

UPSON REGIONAL MEDICAL CENTER

TÍTULO/DESCRIPCIÓN:	Política de Asistencia Financiera
NÚMERO DE ARCHIVO:	PFS.579
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:	09/01/2015
FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN:	09/01/2015
FECHA DE ÚLTIMA REVISIÓN:	09/01/2015
APROBADO POR:	Paciente Director de Servicios Financieros Director financiero Junta de Síndicos, URM

Principios y Directrices

Upson Regional Medical Center ("URMC") tiene por objeto tratar a todos los pacientes equitativamente, con dignidad, el respeto y la compasión. URM reconoce que algunos pacientes son incapaces de pagar los gastos de hospitalización debido a consideraciones financieras. URM ayudará a las personas que no pueden pagar la totalidad o parte de su cargo por haber prestado asistencia financiera a los pacientes. El objetivo de esta política es describir la asistencia financiera las directrices de política y el proceso de solicitud.

URM brindará atención gratuita y asistencia financiera con descuento en consonancia con la política se describe a continuación. Con el fin de URM para aplicar esta política justa y coherente, los pacientes y sus familias tienen la obligación de proporcionar información adecuada y oportuna que ayudará a URM determinar el nivel adecuado o el tipo de ayuda financiera específica en circunstancias individuales.

Tal como se describe más adelante, esta Política de Asistencia Financiera (PAF):

- Incluye criterios de elegibilidad para recibir asistencia financiera.
- Describe las bases para calcular los importes cobrados a los pacientes elegibles para la ayuda financiera en virtud de esta política.
- Limita la cantidad que se cargará URM de emergencia u otros atención médica necesaria de las personas elegibles para la ayuda financiera a no más de la cantidad generalmente facturado a los pacientes asegurados por URM tal como se define en la presente Política.
- Describe el método por el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera.
- Describe la política colección URM.

URM sigue comprometido a servir las necesidades de emergencia de todos los pacientes, independientemente de la capacidad de pago.

Definiciones: en esta política, los siguientes términos tienen el significado que se detalla a continuación:

1. **Asistencia financiera:** gratuitos o con descuento servicios de salud que se prestan a las personas que cumplen criterios de URM para la prestación de asistencia financiera y están en condiciones de pagar una parte o la totalidad de los servicios médicamente necesarios de la planta. Ayuda financiera incluye:
 - **Atención médica gratuita** - atención gratuita está disponible cuando los ingresos familiares de un paciente y/o el garante es igual o inferior a 125 por ciento de los actuales Directrices Federales de pobreza.
 - **Descuentos Asistencia Financiera** - Asistencia financiera los descuentos están disponibles cuando el ingreso en el hogar de un paciente y/o el garante sea en exceso de 125 por ciento y igual o inferior a 300 por ciento de las actuales Directrices Federales de pobreza.
2. **Graves acusaciones,** los gastos totales de la organización de las tasas establecidas para la prestación de servicios de atención paciente antes de las deducciones de los ingresos.

3. **Las pautas federales de Pobreza (FPG)** - La pobreza directrices emitidas por el U. S. Departamento de Salud y Servicios Humanos al comienzo de cada año civil que se utilizan para determinar la elegibilidad para ciertos programas de asistencia.
4. **Las condiciones médicas de emergencia** , que se define en el sentido de la sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U. S. C. 1395dd).
5. **Es necesario desde el punto de vista médico** - servicios de cuidado de salud que un médico, en el ejercicio prudente juicio clínico, le proporcionaría a un paciente, con el propósito de evaluar, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, enfermedad o sus síntomas, y que son:
 - a. De conformidad con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica.
 - b. Clínicamente apropiados, en función de su tipo, frecuencia, el alcance, el sitio y la duración, y considera efectiva para la enfermedad del paciente, lesión o enfermedad.

Para estos efectos, "estándares generalmente aceptados de la práctica médica" significa:

- a. Normas que se basan en evidencias científicas creíbles publicado en peer-reviewed, literatura generalmente reconocidas por la comunidad médica correspondiente;
 - b. Sociedad de especialidad médico recomendaciones;
 - c. Las opiniones de los médicos que ejercen en el área clínica relevante; y
 - d. Otros factores relevantes.
6. **Servicios** - Servicios subvencionables en virtud de la presente Política se incluyen: (1) servicios médicos de emergencia en la sala de emergencias, (2) no electivas servicios proporcionados en respuesta a circunstancias que les amenazan la vida de sala de urgencias; y, (3) otros servicios médicos necesarios. Los servicios no incluyen cargos electivos, cosméticos o no servicios médicamente necesarios.
 7. **Unidad de la Familia** , la unidad familiar está formada por el solicitante, su cónyuge y todos los dependientes según lo permitido por el Servicio de Impuestos Internos. Si el solicitante es menor de edad o dependiente legal a los efectos del impuesto sobre la renta, la unidad familiar se incluyen(s) padre(s), tutor(s) y/o el contribuyente reclamando el paciente como un dependiente para fines del impuesto sobre la renta.
 8. **Unidad Familiar Ingreso** - El ingreso bruto anual combinado de todos los miembros de la unidad familiar (previamente definidas) que incluye el paciente o garante. Ingreso bruto combinado se calcularán los ingresos documentados de anualización en los tres meses anteriores. A los efectos de determinar elegibilidad financiera para la prestación de asistencia financiera, los ingresos brutos incluye todos los fondos o las cantidades recibidas antes del pago de impuestos o de otros las retenciones procedentes de todas las fuentes, incluyendo, pero no limitado a cualquier tipo de empleo o de actividad por cuenta propia, la pensión alimenticia, licencia por enfermedad, indemnización por discapacidad, de las pensiones y planes de jubilación incluyendo pago de jubilación militar, veterano de los pagos, ingresos de renta, los pagos de regalías, los pagos de la Seguridad Social, los pagos de manutención de menores, compensación por desempleo, seguro ordinario o pagos de anualidades, ingresos por intereses o dividendos, y la indemnización a los trabajadores. El Hospital se requerirá la documentación que se presentará con la solicitud en papel para verificar los ingresos. Los ingresos no incluyen la necesidad de asistencia de las organizaciones sin fines de lucro, asistencia de socorro en casos de desastre, regalos, préstamos u otros elementos similares.

9. **Co-Payments, coaseguros y deducibles** - La cantidad determinada por el paciente la póliza de seguro, se debió a la paciente y/o alguno de los garantes. Esta cantidad es normalmente un pago requerido por el paciente o el garante por contrato.
10. **Avalista** - persona distinta del paciente que es responsable del pago de la factura del paciente.
11. - Paciente Paciente responsabilidad Responsabilidad es la cantidad adeudada por el paciente individual y/o fiador después de aplicar los beneficios de los seguros y, a continuación, aplicando descuentos asistencia financiera alguna.
12. **Por lo general cantidades facturadas Porcentaje:** el porcentaje determinado por la división del total de los créditos autorizados por Medicare y todas las aseguradoras de salud privada (incluidos todos los copagos y deducibles adeudados por el paciente) durante los 12 meses de período de medición posterior total bruto de los gastos de estas reclamaciones. El período de medición de la AGB porcentaje será calculado al final de cada año calendario con el las reclamaciones de los últimos doce (12) meses. Este AGB porcentajes calculado será actualizado 1 de febrero de cada año y permanecerá en vigor hasta el 31 de enero del año siguiente. El AGB porcentajes para el período 1 de Febrero, 2015 hasta el 31 de enero. 2016 Es de treinta por ciento (30%).
13. **Importes facturados por lo general** , la cantidad máxima de la que todos los pacientes los criterios de elegibilidad bajo esta política son individualmente responsables de pagar. Por lo general las cantidades facturadas (AGB) se calculará multiplicando bruto los gastos de cualquier servicio que se pueden elegir por el correspondiente porcentaje de AGB definidos anteriormente.
14. **Las acciones extraordinarias colecciones (ECAs)** - Las medidas que pueden adoptarse para obtener pago por los servicios prestados son las siguientes:
 - a. Venta de una persona a la otra parte la deuda a menos que el comprador está prohibido de participar en cualquier eca a obtener el pago, lo que está prohibido de cobro de intereses en exceso con arreglo al artículo 6621 (a)(2) en el momento en que la deuda se vende, la deuda se puede determinar en el individuo es elegible para la ayuda financiera, y el individuo no pagar o no tiene la obligación de pagar al comprador y URMC juntos más de lo que es personalmente responsable por el pago de la ayuda financiera.
 - b. Informar sobre los datos de la persona a agencias de informes de crédito al consumo o crédito.
 - c. Aplazar o negar, o requerir el pago antes de proporcionar atención médica necesaria porque de la falta de pago de uno o más proyectos de atención proporcionado anteriormente.
 - d. Las acciones que requieren un proceso legal o judicial, incluyendo pero no limitado a:
 - i. Colocación de un embargo preventivo sobre sus bienes a una persona con excepción de cualquier gravamen URMC tiene derecho a hacer valer con arreglo a las leyes del estado sobre el producto de una sentencia, la solución, o bien poner en peligro a un individuo como consecuencia de las lesiones personales que se prestó atención.
 - ii. Exclusión de una persona sobre bienes inmuebles.
 - iii. Conectar o aprovechar una cuenta de banco o de cualquier otra propiedad personal;

- iv. Iniciar una acción civil contra un individuo.
- v. Lo que hace que un individuo de la detención.
- vi. Causando detención o fijación de la carrocería; y
- vii. Decoraciones los salarios de un individuo.

15. Solicitud de ayuda financiera - El documento puesto a disposición de los pacientes de URMC que debe ser completado con algunas documentación necesaria para el hospital representante a formular una determinación de la elegibilidad para recibir asistencia financiera.

Crterios de elegibilidad para recibir asistencia financiera

Atención gratuita o con descuento asistencia financiera sólo se aplica a los servicios que se definen en la presente Política. Un paciente que califica para recibir asistencia financiera bajo esta política es elegible para los descuentos de co-pagos, coaseguros y deducibles. Ayuda financiera los descuentos no se aplican a cualquier cantidad recibida o por recibir de una compañía de seguros por los servicios. La cantidad máxima que un FAP-paciente pagará las AGB es tal como se define en esta política. Aprobó asistencia financiera sólo será aplicable a los cargos de URMC. Además de URMC, los proveedores que puedan participar en su atención médica en URMC que participan en nuestra asistencia financiera política son las siguientes:

1. Upson Medical Associates - Anestesiólogo honorarios profesionales
2. Curación de heridas, los honorarios de los profesionales
3. Cardiología URMC servicios - honorarios profesionales
4. URMC servicios pediátricos - honorarios profesionales

URMC no puede hacer arreglos financieros para la carga de cualquier consultorio privado, incluyendo los siguientes médicos que ofrecen servicios de URMC:

1. Equipo Hospitalist Program Servicios Salud
2. ACS Servicios Médicos (sala de emergencia médicos)
3. Dulces Sueños (CRNA Anestesia Grupo)
4. South Georgia radiólogo
5. Servicios de ambulancia de Georgia
6. Cualquier médico tratante

Los pacientes que solicitan asistencia tendrá que hacer arreglos de pago directamente con estos médicos.

URMC ayudará al paciente en la fase de clasificación para el Estado de Georgia Medicaid o de la Seguridad Social (SSI) beneficios. URMC utiliza los servicios de proveedores externos para ayudar a los pacientes a obtener estos beneficios.

Las cantidades facturadas a los pacientes aprobados para Asistencia financiera en virtud de la presente política se basará en AGB, tal como se define en esta política. Los pacientes no deben de pagar gastos brutos. Una vez que el paciente haya sido determinada por URMC para ser elegibles para la ayuda financiera, el paciente no recibirá ningún futuro proyectos de ley basados en bruto sin descontar cargos por el episodio de atención en el que una solicitud de asistencia financiera fue presentado colecciones y cualquier exceso será reembolsada al paciente y/o el garante. Facturación previa se volverá a publicar en la tasa de descuento y el paciente será informado de cantidades correctas.

Un paciente puede beneficiarse de la ayuda financiera en virtud de esta política si él o ella cumple con uno de los siguientes criterios:

Los ingresos de los hogares	Importe máximo Individual es responsable de pagar
Menor o igual al 125% de las pautas federales de Pobreza	0% De la Carga
Por encima de 125% pero inferior o igual al 300% de las pautas federales de Pobreza	AGB

Calificación para asistencia financiera basada en los ingresos que se determinará mediante los siguientes métodos:

1. Finalización de la asistencia financiera URM C Aplicación como se describe a continuación. Cualquier persona autorizada para la prestación de asistencia financiera tras la finalización de la asistencia financiera URM C Aplicación seguirá siendo aprobada para servicios elegibles para episodios posteriores de la atención médica prestada dentro de los 180 días siguientes a la fecha en que la solicitud fue aprobada.
2. Las quiebras, fallecido sin sucesión, elegible para Medicaid en estados URM C no participar, y de cualquier Estado o los programas del Gobierno Federal en cuanto a la financiación se ha agotado las cuentas serán FAP aprobado sin la aplicación de un descuento del 100%

Asistencia financiera Las pautas de aplicación:

Todas las solicitudes de ayuda financiera deben presentarse de URM C la solicitud de asistencia financiera. La aplicación debe ser completado en su totalidad y toda la documentación exigida debe estar conectado a la aplicación.

1. URM C hace que la información disponible a los pacientes en cuanto a su programa de asistencia financiera por:
 - a) Publicación de información en el vestíbulo principal, la sala de emergencia vestíbulo y área de caja del hospital. (Inglés y Español) NOTA: ofrece un resumen de la FAP a cada paciente para registrar servicios en el Departamento de Registro, o presentar al Servicio de Urgencias, terapia física o a la curación de la herida.
 - b) Hacer una copia de la FAP y la solicitud de ayuda financiera está disponible a petición del cliente en el Departamento de Registro, la Oficina de Negocios y en la página web de hospital www.urmc.org. La Política, resumen del lenguaje normal y la asistencia financiera aplicación están disponibles en un formato de impresión sin necesidad de software adicional o un costo. Copias en papel también están disponibles en todas las áreas de entrada del hospital.
 - c) Entre ellos destaca un aviso por escrito sobre las facturas que le notifica e informa a los beneficiarios sobre la disponibilidad de asistencia financiera y proporciona números de teléfono donde pueden recibir más información.
2. URM C hace esfuerzos razonables para determinar si un individuo es FAP elegibles para participar en cualquier eca. Nuestra colección políticas (tal como ha sido aprobado por el consejo de administración), espera paciente URM C Departamento de Servicios Financieros responsables de este proceso. ECAs no se iniciará durante el plazo de 120 días desde la publicación del primer post-descarga instrucción de facturación para el paciente. Si, al final de este plazo de 120 días el paciente no ha presentado una solicitud de asistencia financiera, URM C podrá iniciar las acciones de cobro

contra el paciente, siempre y cuando el paciente ha sido notificado por escrito de la CEPA específica(s) que se inició por lo menos 30 días antes de tales acciones. Durante el período de aplicación que URMC va a aceptar y procesar una asistencia financiera aplicación finaliza en el día 240 cuestiones URMC después la primera después de la descarga instrucción de facturación para el paciente.

3. Solicitante deberá presentar la siguiente documentación, en su caso, con la aplicación:
 - i. Prueba de ingresos - Formulario IRS W-2, la más reciente declaración de impuestos federales sobre los ingresos, talones de pago de los últimos 90 días consecutivos a partir de la fecha de aplicación, la prueba de la Seguridad Social, el desempleo los ingresos, los ingresos por inversiones, pensión alimenticia, la remuneración de los trabajadores, alquiler y los ingresos de las regalías, los ingresos de jubilación y cualquier otra documentación que apoya los ingresos de la familia tal como se define en la Política de Asistencia Financiera.
 - ii. Comprobación y declaraciones de la cuenta de ahorros para los más recientes 3 meses. Las declaraciones son necesarios para verificar los ingresos del solicitante.
 - iii. Si la unidad familiar ingresos anuales ha disminuido desde la última declaración de impuesto federal sobre el ingreso, el solicitante debe presentar documentación escrita verificando la disminución en la cantidad .
 - iv. El desempleo carta de denegación.
 - v. Cualquier otra documentación adicional el solicitante considere necesaria para apoyar su solicitud de asistencia financiera.
4. Falsificar información sobre la aplicación será motivo para negar o revocar asistencia financiera. Falsificar una aplicación incluye, pero no se limita a, el hecho de no divulgar todos los ingresos.
5. Solicitante deberá identificar todas las fuentes pago a terceros por servicios prestados. Solicitante deberá cooperar con URMC en presentación de reclamaciones y reembolsos de colección de pago a terceros todas las fuentes. Falta de cooperación será motivo para negar asistencia financiera.
6. Solicitante deberá cooperar en la aplicación de la ayuda financiera de otras fuentes, tales como Medicaid y otros programas. Falta de cooperación será motivo para negar asistencia financiera.

Los Procedimientos de Asistencia Financiera:

1. En el momento de la inscripción, que incluye las tasas de inscripción para la terapia física y la curación de las heridas, cada paciente se les ofreció un libre copia escrita del resumen de la política. Un paciente puede comenzar el proceso de examen de la ayuda financiera de completar la asistencia financiera aplicación y proporcionar la documentación necesaria para respaldar sus ingresos. Concesión de la ayuda financiera se basa en la determinación de la renta, y no tendrá en cuenta edad, sexo, raza, o condición migratoria, orientación sexual o afiliación religiosa.
2. Los solicitantes deben cooperar plenamente y cumplir con la verificación de los ingresos de la mejor manera posible.
3. Representante de Asistencia Financiera (HASTA AHORA) está disponible para discutir el programa de Asistencia Financiera ofrecidos por URMC con el paciente o su representante designado. Una copia escrita de la política de asistencia financiera y ayuda financiera solicitud puede obtenerse en la ayuda financiera. A petición del paciente o a su representante designado, la asistencia financiera Representante ayudará al paciente al inicio de la asistencia financiera. Representante de Asistencia Financiera está disponible en la Oficina de Negocios Lunes a Viernes, de 8:30 a.m. hasta las 5:00 p.m. Las solicitudes podrán enviarse también por correo a URMC para procesamiento de Upson Regional Medical Center 801 West Gordon Street Thomaston, Georgia 30286.
4. URMC ayudar, como se solicita, los pacientes se están cubiertos por estado disponible, local, federal o programas de asistencia basados en la comunidad.

5. Cuando se recibe una solicitud, la asistencia financiera representante revisará la aplicación de la totalidad, en el que incluirá toda la documentación de apoyo. Si se determina que la solicitud está incompleta, URMC realizará las siguientes acciones:
 - a. Suspender toda las acciones de cobro contra el paciente/garante.
 - b. Proporcionar al paciente con una notificación por escrito que describe la información o documentación adicional al paciente debe enviar para completar su solicitud.
 - c. Proporcionar al paciente con al menos una notificación por escrito que informa al paciente/garante de la extraordinaria colección las acciones que el hospital se propone iniciar o reanudar si la aplicación no se ha completado o si el monto no es pagada en el plazo de 30 días a partir de la fecha de la convocatoria.
 - d. Si toda la documentación de apoyo no es presentado, o la cantidad adeudada no se paga dentro de los 30 días siguientes a la notificación por escrito a la que se describe en el párrafo anterior, la solicitud de asistencia financiera y se negó la cuenta permanecerá en el ciclo de facturación. Una nueva solicitud puede ser presentada en la fecha de la solicitud se encuentra dentro de 240 días después del primer URMC problemas después de la descarga instrucción de facturación para el paciente.
6. Una vez que la solicitud completa ha sido recibido y revisado, el Representante Asistencia financiera hará una recomendación para su aprobación o denegación de la solicitud. URMC hará una decisión de no más de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la recepción de una solicitud de asistencia financiera.
7. Autoridad de aprobación para Asistencia financiera es el siguiente: todos lo que cuentas de que se trata de una cancelación de se dirigirá al Director del Paciente Servicios Financieros, o a quien ésta designe, para su aprobación.
8. El paciente será notificado por escrito de URMC la decisión de prestar o denegar la asistencia financiera.

Las políticas y prácticas de recolección

En el caso de no pago por parte del paciente respecto de su parte de su cuenta, las declaraciones que indica que el proceso de aplicación de la ayuda financiera se le enviará por correo al paciente cada 21 días.

Si la cuenta no es pagado después de 150 días a partir de la primera fecha alta, el hospital se referirá la cuenta a su principal agencia de colección para futuras gestiones de cobro. La colección se le proporcionará la misma información sobre sus declaraciones en el hospital no para asesorar a la persona de la asistencia financiera y política cómo obtener una copia de la política, el lenguaje sencillo resumen y a la solicitud de asistencia.

Las agencias de cobranza debe notificar al paciente por escrito por lo menos 30 días antes de iniciar cualquier eca y proporcionar una copia de la URMC resumen de la FAP con la notificación por escrito 30 días. ECAs no se iniciado por URMC o cualquiera de sus agentes (incluido cualquier agencias de cobro) hasta por lo menos 120 días a partir de la fecha del primer post-proyecto de ley se publicó.

Además, la colección URMC o agencia hará esfuerzos razonables para notificar a todos los pacientes oral sobre el hospital de la FAP y la forma en que pueden aplicar

URMC tiene el derecho de proporcionar una notificación al mismo tiempo para varios episodios de cuidados; sin embargo ECAs no puede comenzar hasta que 120 días después de la primera después de la descarga de facturación para el episodio más reciente de la asistencia sanitaria.

Si una persona presenta una solicitud después de las ECAs han comenzado, el hospital se suspenderá todas las agencias de crédito a la exportación, notificará a la persona por escrito de la determinación y

tomar todas las medidas razonables para corregir cualquier CEPA acciones, tales como informe a la oficina de crédito para eliminar o cancelar una sentencia y/o cancelar cualquier retención, etc.

Proceso de Apelación para Asistencia financiera Las denegaciones:

El solicitante podrá apelar la negación de asistencia financiera. Puede presentarse una apelación por escrito, sea por carta o correo electrónico, y enviado a la asistencia financiera a Upson Representante Regional Medical Center. La medida responde a la apelación dentro de los 10 días hábiles. Apelación escrita debe enviarse a:

Upson Regional Medical Center

Atención: Asistencia Financiera Representante

P. O. Box 1059

Thomaston, Georgia 30286

Apelaciones Correo electrónico deben ser enviadas a wwilson@urmc.org

Los particulares pueden presentar a la Oficina de Negocios Lunes a Viernes, de 8:30 a.m. a 5:00 p.m. a apelar la decisión en persona.

URMC opera bajo una política de atención de emergencia que está disponible bajo petición a través del departamento de cumplimiento en el hospital. Las llamadas pueden ser dirigidas al 706-647-8111 ext 1240.

Para obtener más información, póngase en contacto con:

Director, Patient Financial Services 1560 706-647-8111 Ext.

Asst. Director, Patient Financial Services 1330 706-647-8111 Ext.

Asistencia financiera Representante 1473 706-647-8111 Ext.

También se puede obtener información en la página web de hospital www.urmc.org.

Esta política ha sido aprobada por el órgano competente, que es la Junta de Síndicos de Upson Regional Medical Center.