

**TÍTULO:** Programa de Asistencia Financiera de Holland Hospital

**PÓLIZA:** Holland Hospital se dedica a proporcionar servicios de salud de emergencia y medicamento necesarios sin importar la edad, sexo, origen cultural, discapacidad física o habilidad para pagar. Todas las políticas y las prácticas de facturación y cobro reflejarán la misión y los valores de Holland Hospital. Holland Hospital brinda atención por condiciones médicas a las personas, sin discriminación e independientemente de su elegibilidad para Asistencia Financiera.

**PROPÓSITO:** Definir y establecer reglamentos mediante los cuales Holland Hospital proporcionará asistencia financiera a los residentes dentro de nuestra área de servicio que no pueden pagar por los servicios de salud necesarios en nuestras instalaciones médicas sin fines de lucro.

**RESPONSABILIDAD/CAMPO DE APLICACION:** Todo los servicios de Holland Hospital y sus ubicaciones.

**CONTENIDO DE LA PÓLIZA:** **DISPONIBILIDAD:**

Información relacionada con la póliza de Asistencia Financiera esta disponible:

- a. En línea en la pagina web de Holland Hospital : [hollandhospital.org](http://hollandhospital.org)
- b. Llamando a la línea de Servicio al Cliente al (616) 394-3122
- c. En el estado de cuenta de la factura
- d. Cualquier miembro del Personal de Acceso al Paciente mediante una comunicación verbal o:
  - Tarjeta de negocios de información financiera
  - Asistencia financiera, panfleto/cartel

Holland Hospital hará todos los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para la ayuda financiera, y puede tomar las siguientes medidas para dar a conocer ampliamente la póliza a sus pacientes y la comunidad, incluyendo pero no limitado a:

- a. Publicación de la póliza en la página web del Hospital
- b. Hacer referencia a la póliza de Asistencia Financiera en los estados de cuentas
- c. Publicación de la oportunidad para la Asistencia Financiera en la sala de espera de emergencia y de admisión, junto con la forma de contactar y solicitar una copia de la póliza.
- d. Hacer referencia a la póliza y la oportunidad para la Asistencia Financiera, durante la registración.
- e. Proporcionar la póliza si es solicitada.
- f. Hacer referencia a la póliza y la oportunidad para la Asistencia Financiera en folletos y otras comunicaciones.

**METODOS PARA APLICAR PARA ASISTENCIA:**

Los pacientes pueden aplicar solicitando una aplicación en persona o por teléfono. El paciente también puede acceder a [www.hollandhospital.org](http://www.hollandhospital.org) para descargar una copia de la solicitud. La solicitud puede ser enviada por fax al 616-394-3747 o entregarla en persona en la Oficina de Pagos de facturas en nuestro campus principal, localizado en el : 602 Michigan Ave. Holland, MI 49423. La aplicación también puede enviarse por correo a Servicios Financieros al Paciente , 602 Michigan Ave Holland, MI 49423. Los pacientes tienen 240 días desde la fecha del primer estado de cuenta para solicitar ayuda financiera.

**LAST REVISION MADE ON:** 02/29/16  
**LAST COMPLETE REVIEW:** 02/29/16  
**PAGE:** 2 of 4  
**ATTACHMENT(S):** None

**CALIFICACION**

Financiera - Holland Hospital o un representante designado hará el análisis inicial para determinar si un paciente es incapaz de pagar por los servicios prestados. En consonancia con la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto , EMTALA(Siglas en Ingles), todos las facilidades hospitalarias de Holland Hospital proporcionará una evaluación médica adecuada a cualquier individuo, independientemente de su capacidad de pago, que solicite tratamiento para una condición médica de emergencia potencial. Si, después de una evaluación médica adecuada, el personal de Holland Hospital determina que el individuo tiene una condición médica de emergencia, Holland Hospital proveerá los servicios necesarios , dentro de la capacidad de la instalación, para estabilizar la condición médica de emergencia del individuo, o efectuar una transferencia apropiada según lo definido por Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto , EMTALA(Siglas en Ingles). La política de Holland Hospital es proveer tratamiento de Emergencia y Atención Médica Necesaria con una base sin fines de lucro a los pacientes sin distinción de raza, credo, o capacidad de pago. Además, Holland Hospital no permite acciones que desalienten a las personas de buscar atención médica.

Los pacientes que son financieramente incapaz de cumplir con la póliza de pago de Holland Hospital se analizaran para determinar si cumplen o no con los criterios básicos de asistencia financiera. Un representante de servicio al cliente de Holland Hospital hará una evaluación financiera cuando se determine que un paciente no tiene seguro médico o un seguro médico insuficiente y no cumple con los requisitos para cualquiera de los programas de Medicaid disponibles, incluyendo Healthy Michigan .Las cuentas que no califican para ninguno de los programas pueden ser procesadas utilizando una herramienta automatizada que elija Holland Hospital para verificar los ingresos, tamaño de la familia, capacidad de pago, y / o Nivel Federal de Pobreza (FPL). En todos los demás casos, se le pedirá al paciente completar una aplicación de asistencia financiera y proporcionar la información requerida. Los activos de la persona que aplica no pueden exceder los niveles aceptados por Medicaid con la excepción de los siguientes:

Los niveles de activos protegidos mínimos serán los siguientes:

- a. \$ 2,000 por una sola persona
- b. \$ 3,000 para una pareja
- c. \$ 200.00 por cada depende adicional. (Dependes: menores de 18 años)
- d. Los activos que se consideran por encima de las directrices de Medicaid tales como barcos, más de un vehículo , más de una residencias, casas rodantes, vehículos recreativos, etc.

Las Aplicaciones para Asistencia Financiera están disponibles para todos los pacientes que la soliciten. La siguiente información es requerida para ser presentada con la solicitud:

- a. Estados de cuenta bancarios - los tres meses anteriores
- b. Declaraciones de impuestos más recientes
- c. Talones de pago - los tres meses anteriores
- d. Si no está trabajando, carta de apoyo de la persona que está ayudando al paciente con los gastos de manutención.

**NECESIDAD MÉDICA**

Los servicios que pueden beneficiarse de la ayuda financiera serán los considerados por Medicare como médicamente necesarios, que se definen como los servicios de salud o suministros necesarios para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades, lesiones, condición, o sus síntomas y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina. Los servicios que son electivos o de naturaleza estética no serán considerados para la asistencia financiera. Cualquiera

de los servicios proporcionados como resultado de la actividad ilegal no serán considerados para la asistencia financiera.

**PARTICIPACIÓN:**

El paciente debe aplicar para Medicaid o un Programa de Salud Calificado o proporcionar prueba de la negación de ese privilegio. Un paciente que califique para Medicare también debe inscribirse en los beneficios de la Parte B. Si la Parte B de Medicare cubre los servicios prestados y el paciente no tiene cobertura, no se proveerá ayuda financiera. Si no se proporciona ninguna información o el paciente no cumple, el proceso de solicitud será suspendido y los saldos pendientes serán responsables del paciente.

**PERÍODO DE ELEGIBILIDAD:**

El período de elegibilidad de ayuda financiera es de seis (6) meses a partir de la fecha de la determinación inicial. Si sus ingresos o activos cambian dentro de ese período de seis meses, Holland Hospital se reserva el derecho a solicitar una nueva aplicación y verificación. El paciente es responsable de notificar al servicio al cliente cuando hay un nuevo balance que debe ser pagado.

**APELACIONES:**

Denegaciones pueden ser apeladas por escrito por el solicitante, dentro de los 14 días siguientes a la fecha en la carta de denegación. El primer nivel de apelación es determinado por la Manager de Servicios Financieros al Paciente. El segundo nivel de apelación y final es determinado por la Directora de Facturación y Colecciones .

**DETERMINACIÓN:**

La determinación de la asistencia financiera se hará dentro de los 10 días hábiles siguientes después que se reciba toda la información requerida , no obstante situaciones más complejas pueden tardar hasta cuatro semanas. Todos los pacientes serán notificados por escrito una vez que se determine el nivel de asistencia financiera.

**CATASTROFE:**

Holland Hospital se reserva el derecho de revisar los casos trágicos sobre una base individual mediante la revisión de las facturas médicas e ingresos de los últimos tres meses.

**CÁLCULO:**

Holland Hospital utilizará una escala variable de hasta el 300% de las normas actuales del Nivel de Pobreza Federal como los criterios de elegibilidad para asistencia financiera. Esta escala se actualizará anualmente.

- a. El total de ingresos se basará en el total de ingresos brutos para que coincida con los criterios del Nivel de Pobreza Federal , con la excepción de los Trabajadores por Cuenta Propia que se le revisará su ingreso neto en el Schedule C .
- b. La base de las cantidades cobradas en virtud de esta póliza será:
  - Holland Hospital utilizará el método de revisión retrospectiva para determinar las cantidades que generalmente se facturan (Véase el Apéndice B).
  - Un descuento del 30% se aplicará a los cargos brutos para todos los pacientes sin seguro médico, independientemente de la elegibilidad para asistencia financiera.

- Los pacientes no deberán pagar más de las Cantidades Facturadas Generalmente (AGB)(Siglas en Ingles) por una emergencia u otro cuidado médico necesario prestados a personas con seguro médico de recibir un cuidado similar.
- La base de la ayuda financiera será menor de 1) Cantidades Facturadas Generalmente (AGB) (Siglas en Ingles) o 2) la cantidad adeudada después de los pagos y ajustes de otras fuentes según sea el caso.
- Basado en el nivel de cualificación del paciente, él o ella puede ser elegible para una reducción adicional de acuerdo con la escala variable que aparece debajo.
- El resto (si lo hay) será la responsabilidad del paciente en virtud de esta póliza .

<b>&lt;=225% of Federal Poverty Guidelines</b>	<b>226-250% of Federal Poverty Guidelines</b>	<b>251-275% of Federal Poverty Guidelines</b>	<b>276-300% of Federal Poverty Guidelines</b>
<b>AGB Reduction</b>	<b>AGB Reduction</b>	<b>AGB Reduction</b>	<b>AGB Reduction</b>
<b>Eligible for 100% Reduction based on FPL</b>	<b>75% Additional Reduction based on FPL</b>	<b>50% Additional Reduction based on FPL</b>	<b>25% Additional Reduction based on FPL</b>

**PROVEEDORES PARTICIPANTES:**

Vea el Apéndice A para la lista de los grupos de proveedores participantes.

**ACCIONES QUE SE PUEDEN TOMAR EN CASO DE NO-PAGO**

Las medidas adoptadas en caso de no-pago se describen en la Póliza de Facturación y Colecciones. Esta póliza está disponible de forma gratuita:

- a. En el sitio web del Hospital Holanda: [www.hollandhospital.org](http://www.hollandhospital.org)
- b. Llamando a Servicios Financieros del Paciente al 616-394-3122.
- c. Solicitarla en persona en la Oficina de Pagos de Facturas en el campus principal:  
602 Michigan Ave.  
Holland, MI 49423

**CUENTAS EN COLECCION:**

Las cuentas que han sido colocados con una agencia de cobro tendrán la misma consideración para la ayuda financiera como cuentas corrientes y se ajustarán en consecuencia.

Holland Hospital se reserva el derecho de modificar, enmendar, modificar o eliminar esta póliza / procedimiento en cualquier momento sin previo aviso.

**AUTHOR:** Coordinador de Colecciones  
**REVIEWED BY:** CFO  
 Junta Colectiva  
**APPROVED BY:** CFO  
 Junta Colectiva