



Objetivo

Para definir la política y el procedimiento apropiados para determinar y conceder ajustes del Programa de Atención Comunitaria y descuentos para pacientes sin cobertura médica.

Concepto

Fort HealthCare, Inc (FHC) es un hospital caritativo y sin fines de lucro y reconoce que ciertos individuos no tendrán la capacidad de pagar por servicios proporcionados a ellos mismos o miembros de su familia inmediata. Es la política de FHC poner ajustes del Programa de Atención Comunitaria si determinamos que todas otras maneras de pagar están agotadas y el paciente no tiene otra forma de hacer pagos en la cuenta. Ajustes del Programa de Atención Comunitaria será concedido al juicio de FHC después de considerar los criterios. Recomendamos a personas que tienen ingresos menos que 200% de la Línea Federal de Pobreza (LFP) que busquen servicios por Rock River Free Clinic.

Esperamos que individuos cooperan con el proceso del Programa de Atención Comunitaria de Fort HealthCare. Esto puede requerir la compra de seguro médico, si puede financieramente, o solicitar programas del gobierno. En casos cuando un paciente aparece elegible pero comprobante no está disponible, Fort HealthCare podría usar agencias externas para determinar y asistir con elegibilidad.

Pacientes sin cobertura médica se definen como pacientes que no tienen seguro médico porque no son elegible para cobertura o los servicios no son cubiertos por su seguro médico o por cobertura del estado, gobierno, responsabilidad civil o compensación de trabajadores.

Fort HealthCare proporcionará atención de emergencia a individuos sin tener en cuenta su capacidad de pagar. Individuos elegibles no serán cobrados más que las cantidades cobradas generalmente por cuidados emergencia. Apéndice A define los métodos para calcular las Cantidades Cobradas Generalmente (CCB).

Asistencia Financiera no considera edad, sexo, raza, estado social, estatus migratorio, orientación sexual o afiliación religiosa.

Esta política cubre todos los departamentos de Fort HealthCare incluso las clínicas de Fort Medical Group. Consulte a Apéndice B para cobertura específica.

Criterios Generales Del Programa De Atención Comunitaria

1. Ajustes del Programa de Atención Comunitaria están disponibles a personas elegibles que viven en nuestro área de servicio primario y secundario y que requieren atención médica

necesaria pero que no pueden pagar por los servicios. Elegibilidad del Programa de Atención Comunitaria será ofrecida a personas cuyos ingresos de familia no exceden el límite de pobreza actual de Community Service Administration (consulta el **Attachment #1 – Community Care Discount Table**). Personas cuyos ingresos son menos que 200% del límite serán consideradas para un ajuste completo de su saldo de cuenta. Personas cuyos ingresos son más que 200% del límite pero no son más que 400% del límite serán elegibles para un descuento parcial del Programa de Atención Comunitaria.

2. Ajustos del Programa de Atención Comunitaria serán considerados después de revisión cuidadosa de la cuenta del paciente y después de determinar que reembolso de terceros no está disponible. Un **Cuestionario Financiero** firmado (consulta el **Attachment #2**) será completado por el solicitante del Programa de Atención Comunitaria. Se puede completar este cuestionario en línea en www.forthhealthcare.com o se puede entregar el cuestionario mandado por un Representante de FHC. Se puede hacer una cita con nuestro Defensor Financiero de Pacientes para asistir en completar la solicitud sin cargo.

Es necesario identificar dependientes legales si están reclamados en la declaración fiscal más reciente o si residen en la residencia. Ingresos brutos en el cuestionario deben incluir todos los ingresos de las casa y requieren documentos de soporte (es decir, declaración fiscal más reciente, tres recibos de pago más recientes, documentos de W2, documentos de compensación por desempleo, cartas de empleadores...). Una copia de la carta de Workforce Development que le deniega compensación por desempleo puede ser requerida si un solicitante del Programa de Atención Comunitaria manifiesta que no tiene ingresos. También puede ser requerida una copia de la carta que verifica la denegación de beneficios de Medicaid. Si un solicitante del Programa de Atención Comunitaria debe no ha solicitado beneficios de Medicaid o seguro médico por el Marketplace, debe solicitarlos antes de que la solicitud esté procesada. Si un solicitante entrega la solicitud sin comprobante suficiente de ingresos o sin otra información necesaria, él/ella será contactado por teléfono o carta para hablar de otra evidencia de ingresos que tiene disponible. La solicitud puede ser denegada por falta de cooperación en completar el cuestionario.

3. FHC entiende que pueden haber casos en cuales un solicitante del Programa de Atención Comunitaria tiene ingresos que exceden el límite citado pero gastos también exceden ingresos. En estos casos el solicitante no puede aceptar carga financiera adicional. Un ajuste del Programa de Atención Comunitaria puede ser adecuado para estos individuos.
4. Después de revisión de un Cuestionario Financiero completado, un Representante de Servicios de Negocios hará una recomendación para el Programa de Atención Comunitaria. Recomendaciones menos que \$5000 será aprobadas por el Director del Ciclo de Ingresos. Recomendaciones más que \$5000 será aprobadas por el Vicepresidente de Finanzas y Desarrollo Estratégico o el Presidente/Director Ejecutivo. Cuando la solicitud de Atención

Comunitaria está aprobado, el individuo recibirá noticia de FHC y una factura corriente con el balance ajustado.

5. Si un ajuste parcial está aprobado, un Representante de Servicios de Negocios contactará el individuo para establecer un plan de pagos para el balance que queda. Si un individuo no sigue adelante con el plan de pagos, FHC reserva el derecho de entregar cuentas a una agencia de colecciones.
6. Un descuento del Programa de Atención Comunitaria de 100% será concedido a individuos con servicios médicamente necesarios que son referidos por Rock River Free Clinic.
7. FHC entiende que algunos pacientes no podrán cumplir con procesos tradicionales de PAF. En un esfuerzo para eliminar barreras para estos pacientes y mejorar beneficios de la comunidad, FHC puede utilizar un proceso de selección electrónica antes de considerar la cuenta de deuda incobrable y después de que todas otras fuentes de financiamiento han sido agotadas. La información devuelto por este proceso será considerada documentación adecuada por la política de FHC. La elegibilidad del paciente por este proceso recibirá el descuento más generoso y la cuenta no será considerado deuda incobrable. El Reporte de Crédito del Consumidor Transunion será revisado. Cuidado presunto es por un periodo de tiempo finite y cubre tipos específicos de servicios y pacientes. Por ejemplo, pacientes que están encarcelados durante dos años, pacientes que no viven en el área y probablemente no regresarán o pacientes que no tienen acceso a seguro médico por razones de su estatus migratorio.
8. Si un paciente siente que una determinación incorrecta fue hecha, el paciente puede apelar la decisión. Requerimos que el paciente documente los factores que cambiarían el resultado.
9. Solicitantes del Programa de Atención Comunitaria serán aceptado para fechas de servicios abiertas. Balances con más de 240 días de la fecha de servicio que han sido mandado a colecciones no están elegibles para PAF. Aprobaciones de Atención Comunitaria estarán efectivo por un año y no se renovarían automáticamente a fechas de servicios en el futuro de Fort Healthcare, Inc. pero se puede revisar cada año.
10. FHC puede en cualquier momento, con la aprobación de la Junta Directiva de FHC, revisar el criterio usado para determinar elegibilidad para asistencia financiera.

Criterio General Para Pacientes Sin Cobertura Médica

1. Se espera que individuos elegibles paguen el equivalente de las Cantidades Cobradas Generalmente por servicios médicamente necesarios.
2. Individuos sin cobertura médica que residen afuera del área de servicio primario o secundario recibirán un descuento pero deben pagar por servicios por adelantado.
3. El ajuste de 48% se aplica automáticamente cuando la Oficina de Negocios determina que la cuenta satisface el criterio citado y todos los cargos están puestos a la fecha de servicio.
4. El descuento será revisado cada año para asegurar la cantidad correcta.

Servicios No Cubiertos Por PAF

Por lo general, atención médica que es médicamente necesaria será elegible para un descuento. Descuentos del Programa de Atención Comunitaria y descuentos para pacientes sin cobertura médica no serán aplicados a los siguientes servicios:

1. Servicios que el médico examinador determina que no son médicamente necesarios
2. Servicios/Cargos relacionados con ventas al por menor (Audífonos, exámenes/inyecciones para alergias, terapia dermatológica de cabina de luz...)
3. Cargos para citas faltadas
4. Servicios Bariátricos
5. Cuentas vencidas mayores que 240 días que fueron entregadas a una agencia de cobranza
6. Cargos in litigio
7. Servicios experimentales incluso ensayos clínicos y estudios

Acciones Que Se Puede Tomar En Caso De Impago

Fort HealthCare informará a todos los pacientes al recibir servicios que pueden calificar para descuentos. Fort HealthCare mandará cuatro facturas a cada individuo elegible con la intención de recaudar balances. Las facturas invitarán a los pacientes a contactar un Representante de Servicios de Negocios para hablar del balance si no pueden pagar en total.

Mientras que Fort HealthCare está mandando las cuatro facturas, Fort HealthCare puede 1) intentar llamar a la persona elegible para hablar de las maneras que el individuo puede satisfacer su deuda (incluso recomendar que el individuo solicite al Programa de Atención Comunitaria) y/o 2) buscar verificación de crédito de una agencia de crédito.

Después de la cuarta factura o 120 días sin recibir pago, Fort HealthCare solicitará la ayuda de una agencia de cobranza para recaudar el balance. La agencia de cobranza intentará contactar a la persona elegible por correo o por teléfono para recaudar la deuda y proporcionar noticia de ACE (Acciones de Cobro Extraordinarias). La agencia aceptará solicitudes para Asistencia Financiera a) entre 240 días del primer día de factura después de descarga o b) si más tarde, 30 días de la fecha de notificación de ACE. La agencia pospondrá ACE durante la revisión de la solicitud. Sin recibir pago, la

agencia proporcionará notificación 30 antes de hacer uno de los siguientes: 1) reportar información adversa sobre el individuo a una oficina de crédito, 2) poner un gravamen sobre la propiedad del individuo, 3) presentar una demanda en la corte, 4) embargar el sueld del individuo.

FHC ha entrado en un acuerdo legal para referir deuda a Margraf Collection Agency para asegurar ningún ACE antes de hacer esfuerzos razonables.

Es la responsabilidad del individuo proporcionar una dirección correcta el día de servicio o cuando se muda. Si una cuenta no tiene dirección correcta, consideramos que esfuerzo razonable fue hecho.

Empleados de hospital, empleados de Servicios Financieros de los Pacientes, letreros y el sitio web informará a los pacientes de opciones de asistencia financiera. Folletos y facturas también incluyen información sobre asistencia financiera. Hay solicitudes disponibles en español. Copias de nuestra Política de Asistencia Financiera y Política de Faturar y Cobrar están disponibles bajo pedido y sin cobro.

Apéndice A

Cantidades Cobradas Generalmente

FHC utiliza un método para determinar la calculación de CCG. Usamos los reclamos para todo el cuidado médico, incluso reclamos de emergencia y otra atención médicamente necesaria del año fiscal anterior para Medicare y otros aseguradores privados dividido por cargos brutos totales de FHC. Todos los servicios proporcionado por FHC (incluso oficinas de médicos y clínicas) usará el mismo porcentaje para el descuento.

Apéndice B

Proveedores y servicios cubiertos por la Política de Asistencia Financiera de Fort HealthCare:

Todos los departamentos y servicios del hospital

Todas las clínicas de médicos, también conocido como Fort Medical Group Physicians and Clinics

Rock River Free Clinic

Proveedores y servicios no cubiertos por la Política de Asistencia Financiera. (Por favor consulta el proveedor para sus propias opciones para asistencia financiera.)

Associated Pathology

Fort Atkinson Emergency Physicians

Dane County Cytology

Oficinas y Clínicas situadas dentro de servicios de FHC y están afiliadas a FHC

Referencias hechas por proveedores de FHC a proveedores afuera del área de servicio de FHC