

Política: Financiero Política de asistencia	Fecha Emitido: 29/05/2018	Departamento Aprobación:
Negocio Oficina	Revisado: 25/03/12	Administrativo Aprobación:

Resultado Declaración

La Política de Asistencia Financiera del Hospital Municipal de Purcell (PMH) identifica oportunidades de asistencia financiera para pacientes que son financieramente indigentes y demuestran una incapacidad para pagar los servicios que se les brindan a ellos o a sus dependientes. La Política de Asistencia Financiera (FAP) proporciona y establece pautas para toda la instalación en materia de asistencia financiera que garantizan el cumplimiento de todas las pautas estatales, federales y reglamentarias.

El Hospital Municipal de Purcell se compromete a brindar asistencia financiera a personas que tienen necesidades de atención médica y no tienen seguro médico o tienen un seguro insuficiente. En consonancia con nuestra misión de enriquecer la salud y las vidas de quienes servimos a través de una atención individualizada, compasiva y excepcional. El Hospital Municipal de Purcell brindará, sin discriminación, atención de emergencia para afecciones médicas a personas independientemente de su elegibilidad para recibir asistencia financiera o asistencia del gobierno.

En consecuencia, esto escrito política:

- Incluye elegibilidad criterios para financiero asistencia
- Describe el base para calculador Cantidades Generalmente Facturado (AGB) a pacientes elegible para recibir asistencia financiera bajo la póliza
- Describe el método por cual pacientes puede aplicar para asistencia financiera
- Describe cómo Purcell Municipal Hospital *voluntad* publicar la política *dentro* la comunidad
- Limita las cantidades que el hospital se cobrará por emergencia u otro médicamente necesaria atención brindada a personas elegibles para asistencia financiera a los importes generalmente facturados (AGB)

La ayuda financiera es no considerada como a sustituto de la responsabilidad personal. Pacientes Se espera que cooperen con PMH procedimientos para obtención asistencia financiera, y a contribuir a el costo de su atención basada en su capacidad individual para pagar. Individuos con la capacidad financiera para comprar salud El seguro deberá ser motivado a hacer entonces, como a medio de garantizar el acceso a los servicios de salud, para su salud personal integral y para la protección de sus bienes individuales. El Hospital Municipal de Purcell puede en cualquier momento definir y revisar los criterios que determinan la elegibilidad para la financiación1 asistencia.

Con el fin de administrar sus recursos de manera responsable y permitir que el Hospital Municipal de Purcell brinde el cuidado adecuado de sus hijos, asistencia a el más grande número de personas en necesidad, la Junta de La Dirección establece las siguientes pautas para la prestación de asistencia financiera al paciente.

Definiciones:

- I. Periodo de solicitud: Definido como el tiempo proporcionado a los pacientes por el hospital para Complete la solicitud de asistencia financiera. Comienza el primer día que se presta la atención y finaliza el día 90th después de la hospitalización. proporciona el individuo con el primer postalita estado de cuenta por la atención prestada.
- II. Tamaño de la familia: El tamaño de la familia lo define el Servicio de Impuestos Internos y es igual al número de personas para las que contribuyente se permite una deducción en su declaración de impuestos federales.
Ingresos familiares de Illinois: Los ingresos familiares se determinan según la definición de la Oficina del Censo, que utiliza los siguientes ingresos para calcular el Nivel Federal de Pobreza (FPL):
 - A. Incluye ganancias, compensación por desempleo, compensación laboral, seguridad social Seguridad, Ingreso de Seguridad Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos de pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos por patrimonio, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia de fuera del hogar y otras fuentes diversas;
 - B. No efectivo beneficios semejantes como alimento sellos y alojamiento subsidios hacer no contar;
 - C. De terminado en a antes de impuestos base;
 - D. Excluye capital ganancias o pérdidas; y
 - E. Si a persona vidas con a familia, incluir el ingreso de toda la familia miembros (Las personas que no son parientes, como por ejemplo los compañeros de casa, no se admiten).
- IV. Federal de Pobreza (FPL): El importe mínimo establecido de ingresos brutos que una familia necesita para comida, ropa, transporte, refugio, y otras necesidades. Él está determinado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos y es ajustado para inflación y se reporta anualmente en la forma de las directrices sobre pobreza.
- V. Financiero Asistencia: Definida como: gratis o salud con descuento cuidado servicios proporcionado a personas que no pueden pagar la totalidad o una parte de su responsabilidad financiera por los servicios y que cumplen con los criterios de la política de asistencia financiera del Hospital Municipal de Purcell.
- VI. Médicamente necesario: definido por Medicare como servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico, la prevención o el tratamiento de una enfermedad, lesión o dolencia.
- VII. La cantidad que un paciente es personalmente responsable de pagar después de todos los descuentos disponibles, incluido el descuento para personas sin seguro y el descuento por asistencia financiera.
- VIII. Sin seguro: El paciente tiene No nivel de seguro o tercero fiesta asistencia a asistir con cumplir con sus obligaciones de pago.
- IX. Su asegurado: El paciente tiene algún nivel de seguro o asistencia de terceros, pero aun así tiene gastos de bolsillo que exceden sus capacidades financieras.

Proceso

- I. Servicios elegibles: Para los efectos de esta política, toda emergencia y atención médica servicios necesarios prestados en PMH, incluido estancias hospitalarias para pacientes internados son elegible. No médicamente necesario Los servicios y procedimientos no calificarán para Asistencia Financiera.
- II. Elegibilidad para Finanzas Asistencia: Elegibilidad para fines financieros asistencia Serán considerados para aquellas personas que:
 - A. Tener limitado o No salud segura;
 - B. Cooperar con Purcell Municipal Hospitales políticas y procedimientos;
 - C. Demostrar financiero necesidad;
 - D. Suministrar todo requerida información a proceso la solicitud; y
 - E. Reembolsos el Hospital para cualquier dinero pagado directamente a paciente por seguro.

La concesión de asistencia financiera se basará en una determinación individualizada de la necesidad financiera y no llevar en cuenta la edad, género, raza, estatus social o inmigrante, orientación sexual o afiliación religiosa. La determinación de asistencia financiera será efectiva por un período de hasta 3 meses a partir de la fecha la aplicación fue aprobado e incluirá los saldos de cuentas pendientes correspondientes a los 3 meses anteriores a la fecha de aprobación.

Además, esta política no se aplica a pacientes que viajan o están de vacaciones a nivel internacional y buscan tratamiento en Purcell Municipal. Hospital.

Financiero necesidad y elegibilidad voluntad ser determinado en conformidad con el siguiente procedimiento:

- A. Solicitud - Para ser elegible para la consideración de asistencia financiera, El paciente o garante deberá completar el formulario de Solicitud de Asistencia Financiera para Pacientes y presentar la documentación solicitada a respaldar los ingresos y gastos reportados. Una sola aplicación cubrirá la Obligaciones impagas de pacientes para cuentas abiertas hasta 3 meses antes de la fecha de aprobación del mismo garante. Solicitudes. La solicitud de asistencia financiera debe ser completa y precisa e incluir prueba verificable de ingresos y/o activos, así como gastos inusuales.

Los pacientes también pueden presentar una solicitud verbalmente en una cita en persona con el Gerente de la Oficina Comercial o su designado. La información será documentada y el paciente verificará y dará fe de toda la información registrada. Se deberá aportar toda la documentación de respaldo para que la solicitud se considere completa.

Las solicitudes no se considerarán completas a menos que se reciba y evalúe la documentación requerida. El Hospital Municipal de Purcell enviará por correo una notificación por escrito sobre la decisión de su solicitud. El solicitante recibirá un estado de cuenta actualizado que refleje cualquier descuento de asistencia financiera durante su próximo ciclo de facturación regular.

Requeridos documentos incluir:

1. Terminado escrito/verbal solicitud
2. Banco/Ahorros Declaraciones para mayoría reciente tres meses
 - a. Una explicación de cualquier inusual depósito/gastos en el banco/ahorros declaraciones
 - b. Documentos debe reflejar todo depósitos
3. Ingreso verificación para solicitante. Si garante archivado casado, archivando articulación en mayoría Impuestos recientes, el garante también debe enviar verificación de ingresos del cónyuge.
 - a. Verificación de ingreso poder incluir (no un inclusivo listado): pagar talones de pago, cheques de desempleo, cartas/cheques de concesión del seguro social, cartas de concesión por discapacidad, documentación de manutención infantil y verificación de pensión. Si el paciente no tiene ingresos, una declaración notariada de Tal información deberá ser proporcionada junto con la solicitud.
4. Impuesto Documentación de devolución
 - a. Declaración de impuestos presentada más recientemente o carta de no presentación del IRS. Los impuestos deben estar acompañados de todos los formularios de respaldo (AF) y documentos (W2, 1099) para que se consideren completos.
5. Seguro de enfermedad Aprobación/Rechazo Carta
 - a. Este solo es un requisito si el hospital ha evaluado previamente la elegibilidad del paciente para Medicaid. Si el paciente es evaluado previamente como potencialmente elegible, debe cooperar con el proceso de solicitud de Medicaid para ser elegible para recibir asistencia financiera del Purcell Municipal Hospital.

Documentos eso son alterado voluntad no ser aceptado.

- B. Solicitudes incompletas - Todas las solicitudes incompletas recibirán una carta de notificación que detallará La información que es necesario a satisfacer la documentación requisitos para la elegibilidad. Si El solicitante envía documentación incompleta una segunda vez, el El solicitante recibirá una carta y un intento de llamada telefónica para notificar al paciente que su solicitud no está completa.

Aplicaciones para financiero asistencia puede ser mano entregado hacia Admisiones Gerente del Hospital Municipal de Purcell, 2301 N 9th Ave Purcell, OK 73080

Aplicaciones puede ser blindado a: Purcell Municipal Hospital A la atención de:

Admisiones Gerente Apartado Postal 511, Purcell, OK 73080

Aplicaciones puede ser enviado por fax a el Negocio Oficina Gerente: (405) 527-6963

Si en algún momento se determina que un tercero es o puede ser responsable de sus servicios, cualquier recuperación tendrá prioridad. sobre la asistencia y cualquier ayuda financieras voluntad ser nulo. Tú será responsable del pago de todos los cargos de cualquier servicio cubierto.

Los valores del Hospital Municipal Purcell en dignidad humana y administración se reflejarán en el proceso de solicitud, la determinación de la necesidad financiera y la concesión de asistencia financiera. Solicitudes de financiación Se prestará asistencia procesado rápidamente y Purcell El Hospital Municipal deberá notificar por escrito al paciente o solicitante dentro de un período razonable de tiempo desde la recepción de una solicitud completa.

Cada paciente tiene la oportunidad de solicitar ayuda financiera. antes del tratamiento y durante todo el Período de Solicitud. La necesidad de asistencia financiera se volverá a evaluar en cada momento posterior de servicio si la última evaluación financiera se completó hace más de 6 meses, o en cualquier momento en que se presente información adicional relevante para la elegibilidad. del Se conoce la solicitud del paciente para recibir ayuda financiera.

Las preguntas sobre la política de asistencia financiera pueden dirigirse al Gerente de Admisiones en (405) 527-6524 X- 3312.

- C. Aprobado Financiero Asistencia Ajuste Cantidades - Una vez el secundario La documentación tiene se ha enviado y el individuo tiene estado aprobado para financiero asistencia, el siguiente descuento Se aplicará sobre los cargos brutos.

CARGOS DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE PURCELL					CARGOS PROFESIONALES
NIVEL FEDERAL DE POBREZA	RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE (INTERNIZACIÓN, OBSERVACIÓN, CIRUGÍA EL MISMO DÍA)	RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE (AMBULATORIO, RECURRENTE)	RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE (EMERGENCIA)	MONTO DE LA AYUDA FINANCIERA APROBADA	HONORARIOS PROFESIONALES DE LOS PROVEEDORES ENUMERADOS EN EL ANEXO B
0-150%	\$887 copago por visita	\$85 copago por visita	\$125 copago por visita	100% menos copago	20% de cargos
151-200%	40% de cargos	40% de cargos	40% de cargos	40% de cargos	40% de cargos
201-250%	60% de cargos	60% de cargos	60% de cargos	60% de cargos	60% de cargos

*Si en cualquier momento El hospital determina que el Monto adeudado por responsabilidad del paciente es una barrera a cuidado Para el paciente, la aplicación será tomado en frente al equipo administrativo para determinar si el restante balance debería ser equilibrado como un administrativo ajuste por el administrativo política de ajuste.

- D. Individual Paciente Responsabilidades- A paciente OMS califica para: financiero asistencia debe cooperar con el hospital para establecer un plan de pago por la política financiera del hospital y adherirse a ella La política de cobro de pagos del hospital para evitar que su cuenta sea se volvió hacia a agencia de cobranza de terceros.
- E. Adicional extraordinario circunstancias puede calificar para financiero asistencia en acaso por caso base:
1. Individual es sin hogar;
 2. Individual es fallecido y tiene No conocido bienes capaces a pagar hospital deudas;
 3. Individual es encarcelado;
 4. Individual es actualmente elegible para Seguro de enfermedad, pero era no elegible en la fecha de servicio;

III. Monto generalmente facturado (AGB)/Limitación de Cargos. Límites del Hospital Municipal de Purcell la cantidad cobrada para atención de emergencia y medicamento necesaria proporcionó a los pacientes OMS son elegible para La asistencia financiera bajo esta póliza no debe exceder los cargos brutos por la atención multiplicados por el porcentaje del AGB. El porcentaje de AGB se determina utilizando el método de mirada retrospectiva. (Ver Anexo C).

El AGB porcentaje es calculado en a hospital instalación nivel, en a mínimo anualmente, con implementación no mayor a 120 días después del fin del 12 período mensual utilizado anteriormente.

IV. Relación a Políticas de cobranza. Pacientes/garantes son se esperaba que pagar la cantidad de su cuenta que es no elegible para asistencia bajo esta política. Después solicitud está aprobada, pago en lleno es esperado, o a pago plan debe ser establecido. Pacientes/garantes OMS fallar a pagar su equilibrio interior 90 días después descuentos tener estado aplicado voluntad ser sujeto a normal recopilación procedimientos.

V. Proveedores Cubierto. A lista de proveedores eso son cubierto bajo esta política y aquellos eso son no acompaña esta política bajo Anexo B. Cualesquiera preguntas acerca de inclusión o exclusión de proveedores que son cubierto bajo esta política puede ser dirigido a el Negocio Oficina Gerente en (405) 527-6524 X-3312.

VI. Regulador Requisitos. En Implementando esta política, Purcell Municipal Hospital gestión y facilidad deber cumplir con todo otro federal, estado, y local leyes, normas, y regulaciones eso puede aplicar a las actividades llevado a cabo de conformidad a esta política.

VII. Documentación. En esfuerzo a adecuadamente documento es justo solicitud de esto política, el Oficina de negocios voluntad mantener archivos de es financiero asistencia aplicaciones, determinaciones de asistencia financiera, y avisos a pacientes para en el menos 24 mes.

VIII. Comunicación del Caridad Programa a Pacientes y Dentro el Comunidad: Comunicación acerca de la PMH financiero asistencia programa voluntad ser publicitado en el Hospitales sitio web. Información del programa voluntad incluir a contacto teléfono número, y voluntad ser escrito en el primario idioma hablado por la población de la comunidad.

ANEXO A: Monto de las Directrices

ANEXO B: Federales de Pobreza para 2025

Generalmente Facturado

(AGB)

ANEXO A: Federal Pobreza Pautas - 2025

Household Size	100% FPL	133% FPL	150% FPL	200% FPL	300% FPL	400% FPL
1	\$15,650	\$20,815	\$23,475	\$31,300	\$46,950	\$62,600
2	\$21,150	\$28,130	\$31,725	\$42,300	\$63,450	\$84,600
3	\$26,650	\$35,445	\$39,975	\$53,300	\$79,950	\$106,600
4	\$32,150	\$42,760	\$48,225	\$64,300	\$96,450	\$128,600
5	\$37,650	\$50,075	\$56,475	\$75,300	\$112,950	\$150,600
6	\$43,150	\$57,390	\$64,725	\$86,300	\$129,450	\$172,600
7	\$48,650	\$64,705	\$72,975	\$97,300	\$145,950	\$194,600
8	\$54,150	\$72,020	\$81,225	\$108,300	\$162,450	\$216,600
Each additional person	+\$5,500	+\$7,315	+\$8,250	+\$11,000	+\$16,500	+\$22,000



ANEXO B: Limitación de Cargos/Monto Generalmente Facturado (AGB) para Purcell Municipal Hospital

Método Usado:

Bajo este método, todo reclamo pagado por Seguro médico del estado pago por servicio y salud privada aseguradoras encima el último 12 meses son usado. Para estos reclamos, la suma de todo lo permitido Los montos de reembolso se dividen por la suma de los cargos brutos asociados.

Financiero Asistencia Solicitud Instrucciones

Por favor conteste todas Las preguntas en cada sección. Si la sección no aplica, por favor escriba “no aplica” o N/A. **Blanco espacios o cualquier misión de Los documentos requeridos pueden resultar en demora o negación.**

Por favor ser sede a incluir a Copiar del siguiente con su solicitud:

1. Banco/Ahorros Declaraciones para mayoría reciente 3 meses
 - a. Una explicación de cualquier inusual depósito/gastos en las declaraciones
 - b. Documentos debe reflejar todo depósitos
2. Verificación de Ingreso
 - a. La verificación de ingresos puede incluir recibos de sueldo, cheques de desempleo, cartas/cheques de concesión del Seguro Social, cartas de concesión por discapacidad, documentación de manutención infantil y verificación de pensión. Si el paciente u otro familiar no trabaja, se requiere una carta notariada que lo indique. Impuesto Devolver Documentación
3. Documentación de declaración de impuestos
 - a. Su de la familia mayoría recientemente archivado impuesto devolver o No presentación estado carta de Hacienda. Los impuestos deben ser acompañado por todo secundario horarios(A&F) y documentos (*W/2s*, 1099s) a tener en cuenta completo.
4. Seguro de enfermedad Aprobación/Rechazo Carta
 - a. Este es solo requerido si el Hospital tiene preseleccionado el paciente para Seguro de enfermedad elegibilidad. Si paciente está preseleccionado como potencialmente elegibles, ellos deben cooperar con Solicitud de Medicaid proceso ser Elegible para financiación ayuda con Purcell Municipal Hospital.
5. A Copiar del del paciente del conductor licencia o foto IDENTIFICACIÓN. Si el paciente *es* bajo 18 años, proporcionar copia de los padres del conductor licencia o foto IDENTIFICACIÓN.
6. El seguro información en página 1 de la Solicitud DEBE SER PROPORCIONÓ. Si tú no están asegurado, por favor informe "NADIE".

Si aprobado, financiero asistencia voluntad solo aplicar a servicios proporcionó y facturado por Purcell Hospital Municipal. **Tú puede recibir otras facturas de Radiología, Patología, Sala de emergencias Médicos, etc. que no son aparte de Purcell Municipal Hospital.**

Las solicitudes serán revisadas rápidamente después de su recepción. PMH notificará el paciente o solicitante por escrito sobre la decisión de su solicitud.

¿Preguntas? Por favor llamar el Admisiones Gerente en 405-527-6524 X-3312.

FINANCIERO ASISTENCIA SOLICITUD

Paciente Nombre: _____ Fecha: _____

Sección 1: Solicitante

Último Nombre: _____ Nombre: _____ MI: _____ Fecha de _____

nacimiento: _____ DIRECCIÓN: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cremallera: _ Hogar Teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Celular Teléfono: _____ Trabajar Teléfono: _____

Lista Familiar Relación	de los miembros	Fecha de nacimiento	Medicaid#

Sección 2: Seguro de enfermedad

No Yes

Si Sí negación fecha: _____

¿Ha solicitado Medicaid?

Sección 3: Salud Seguro

Tipo de política:

Group Individual HMO Work Comp Other _____

Nombre del seguro: _____

Dirección para la presentación de reclamaciones: _____

Número de póliza: _____ Grupo# _____

Número de Seguro Social del titular de la póliza: _____

Nombre del titular de la póliza (nombre, apellido) _____

DIRECCIÓN: _____

Relación a paciente: _____

Auto Padre Madre Otro _____

Sección 4: Empleo

Nombre del empleador del solicitante: _____

Trabajo Teléfono: _____ Dirección del empleador: _____

Nombre del empleador del cónyuge: _____

Trabajo Teléfono: _____ Dirección: _____

Sección 5; Calculador Ingreso

Actual Mensual Ingreso

1. Del solicitante Ingreso: _____

2. del cónyuge Ingreso: _____

3. Niño Apoyo: _____

4. Pensión alimenticia: _____

5. SSI: _____

6. Familia Apoyo: _____

7. De los padres Apoyo: _____

8. Jubilación: _____

9. Sección 8: _____

Total, Ingreso: _____

Si tú tener adicional información eso puede ser útil en determinar elegibilidad, por favor lista en el espacio abajo.

CONFIRMACIÓN DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR DE INFORMACIÓN

I certifico que la información proporcionó Para completar este La aplicación es verdadero y correcto. autorizar Purcell Hospital Municipal a utilizar información contenido en o proporcionó con esta solicitud para financiero asistencia elegibilidad para este programa, y a obtener archivos pertenecientes a elegibilidad de a financiero institución o de cualquier aislamiento compañía.

Esta información puede También ser liberado para el objetivo de adquirir asistencia financiera entre otros acreedores (es decir: radiología y urgencias) médicos)

Del Solicitante: _____ Fecha: _____