño porcentaje de una población de pacientes sin seguro, los cuales tienen activos muy sustanciales y fácilmente podrían pagar por atención médica, pero quienes, debido a tener ingresos exentos de impuestos u otro tipo, no tendrán ingreso reflejado en una declaración de impuestos u otro. Para abordar estas situaciones limitadas y extraordinarias, el SRHC se reserva el derecho de hacer una excepción con estos individuos en cuanto a asistencia financiera.

c. Los pacientes o las familias pueden apelar la decisión con respecto a la asistencia financiera al proveer una solicitud por escrito de apelación al departamento de Servicios Financieros al Paciente dentro de 30 días de la decisión inicial. La razón de la apelación debe estar documentada en la solicitud e incluir cualquier documentación adicional no proporcionada anteriormente. Todas las apelaciones serán consideradas por un comité de apelación de asistencia financiera del SRHC. De esta manera, las decisiones del comité serán enviadas por escrito al Paciente o Familia que solicitó la apelación. La decisión de apelación del comité será definitiva.

d. La Recaudación/acción legal pueden ser utilizadas para recolectar los montos adeudados si la parte responsable se niega a cooperar en el proceso de determinación de ayuda financiera y hacer y seguir arreglos de pago adecuados. Además, la recaudación/acción legal puede usarse para cobrar los montos adeudados que quedan después de haberse tomado determinaciones de ayuda financiera y la persona responsable no haga y siga los arreglos de pago adecuados. Se puede tomar medidas legales para adjuntar salarios cuando se cree que hay ingresos suficientes para pagar la cantidad adeudada. (La Política de Facturación y Cobro se puede obtener poniéndose en contacto con el Departamento de Servicios Financieros del Paciente).

LIMITACIONES EN LOS CARGOS PARA PACIENTES ELEGIBLES PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Los pacientes elegibles para Asistencia Financiera no se le serán cargados individualmente más que el AGB por la atención de emergencia y otros cuidados medicamente necesarios, y no más que los cargos brutos por cualquier otra atención médica. El SRHC calculará el porcentaje del AGB usando el método "look-back" e incluyendo todos los aseguradores de salud privados que pagan reclamaciones al SRHC, todo esto de acuerdo con el 501(r). Se puede obtener una copia gratuita del cálculo y el porcentaje del AGB contactando al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes.

INTERPRETACIÓN

Esta póliza está hecha para el cumplimiento del 501(r), excepto donde se indique específicamente. Esta póliza, junto con todos los procedimientos aplicables, deberá ser interpretada y aplicada de acuerdo con el 501(r), excepto donde se indique específicamente.

IDIOMAS

Las traducciones de la Póliza de Asistencia Financiera, la solicitud de Póliza de Asistencia Financiera y este resumen en lenguaje sencillo están disponibles en los siguientes idiomas bajo petición:

Español