

ASISTENCIA FINANCIERA

número de póliza del archivo
022.001

Se aplica a:
Servicios Financieros del Paciente

Fecha de vigencia: June 20, el año 2016

Aprobado por: Rick Neikirk

Fecha de revisión: _____ Firma: _____

PROPÓSITO

Esta política está escrito para definir claramente los métodos para el Hospital del Condado de Cumberland (CCH) para determinar y proporcionar asistencia financiera a los pacientes del Hospital, servicios de ambulancia, BF Taylor clínica de salud rural y la Clínica de Salud Rural de Flores.

POLÍTICA

Es la política del CCH para proporcionar servicios de salud, sin discriminación, a todas las personas sin distinción de sexo, situación económica, antecedentes educativos, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, orientación sexual, discapacidad, condición médica, estado civil, registrada el estado de la pareja de hecho, o la fuente de pago de la atención, incluyendo los requisitos de selección y transferencia en el marco del tratamiento médico de emergencia federal y la Ley de Trabajo activo (EMTALA).

Además, CCH hará lo siguiente:

elegibilidad -verify y el seguro de factura según sea el caso.

copagos -Recoger y coaseguro.

-Trabajar Con los pacientes para establecer acuerdos de pago, ayudar con las solicitudes de ayuda financiera y proporcionar ciertos descuentos para las sumas respecto de las cuales el paciente puede ser responsable.

PROCEDIMIENTOS Política de Asistencia Financiera

Pago Privado. Se espera que todos los pacientes sin seguro de salud para pagar los servicios del hospital el día que reciben los servicios. Se pedirá a los pacientes con cobertura de seguro de salud para pagar los saldos deducibles, coaseguros estimada, y / o cualquier co-pagos. pacientes privados de pago que no son capaces de hacerlo serán referidos a la oficina de asistencia económica para pacientes para determinar la elegibilidad para la inscripción en Kentucky Medicaid, el Programa DSH, o el Programa de Cuidado de Caridad.

Los cargos. Ninguna persona elegible para recibir asistencia financiera bajo el FAP se cargará más por la atención médicamente necesario que las cantidades que generalmente se facturan (AGB) a las personas que tienen seguro de salud cubren esos. CCH determina que AGB está determinada por la tasa de reembolso de consulta externa en la carta de pago de costos de Medicare informe recibido más recientemente.

Descuentos. Los pacientes sin seguro de salud, o saldos de pacientes para porciones de responsabilidad del paciente, que pagan dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su primera declaración serán elegibles para un 25% de descuento por pronto pago. Cualquier cuenta que no cumplan las condiciones anteriormente, pueden ser referidos al Gerente Oficial de Negocios para ser considerados para un descuento menor sobre una base de caso por caso.

Programa desproporcionada Compartir el Hospital (DSH). Los pacientes que se auto-pago o que tienen porciones de auto-pago de facturas se les ofrecerá un resumen en términos sencillos de la Política de Asistencia Financiera y la aplicación del Programa de DSH. DSH calificación se fija en el 100% del nivel federal de pobreza. Si se determina para ser elegible, el 100% de los cargos será cubierto por DSH.

Política de caridad. Los pacientes que no califican para DSH pueden calificar para el Programa de Cuidado de Caridad. Cuidado de la caridad es la atención prestada en los que no se espera que el pago parcial o total para el servicio, basado en la incapacidad del paciente para pagar. Si no aprobados previamente, los pacientes serán inicialmente facturado 100% de los cargos, a continuación, tendrá hasta el día número 240 tras el primer estado de cuenta después del alta en el que solicite la asistencia con la solicitud de ayuda financiera, antes de que se hará ninguna determinación de deudas malas. Para calificar para asistencia bajo la política de cuidados caritativos, el ingreso familiar de un paciente debe ser no más de 150% del nivel federal de pobreza. Los pacientes que califican para este programa se les dará un descuento del 100% de la cantidad cargada, siempre que aquellos que cumplen con este requisito para solicitar Medicaid (o han proporcionado una carta de rechazo) antes de considerar cualquier cuidado de caridad. registros financieros de los pacientes se actualizarán para indicar que los servicios futuros deben ser dados de baja de acuerdo con esta determinación de la caridad, siempre que la situación económica no ha cambiado.

Aprobado planes de pago. CCH (o su compañía de facturación contratado) pueden establecer planes de pago con los individuos para saldos de las cuentas pendientes de pago. Las directrices para las condiciones de pago son aceptables:

se requerirá el pago mínimo de \$ -A 25.00 por mes en las cuentas de menos de \$ 500.00. Se requerirá un pago proporcionalmente mayor en función del tamaño del saldo de la cuenta, y la duración del período de pago de acuerdo con la Política de Términos de Pago / Pago Puntual. Ver sección de la SSP para obtener ayuda.

-Los Pacientes con múltiples cuentas pueden hacer sólo un acuerdo sobre el pago / cuenta por mes. Una vez que una cuenta se paga en su totalidad, el pago se moverá a la siguiente cuenta más antigua. Los pacientes que continúan haciendo pagos satisfactorios serán

consideradas para ser el cumplimiento de su plan de pago, sin tener en cuenta si las cuentas de mayor edad no ven ninguna actividad, siempre que los pagos siguen. cuentas de un individuo se pueden combinar en una sola cuenta para facilitar el procesamiento y la planificación de pagos.

PROVEEDORES. El FAP se aplicará a toda emergencia y otros servicios médicos necesarios. Los siguientes proveedores se designan como la entrega de emergencia o de otro tipo de atención es médicamente necesario:

Dr. Robert L. Flowers, Sr.
Dr. Samuel L. Rice
Dr. Robert L. Flowers, Jr.
Dr. Christian Konsavage
Vickie Kingrey, ARNP
EricaMcWhorter-Hill, ARNP
Douglas Williams, ARNP
Angela Rush, ARNP