

ASUNTO: ASISTENCIA FINANCIERA

I. POLÍTICA:

Mercy Hospital, Inc. se compromete a brindar asistencia financiera a las personas con necesidades médicas y que no tengan seguro, que cuenten con un seguro insuficiente, que no califiquen para un programa gubernamental o que no puedan pagar la atención médica necesaria en función de su situación financiera personal. Mercy Hospital, Inc. se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de atención médica no les impida solicitar o recibir atención.

- A. La Política de Asistencia Financiera de Mercy Hospital tiene en cuenta el ingreso familiar personal de un individuo y se basa en el Nivel Federal de Pobreza (FPL). Esta se actualiza cada año (Incluido como Anexo B)
- B. No se considera a la asistencia financiera como un remplazo a la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de Mercy Hospital para obtener asistencia financiera u otras formas de pago y que contribuyan con los costos de su atención en función de su capacidad individual de pago.
- C. Se aconsejará a las personas con la capacidad financiera para hacerlo, que adquieran un seguro médico, como modo de garantizar el acceso a los servicios de atención médica, por su salud personal general y para la protección de sus activos personales.
- D. La Asistencia Financiera es secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, y sólo estará disponible una vez que se hayan considerado todos los demás pagadores y recursos.
- E. No se aplicará la asistencia financiera a los servicios elegidos por los pacientes. Algunos ejemplos de servicios elegidos por los pacientes incluyen: Atención de relevo y exámenes que no requieren derivación.

La asistencia financiera no se aplicará a los servicios prestados por proveedores que no sean empleados del Hospital. El principal grupo de médicos que atiende a todos los pacientes del Hospital es Partners in Family Care. Los cargos del médico son facturados por Partners in Family Care por separado de los del Hospital. Partners in Family Care no está sujeto a esta política y cualquier gestión de pagos o descuento de sus cargos deberá negociarse directamente con ellos. En el Anexo C de esta política encontrará una lista completa de los proveedores cubiertos y no cubiertos en virtud de esta política de asistencia financiera.

Para gestionar sus recursos de manera responsable y permitir que Mercy Hospital, Inc. proporcione el nivel adecuado de asistencia a la mayor cantidad de personas que la necesiten, la Junta Directiva estableció las siguientes pautas para brindar asistencia financiera a los pacientes.

II. DEFINICIONES:

A los efectos de la presente política, los términos a continuación se definen de la siguiente manera:

Cargos:

La base para calcular los cargos es el software *charge master* de Mercy Hospital Inc.

Nivel Federal de Pobreza:

Los umbrales de pobreza que emiten cada año en el registro federal el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS por sus siglas en Inglés). <http://aspe.hhs.gov/poverty>

Política de Asistencia Financiera:

Los servicios de atención médica que se prestaron o se prestarán, pero de los que no se espera ingreso de dinero. La asistencia financiera surge a partir de la política de un proveedor de brindar servicios de atención médica sin cargo o con descuento a las personas que cumplen con los requisitos establecidos.

Familia:

Utilizando la definición de la Oficina del Censo, un grupo de dos o más personas que viven juntos y que están vinculados por nacimiento, matrimonio o adopción. Según las normas del Servicio de Impuestos Internos, si el paciente presenta a una persona como dependiente en su declaración de impuestos sobre la renta, es posible que se lo considere un dependiente para los efectos de la prestación de asistencia financiera.

Ingreso Familiar:

El ingreso familiar se determina utilizando la definición de la Oficina del Censo, que utiliza los siguientes ingresos para computar las pautas federales de pobreza:

- Incluye ganancias, subsidio por desempleo, indemnización por accidente laboral, seguro social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, pago a veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingreso de pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de patrimonios, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, ayuda por fuera del grupo familiar y otras fuentes varias.
- Los beneficios que no son en efectivo (como cupones para alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan.
- Se determinan antes de los impuestos.
- No incluye las ganancias o pérdidas de capital, y
- Si una persona vive con una familia, incluye el ingreso de todos los miembros. (El ingreso de las personas que no sean parientes, como compañeros de casa, no cuentan).

Garante:

Se refiere a la persona financieramente responsable por el saldo de la cuenta de un paciente.

Servicios Médicos Necesarios:

Servicios de atención médica hospitalarios y ambulatorios provistos con el fin de evaluar, diagnosticar, y/o tratar una lesión, enfermedad, afección o sus síntomas, que

si no se trataran presentarían una amenaza para el estado de salud actual del paciente.

Sin Seguro:

El paciente no tiene seguro alguno ni asistencia externa que lo asista con el cumplimiento de las obligaciones de pago.

Con Seguro Insuficiente:

El paciente tiene cierto nivel de seguro de asistencia de terceros, pero aún tiene gastos por cuenta propia que exceden su capacidad financiera.

III. PROCEDIMIENTO:

A. Servicios que Califican en Virtud de esta Política:

Para los efectos de esta política, “asistencia financiera” se refiere a los servicios de atención médica que se prestan sin cargo a los pacientes que cumplen los requisitos. Los siguientes servicios de atención médica califican para la asistencia financiera:

1. Servicios médicos de emergencia prestados en una sala de emergencias.
2. Servicios para una afección que si no se tratara de inmediato, generaría un cambio adverso en el estado de salud de una persona.
3. Servicios no electivos provistos a causa de circunstancias posiblemente mortales en un centro de atención que no sea una sala de emergencia.
Y
4. Servicios necesarios por razones médicas, evaluados de manera individual a discreción de Mercy Hospital.

B. Elegibilidad para la Asistencia Financiera:

Se considerará la elegibilidad para obtener asistencia financiera para aquellas personas sin seguro, con seguro insuficiente, que no califiquen para ningún programa gubernamental de beneficios de atención médica y que no puedan pagar por su atención, en base a una determinación de necesidad financiera de conformidad con la presente política.

La determinación de asistencia financiera se proporcionará de manera consistente a todos los pacientes en base a una decisión individual sobre la necesidad financiera, independientemente de la edad, el sexo, la raza, la condición social o migratoria, la orientación sexual o la afiliación religiosa.

C. Determinación de Necesidad Financiera:

1. Se determinará la necesidad financiera de conformidad con los procedimientos que implican una evaluación individual de necesidad financiera; y pueden:
 - i. Incluir un proceso de solicitud en el que se requiere que el paciente o su garante cooperen y proporcionen información

- personal, financiera y de otro tipo y documentación relevante para tomar una decisión respecto a la necesidad financiera.
- ii. Incluir esfuerzos razonables por parte de Mercy Hospital, Inc. para explorar recursos alternativos adecuados de pago y cobertura de programas de pago públicos y privados y ayudar a los pacientes a postularse a dichos programas.
 - iii. Tener en cuenta los activos disponibles del paciente y todos los recursos financieros restantes a disposición del paciente
 - iv. Incluir una revisión de las cuentas pendientes por cobrar por servicios prestados con anterioridad y el historial de pagos del paciente.
2. Se prefiere, pero no es obligatorio que se realice una solicitud de asistencia financiera y que se tome una determinación de necesidad financiera antes de que se presten los servicios. Sin embargo, se puede tomar la determinación en cualquier momento del ciclo de cobranza.
 3. Se volverá a evaluar la necesidad de asistencia con los pagos en cada ocasión de servicio subsiguiente si la última evaluación financiera se llevó a cabo más de un año antes, o siempre que se conozca información adicional relevante para la elegibilidad del paciente para obtener asistencia financiera.
 4. Los valores de dignidad humana y administración de Mercy Hospital se reflejarán en el proceso de solicitud, en la determinación de necesidad financiera y el otorgamiento de asistencia financiera.
 5. Las solicitudes de asistencia financiera se procesarán con rapidez y Mercy Hospital, Inc. deberá notificar al paciente o solicitante por escrito en una plazo de 30 días a partir de la recepción de la solicitud completa.

D. Elegibilidad Presunta de Asistencia Financiera:

Hay momentos en que pueda parecer que un paciente califica para la asistencia financiera, pero no hay un formulario de asistencia financiera en el expediente debido a una falta de documentación de apoyo. A menudo hay información adecuada provista por el paciente o a través de otras fuentes que podrían proporcionar evidencia suficiente para otorgar asistencia financiera al paciente.

1. En caso de que no haya evidencia para respaldar la elegibilidad del paciente para obtener asistencia financiera, Mercy Hospital, Inc. podría usar agencias externas para determinar los montos de ingreso estimados para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera y los posibles montos de descuento.
2. Una vez que se hayan determinado, debido a la naturaleza inherente de las circunstancias presuntas, el único descuento que se puede otorgar es una cancelación del 100% del saldo de la cuenta. La elegibilidad presunta puede determinarse en base a las circunstancias de vida de la persona, que pueden incluir:
 - i. Programas estatales para medicamentos recetados.
 - ii. No tiene hogar o recibió atención en una clínica para personas sin hogar.

- iii. Participación en Programas para Mujeres, Bebés y Niños (WIC por sus siglas en Inglés).
- iv. Elegibilidad para recibir cupones de alimentos.
- v. Elegibilidad para el programa de almuerzo escolar subsidiado.
- vi. Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales sin financiación (por ej.: [*Spend-down* (deducible) de Medicaid]
- vii. Se proporciona una vivienda de bajos ingresos o subsidiada como dirección válida.
- viii. El paciente está fallecido y no se le conoce ningún bien.

E. Pautas de Asistencia Financiera al Paciente:

1. Los servicios que califican en virtud de esta política estarán sujetos al Anexo B: Las Pautas de Asistencia Financiera, como se determinan en referencia a los Niveles Federales de Pobreza (FPL) vigentes al momento de la determinación. Cualquier paciente o garante que pueda demostrar de manera razonable que su ingreso familiar está por debajo del 150% del FPL recibirá asistencia financiera del 100%, y no será personalmente responsable de ninguna parte del monto facturado.
2. A ninguna persona que califique para obtener asistencia financiera en virtud de esta política se le cobrará más por la atención de emergencia o médica necesaria que los montos generalmente facturados (AGB) a las personas que tienen cobertura médica para dicha atención.
3. **Mercy Hospital Utiliza el método prospectivo de Medicare para determinar los montos generalmente facturados.**
4. Mercy Hospital ha establecido la siguiente cadena de autoridad para realizar las decisiones sobre el otorgamiento de asistencia financiera, en función del saldo pendiente del paciente al momento en que se toma la decisión.

| | |
|-------------------|------------------------------|
| \$0 - \$1500 | Gerente de Oficina Comercial |
| \$1500 - \$5000 | Director Financiero |
| \$5000 - \$10,000 | Administrador |
| \$10,000+ | Junta Directiva |

F. Comunicación del Programa de Asistencia Financiera a los Pacientes y el Público:

1. La notificación sobre la asistencia financiera disponible de Mercy Hospital, Inc., que incluirá un número de contacto, deberá ser distribuida por Mercy Hospital, Inc. por distintos métodos, que pueden incluir entre otros:
 - i. La publicación de avisos en facturas de pacientes y

- ii. la publicación de avisos en las salas de emergencia, la recepción, la oficina de servicios financieros para pacientes y en otros lugares públicos a criterio de Mercy Hospital, Inc.
2. La información también debe incluirse en el sitio web del establecimiento y en los Términos y Condiciones del formulario de Ingreso.
3. La derivación de los pacientes para recibir asistencia financiera puede hacerla cualquier miembro del personal o personal médico de Mercy Hospital, Inc., que incluye a médicos, enfermeras, personal de servicios financieros y el administrador del caso.
4. El paciente o un familiar, amigo cercano o socio del paciente puede solicitar la asistencia financiera de conformidad con las leyes de privacidad aplicables.

G. Relación con las Políticas de Cobranza:

1. La gerencia de Mercy Hospital, Inc. deberá desarrollar políticas y procedimientos para prácticas de cobro internas y externas que tengan en cuenta en qué medida el paciente califica para obtener asistencia financiera, el esfuerzo de buena fe de un paciente para postularse para un programa gubernamental o para obtener asistencia de Mercy Hospital, Inc. y el esfuerzo de buena fe del paciente para cumplir con su acuerdo de pago con Mercy Hospital, Inc.
2. Para los pacientes que califiquen para la asistencia financiera y que cooperen de buena fe para afrontar sus facturas del hospital, Mercy Hospital, Inc. podrá ofrecer planes de pago extendido a pacientes que califiquen, no impondrá embargos del salario o gravámenes sobre las residencias principales, no enviará facturas impagas a agencias de cobro externas y cesará todos los intentos de cobro.

IV. REQUISITOS REGULATORIOS:

Al implementar esta política, la gerencia y las instalaciones de Mercy Hospital, Inc. deberán cumplir con todas las leyes, normas y regulaciones federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas en virtud de esta política.

V. TRADUCCIONES:

Esta política y toda la documentación y formularios complementarios están disponibles en los siguientes idiomas, en base a la población del área de servicio de Mercy Hospital:

- Español

Referencias Cruzadas:

- Anexo A: Solicitud de Asistencia Financiera
- Anexo B: Pautas de Asistencia Financiera
- Anexo C: Lista de Proveedores Cubiertos y No Cubiertos

Mercy Hospital, Inc.
 P.O. BOX 180
 218 East Pack
 Moundridge, Kansas 67107
 620-345-6391
 Solicitud de Asistencia Financiera

Nombre del Solicitante _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 N.º de Teléfono _____ N.º de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
 Nombre del Paciente _____ N.º de Cuenta del Paciente _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 N.º de Teléfono _____ N.º de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
 Empleador _____ Puesto _____ Antigüedad _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 N.º de Teléfono _____
 Nombre del Cónyuge _____ N.º de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
 Empleador del
 Cónyuge _____ Puesto _____ Antigüedad _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 N.º de Teléfono _____

Número de integrantes de la familia _____ (incluyendo a usted, su cónyuge, sus hijos y cualquier persona que viva con usted y que usted mantenga. Los estudiantes, independientemente de su lugar de residencia, mantenidos por sus padres u otras personas con las que tienen un vínculo por nacimiento, matrimonio o adopción también se considera que viven con la persona que los mantiene).

INGRESO: ANOTE EL INGRESO DE SU FAMILIA DE:

| | Ingresos Brutos Últimos 6 meses | Ingresos Brutos Últimos 12 meses |
|--------------------------------------|--|---|
| Salario | _____ | _____ |
| Asistencia Pública y de Emergencia | _____ | _____ |
| Seguro Social | _____ | _____ |
| Subsidio por Desempleo | _____ | _____ |
| Indemnización por Accidente Laboral | _____ | _____ |
| Empleo de Granja o Autónomo | _____ | _____ |
| Beneficios por Huelga | _____ | _____ |
| Pensión Alimenticia | _____ | _____ |
| Manutención Infantil | _____ | _____ |
| Asignaciones para Familias Militares | _____ | _____ |
| Pensiones | _____ | _____ |
| Ingreso por Dividendos, Intereses | _____ | _____ |
| Propiedad para Alquilar | _____ | _____ |
| Otro | _____ | _____ |
| Total | _____ | _____ |

Adjunte prueba de ingresos (copias de talones de cheques, formularios W-2, Declaración de Impuestos sobre la Renta, etc.)

Por la presente solicito que Mercy Hospital, Inc. tome una determinación por escrito de mi elegibilidad para obtener asistencia financiera. Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que la información que presento respecto a mi ingreso y la cantidad de integrantes de mi familia se someterá a verificación por parte de Mercy Hospital, Inc. y por la presente autorizo dicha verificación. Además autorizo a los empleadores/las instituciones a divulgar dicha información. También entiendo que si se determina que la información que presento es falsa, dicha determinación tendrá como resultado el rechazo al otorgamiento de asistencia financiera y que seré responsable de los cargos por los servicios prestados.

 Firma

 Fecha

Pautas Federales de Pobreza
Vigentes al 17 de Enero de 2020

| Número de Integrantes de la | Nivel Gubernamental de Pobreza | 0% - 150% | 150% + |
|--------------------------------|-----------------------------------|----------------|------------|
| 1 | \$12,760 | \$0 - \$19,140 | \$19,140 + |
| 2 | \$17,240 | \$0 - \$25,860 | \$25,860 + |
| 3 | \$21,720 | \$0 - \$32,580 | \$32,580 + |
| 4 | \$26,200 | \$0 - \$39,300 | \$39,300 + |
| 5 | \$30,680 | \$0 - \$46,020 | \$46,020 + |
| 6 | \$35,160 | \$0 - \$52,740 | \$52,740 + |
| 7 | \$39,640 | \$0 - \$59,460 | \$59,460 + |
| 8 | \$44,120 | \$0 - \$66,180 | \$66,180 + |
| | ** | | |
| Porcentaje de Cancelación | | 100% | 0% |

*** Para familias con más de ocho (8) integrantes, agregue \$4,480 por cada miembro adicional al nivel gubernamental de pobreza base (Pautas Pobreza)*



POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA- **LISTA DE PROVEEDORES CUBIERTOS Y NO CUBIERTOS**

La siguiente lista detalla los proveedores de atención médica, cuyos servicios están cubiertos o no por la política de asistencia financiera de Mercy Hospital Inc. Esta lista se actualiza cada trimestre. La última actualización fue el: 1 de febrero de 2020.

PROVEEDORES CUBIERTOS

- 1) Enfermeros Especializados en Anestesia de High Plains Nurse Anesthesia
- 2) Terapeutas Físicos y Ocupacionales de Rehab Visions
- 3) Terapeutas del Habla, Leslie Copeland, Fonoaudióloga y Elizabeth Biggs, Fonoaudióloga
- 4) Enfermeras Calificadas Empleadas por Mercy Hospital Inc.

PROVEEDORES NO CUBIERTOS

- 1) Todos los Proveedores de Partners in Family Care:
 - Dr. James Ratzlaff
 - Dra. Kathryn Hayes
 - Dra. Marla Ullom-Minnich
 - Dr. Paul Ullom-Minnich
 - Dr. G. Aron Fast
 - Dra. Annie Fast
 - Michelle Claassen, Médica Asociada Certificada (PA-C por sus siglas en inglés)
 - Ashlee Pauls, PA-C
 - Seth Metzler, PA-C
- 2) Cirujano General, Dr. John McEachern, MD
 - Shawna Johnson, Especialista Diplomada en Enfermería (A.R.N.P. por sus siglas en inglés)
- 3) Servicios Médicos de Emergencia de Moundridge y Servicios Médicos de Emergencia del Condado de Harvey (Hesston)
- 4) Ambulancia Aérea Salvavidas
- 5) Patólogo, Dr. David McKenzie
- 6) Dr. James Cooper, MD
- 7) Pamela McCullough, Dra. en Odontología
- 8) Dra. Julie Moore
- 9) Dr. David Wagner, MD

Estos proveedores forman parte de consultorios privados y no son empleados de Mercy Hospital Inc., ni están sujetos a su política de asistencia financiera. Estos proveedores facturarán sus servicios por separado, y cualquier asistencia financiera debe gestionarse directamente con su consultorio.