



PA-01 Programa de Atención a la Comunidad Asistencia Financiera

OBJETIVO

En consonancia con su misión de ofrecer alta calidad de servicios de salud y bienestar para la Comunidad en general, el Richland Hospital, Inc. está comprometido a proporcionar atención gratuita o con descuento a personas que reúnen las condiciones, que están en necesidad de tratamiento médicamente necesario, incluso si esa persona no está asegurada, subasegurada, no reúne los requisitos necesarios para otros programas del gobierno, o no pueden pagar con base en su situación económica.

POLÍTICA

A fin de proporcionar el nivel de ayuda necesaria para el mayor número de pacientes necesitados, y para proteger los recursos necesarios para hacerlo, se aplican las siguientes pautas:

Los servicios son proporcionados bajo el Programa de Atención a la Comunidad únicamente cuando se considere médicamente necesario, y después de comprobarse que los pacientes cumplen todos los criterios financieros con base en el suministro de información y la documentación adecuada.

1. Se espera que los pacientes contribuyan con pago por los cuidados médicos con base en su situación económica, por lo tanto, cada caso será revisado por separado.
2. El Programa de Atención a la Comunidad no se considera una opción alternativa de pago, y a los pacientes que lo soliciten, se les podrá brindar asistencia en la búsqueda de otros medios de pago o de ayuda financiera antes de la aprobación de un descuento bajo el Programa de Atención a la Comunidad.
3. A los pacientes no asegurados, independientemente del motivo de la falta de cobertura, que se cree que tienen accesibilidad a la compra de seguros de salud, se les puede incentivar a hacerlo a fin de garantizar una mejor accesibilidad a la atención de salud y el bienestar general.
4. A los pacientes aptos bajo el marco de la presente directriz no se les cobrará más de la cantidad que generalmente se factura (AGB) de la manera en que se calcula anualmente para emergencias o atención médica necesaria.

DEFINICIONES

Los siguientes términos en esta directriz deben interpretarse como sigue:

1. **The Richland Hospital, Inc.:** Para efectos de esta política, el Richland Hospital, Inc. se refiere a:
The Richland Hospital, Inc., 333 E. Second Street, Richland Center, WI 53581, (608) 647-6321
Spring Green Medical Center, 150 E. Jefferson St., Spring Green, WI 53588, (608) 588-7413
Muscodia Health Center, 1075 N. Wisconsin Ave., Muscodia, WI 53573, (608) 739-3113
2. **Programa de Atención a la Comunidad (el "Programa"):** Hay cinco categorías de cuentas que serían admisibles bajo este programa:
 - A. Los servicios del Richland Hospital, Inc. que satisfagan los criterios de admisibilidad de la directriz.
 - Los solicitantes que satisfagan los criterios de admisibilidad del programa, serán considerados para un descuento conforme a esta directriz de Cuentas Activas, desde que se reciba una solicitud completa dentro de los tres (3) años a partir de la fecha de servicio.
 - Las solicitudes recibidas después de tres (3) años a partir de la fecha de servicio debido a un cambio en la situación económica del paciente pueden ser consideradas para un descuento, pero dicho descuento será tratado como Deuda Incobrable que no se reporta en el formulario 990.



PA-01 Programa de Atención a la Comunidad Asistencia Financiera

- B. Las cuentas remitidas a una agencia de cobranzas externa, serán admisibles en virtud de esta directriz desde que se reciba una solicitud para atención a la comunidad dentro de los 240 días de la primera factura posterior a el alta médica (salida).
 - C. Servicios ambulatorios (de consulta externa) designados y limitados que se prestan a pacientes aprobados de la Richland Community Free Clinic (Clínica Comunitaria Gratuita Richland).
 - D. Cuentas devueltas por una Agencia de Cobranzas -Una cuenta que ha sido asignada a una agencia profesional de cobros y esta la ha devuelto como cuenta irrecaudable, se considera Community Care (Atención a la Comunidad) debido a que la agencia de cobranzas ha determinado que el paciente no tiene condiciones de pagar la cuenta.
 - E. Las cuentas cerradas por causa de una quiebra ordenada por un juzgado – Una cuenta que está cubierta en virtud de una decisión judicial que ordenó la quiebra, es considerada Atención a la Comunidad debido a que el juez decidió que el individuo es económicamente incapaz de pagar la cuenta.
3. **Cuenta o cuentas activas:** Cualquier cuenta o cuentas que no se han remitido a una agencia externa para acción de cobro.
 4. **Cuidados de Emergencia:** La atención inmediata necesaria para evitar que la salud del paciente se ponga en grave riesgo, o para evitar el deterioro grave de las funciones corporales y la disfunción grave de cualquiera de los órganos o partes del cuerpo.
 5. **Cuidados de Urgencia:** Servicios necesarios para evitar la aparición de enfermedades o lesiones, invalidez, fallecimiento o daños graves o disfunción si se trata dentro de las 12 a 24 horas.
 6. **Ingresos:** Los ingresos del hogar se usarán como pauta y se definirá como el ingreso bruto ajustado modificado ("MAGI" por sus siglas en inglés). MAGI se calculará con base en el ingreso bruto ajustado "AGI" (Adjusted Gross Income) como aparece en la más reciente declaración federal de impuestos de renta de la persona o la familia, que incluya las prestaciones del Seguro Social no sujetas a gravamen y el interés exento de impuestos. Otros criterios pueden ser utilizados si AGI no está disponible debido a que el individuo no está obligado a presentar declaración federal de impuestos o si se puede comprobar que el actual nivel de ingresos del hogar ha cambiado de manera significativa.
 7. **Directrices Federales de Pobreza (FPG por sus siglas en inglés):** Pautas para determinar el nivel de pobreza tal como se definen y actualizan anualmente en el Federal Register. Para determinar si reúne las condiciones, en todas las solicitudes que se reciban dentro de ese año e independientemente de la fecha en que se recibió el servicio que aparece en la factura, se usarán las Directrices Federales de Pobreza para el año en el que una solicitud es aprobada.
 8. **Personas que cumplen los requisitos conforme a la solicitud al programa:** Cualquier persona que se incluya como deducción en la más reciente declaración federal de impuestos de renta que presentó, o cualquier persona que hubiera reunido las condiciones si se hubiera presentado una declaración de impuestos. Las cuentas para un dependiente que aparece en la declaración de impuestos serán admisibles bajo el programa sólo para servicios recibidos con anterioridad al dependiente alcanzar la mayoría de edad (18). Un niño nacido después de la presentación de la última declaración de impuestos puede ser incluido como admisible.



PA-01 Programa de Atención a la Comunidad Asistencia Financiera

9. **Cantidad que generalmente se factura (AGB):** El cálculo de AGB, será igual a los montos que generalmente se facturan a individuos con un seguro que cubra ese servicio. El AGB se calculará anualmente y se basará en el período de los 12 meses inmediatamente anteriores, de enero a diciembre. Los cálculos se basan en cargos permitidos para reclamos de salud cubiertos por Medicare y por aseguradoras privadas, incluidos los deducibles, co-pagos y otras responsabilidades del paciente durante el período de cálculo, independientemente de la fecha del servicio. Un AGB separado se calculará para servicios de paciente interno y servicios ambulatorios prestados en el Richland Hospital, Inc., Spring Green Medical Center y Muscoda Health Center. El AGB de la manera en que se calcula entrará en vigencia a partir del 1 día del mes de marzo de cada año y se aplica a cualquier decisión de una solicitud que se haga en esa fecha o después de esa fecha, independientemente de la fecha original de servicio o de la fecha original de la solicitud. (Véase el apéndice para los actuales porcentajes AGB).

El %AGB = se determina por el total de pagos de reclamos de salud cubiertos por Medicare y por las aseguradoras privadas, dividido por los cargos permitidos relacionados a las reclamaciones.

10. **Descuento AGB** = 1 menos AGB.
11. **No asegurado:** Los pacientes sin seguro o asistencia de terceros para ayudar a remunerar su responsabilidad financiera a los proveedores de atención médica.
12. **Subasegurado:** Los pacientes que tienen seguro o tienen la ayuda de terceros para ayudar a pagar por los servicios médicos, pero que acumulan o tienen la posibilidad de acumular gastos de su bolsillo que excedan su capacidad económica. AGB se aplica a la cantidad cobrada y el paciente es responsable de pagar (co-seguro, deducibles, etc.) después de aplicar las deducciones, descuentos y pagos aplicados por un tercero que paga.

PROCEDIMIENTOS

A. Requisitos:

Los servicios con derecho a descuento incluyen todas las cuentas que cumplan con las cinco categorías, tal como se define en el programa. Otros criterios incluyen:

1. Atención de emergencia o de urgencia, servicios considerados médicamente necesarios, siempre que médicamente necesario se entienda como el cuidado que no es electivo y el cual es necesario para evitar la muerte o evitar efectos adversos para la salud del paciente. Los cuidados no medicamente necesarios no tienen derecho a recibir descuento bajo el marco de estas directrices. Esto incluirá los servicios prestados y facturados por el Richland Hospital, Inc., Spring Green Medical Center, y Muscoda Health Center.
2. Los saldos de las cuentas para las cuales existe otra fuente de pago disponible no son admisibles en el marco de este programa.
3. Las cuentas activas tienen derecho a un programa de descuento bajo el programa cuando se recibe una solicitud completa dentro de los tres (3) años siguientes a la fecha de los servicios. Las solicitudes recibidas después de tres (3) años a partir de la fecha de servicio debido a un cambio en la situación económica del paciente, pueden ser consideradas para un descuento, pero dicho descuento será tratado como Deuda Incobrable que no se reporta en el formulario en el 990.



PA-01 Programa de Atención a la Comunidad Asistencia Financiera

4. Las cuentas remitidas a una agencia de cobranzas externa, serán admisibles en virtud de esta directriz desde que se reciba una solicitud para Atención Comunitaria dentro de los 240 días de la primera factura posterior a el alta médica (salida).
5. Las cuentas son admisibles con base en la fecha de presentación de la solicitud o la fecha en que se determina presunta admisibilidad.
 - A. Los pacientes que necesitan un servicio médicamente necesario y que requieran asistencia financiera deberán solicitar Atención a la Comunidad con anticipación. La Atención a la Comunidad se aplicará al servicio identificado y a cualquier servicio previo no pagado.
 - B. Las solicitudes para el programa que se presenten después de que se reciban los servicios, aplicarán únicamente a las cuentas con una fecha de servicio anterior a la fecha de aprobación de la solicitud.
 - C. Si se incurre en cargos por visitas futuras, el paciente tendrá que volver a solicitar admisión al Programa para que estas visitas sean consideradas conforme al Programa. Si la situación económica ha cambiado desde la solicitud previa, el paciente tendrá que llenar una nueva solicitud con toda la documentación requerida. Si la situación económica del paciente no ha cambiado, el paciente puede firmar un certificado indicando que toda la información económica presentada anteriormente sigue siendo la misma, en lugar de tener que llenar una solicitud completa.

Si no se utilizó la declaración de impuestos en la decisión original, se exigirá una nueva solicitud con la información económica a partir del 1 de abril de cada año.

6. Los pacientes no asegurados, subasegurado, no admisibles a los programas de asistencia del gobierno, o que no tienen condiciones de pagar con base en su situación económica tienen derecho a que se les considere para el programa. Las determinaciones de admisibilidad se basan en cada caso individual y pueden requerir reuniones o diálogo con asesores financieros del hospital. A la hora de determinar la admisibilidad del paciente, el Richland Hospital, Inc. no toma en cuenta raza, género, edad, orientación sexual, religión, nacionalidad, condición social o situación migratoria, condición de veterano, estado civil, discapacidad o incapacidad o la edad de la cuenta del paciente.

7. Presunta Admisibilidad

Además, el Richland Hospital, Inc. puede consultar o depender de fuentes externas e otros recursos de inscripción en el programa en el caso de pacientes que carecen de comprobantes de admisibilidad o situación individual. A criterio propio, cuando el paciente es incapaz de proporcionar la documentación necesaria que sustente una decisión de admisibilidad, el Richland Hospital, Inc. puede proporcionar servicios gratuitos o con descuento bajo este programa cuando:

- A. El paciente está sin hogar.
- B. El paciente cumple los requisitos para otros programas de asistencia estatal o local que están careciendo de fondos.
- C. El paciente cumple los requisitos para las estampillas de comida o de los programas de almuerzo escolar subsidiado.
- D. El paciente cumple los requisitos para recibir asistencia en virtud de la Ley de víctimas del delito o acto de agresión sexual.



The Richland Hospital, Inc.

PA-01 Programa de Atención a la Comunidad Asistencia Financiera

- E. Paciente ha fallecido, no tiene cónyuge, y no se ha radicado ninguna herencia ante el sistema judicial dentro de los 12 meses posteriores al fallecimiento o se determina en el momento que el paciente no tiene activos que exijan la radicación de una herencia.
- F. El paciente obtiene una determinación de quiebra, dentro de los seis meses anteriores a la fecha de presentación de la solicitud, si el solicitante busca que se considere una cuenta activa no saldada como parte de la determinación de la bancarrota.
- G. El domicilio válido del paciente se considera de bajos ingresos o de viviendas subsidiadas y el paciente autoriza a la autoridad de vivienda aplicable para que valide el nivel de ingresos directamente al hospital.

El paciente será informado de los criterios utilizados para determinar admisibilidad para recibir atención gratuita o con descuento. Si el paciente es aprobado por menos que el mayor descuento mediante la presunta admisibilidad, se le proporcionará información sobre cómo solicitar atención gratuita mediante el proceso de solicitud.

B. Cómo se determina el monto del descuento:

1. Los pacientes que puedan demostrar un ingreso que llega o está por debajo del 150% de las Directrices Federales de Pobreza ("FPG" por sus siglas en inglés) tienen derecho a un descuento del 100% en cualquier saldo pendiente con el Richland Hospital, Inc.
2. Los pacientes que demuestren ingresos entre 151% y 300% del FPG tienen derecho a recibir servicios a tarifas de descuento las cuales se enumeran en la siguiente tabla.
3. A criterio del hospital, los pacientes con ingresos familiares superiores a 300% de la FPG aún pueden tener derecho al programa de descuentos con base en cada caso individual, teniendo en cuenta circunstancias atenuantes, incluidas las financieras, médicas o de indigencia o enfermedad catastrófica.

NO ASEGURADO		SUB-ASEGURADO	
Ingresos	Descuento	Ingresos	Descuento
0-150% del FPG	100%	0-150% del FPG	100%
151-200% del FPG	50% o descuento AGB, lo que sea mayor	151-300% del FPG	Descuento AGB El monto cobrado al paciente y que es responsabilidad del paciente (co- seguro, deducibles, etc.) después de aplicar las deducciones, descuentos y pagos aplicados por la tercera parte que paga no será mayor que el AGB
201 - 300% del FPG	Descuento AGB		

C. Como solicitar ayuda financiera:

1. Los individuos pueden solicitar asistencia financiera mediante la presentación de una solicitud completa y toda la documentación exigida (ver lista abajo). Las solicitudes pueden obtenerse visitando el sitio web del hospital en www.richlandhospital.com, en persona en el Richland Hospital, Inc., mediante el envío de una



PA-01 Programa de Atención a la Comunidad Asistencia Financiera

solicitud al Richland Hospital, Inc. o llamando al Departamento de Contabilidad del Paciente 608/647-6321: La solicitud debidamente llena se puede entregar en persona en el Richland Hospital, Inc., enviar al Richland Hospital, Inc., o enviar por fax al Richland Hospital, Inc. al 608/647-6898.

2. El Asesor del Paciente (Patient Counselor) del Richland Hospital, Inc. brinda asistencia para llenar la solicitud por teléfono o en persona. Las personas que necesiten ayuda deben contactar el Richland Hospital, Inc. al 608/647-6321 para obtener ayuda o hacer una cita.
3. Para poder acogerse a este programa, los pacientes deben cooperar con el Richland Hospital, Inc. para estudiar medios de asistencia alternativos y si es necesario, inclusive la solicitud o acciones necesarias para asegurar la cobertura de Medicare, Medicaid, y los intercambios de seguro de salud. Los pacientes estarán obligados a proporcionar la información necesaria y la documentación al solicitar ingreso a un programa de descuento, u otros programas de pago privado o público.
4. Además de completar una solicitud, la documentación que posiblemente se debe proporcionar puede incluir entre otros y sin carácter restrictivo:
 - A. Copia de la declaración federal de impuestos más reciente. (Obligatorio)
 - B. Comprobante de ingresos para el solicitante y cónyuge, si corresponde; dos o tres más recientes talones o desprendibles de pago, comprobantes de pago de desempleo, documentación del seguro social o ingreso de pensión, o información suficiente de cómo hace el paciente para mantenerse actualmente. (Obligatorio)
 - C. Extractos bancarios que sustenten todas las cuentas de efectivo. (Obligatorio sólo cuando no tiene disponible la devolución de impuestos federales más reciente).
 - D. Carta de denegación de Medicaid fechada en los últimos tres meses. (obligatorio cuando se aplica a las cuentas de un adulto con ingresos que lleguen o estén por debajo de 125% del FPG o para niños con un ingreso familiar que llegue o esté por debajo de 300% de FPG).
 - E. Tarjeta de seguro para cualquier cobertura a que tenga derecho.

Se les pedirá a los pacientes que certifiquen que toda la información proporcionada es cierta y completa. Si se determina que cualquier información es falsa, todos los descuentos del programa serán revocados, lo que hará que el paciente sea responsable por el saldo original de los servicios prestados.

D. El procesamiento de la solicitud de Atención a la Comunidad

El paciente que solicite afiliación al programa de Atención a la Comunidad será notificado del estado de su solicitud. El estatus de las solicitudes es el siguiente:

1. Aprobado para un 100% de descuento: El paciente recibirá una carta indicando su aprobación para un 100% de descuento.
2. Aprobado por menos del 100% de descuento: El paciente recibirá una carta de aprobación para un descuento parcial, se le proporcionará una declaración revisada indicando el monto del descuento y el nuevo saldo con descuento. Información sobre las políticas del plan de pago del Richland Hospital, Inc. y un acuerdo de plan de pago se incluyen para ayudar a los pacientes a cumplir con su obligación del saldo restante.



PA-01 Programa de Atención a la Comunidad Asistencia Financiera

3. Solicitud incompleta y documentación: Una carta será enviada al paciente indicando que se necesita más documentación y especificando cuál es la documentación necesaria. El paciente tendrá 30 días para proporcionar la información adicional. Si la información no se recibe en 30 días, la solicitud puede ser denegada.
4. La Atención a la Comunidad es denegada: El paciente recibirá una carta indicando la denegación y el motivo. Información sobre las Políticas del Plan de Pago del Richland Hospital, Inc. y un acuerdo de plan de pago se incluirán para ayudar a los pacientes a cumplir con su obligación del saldo restante.

El descuento a que tenga derecho será aplicado a la cuenta. Si el paciente hizo pagos a la cuenta o cuentas y el Programa de descuento arroja resultados de un crédito a favor de la porción que es responsabilidad del paciente, se emitirá un reembolso al paciente en todos los pagos resultantes de un crédito de \$5.00 o más.

E. Prácticas de Cobro para el Programa de Atención a la Comunidad:

Las políticas internas y externas y los procedimientos deberán tener en cuenta el grado en que un paciente está habilitado para el programa u otros descuentos. Además, a los pacientes que cumplan los requisitos para descuentos parciales o cuya solicitud ha sido denegada, se les ofrecerá un plan de pago y están obligados a hacer un esfuerzo de buena fe para cumplir los acuerdos de pago con el Richland Hospital, Inc. El Richland Hospital, Inc. está comprometido a cooperar con los pacientes para resolver sus cuentas, y a criterio propio, puede ofrecer planes de pago extendido a los pacientes que reúnan las condiciones. Los procesos de cobro de saldos pendientes se regirán con base en las Políticas de Remisión a Cobranza del Richland Hospital, Inc. y pueden incluir la remisión de la cuenta a una agencia de cobros externa y reportar su incumplimiento de pago a una agencia crediticia. Una copia de las Políticas de Cobranza pueden ser obtenidas en persona en el Richland Hospital, Inc, poniéndose en contacto con el departamento de contabilidad del paciente al 608/647-6321 o en www.richlandhospital.com.

F. Comunicación y Publicación del Programa de Atención a la Comunidad:

El Richland Hospital, Inc. comunica la disponibilidad y los términos del programa a todos los pacientes, a través de medios que incluyen, sin carácter restrictivo las siguientes cosas:

1. Señalización dentro de las oficinas del registro, salas de espera, salas de emergencia y áreas de contabilidad del paciente.
2. Solicitud del Programa de Atención a la Comunidad y Resumen en Lenguaje Llano que se ofrece a las personas en el momento de registro y al recibir el alta después de una hospitalización. Programa de Atención a la Comunidad Las Políticas del Programa de Atención de la Comunidad, La Solicitud del Programa de Atención a la Comunidad y las Políticas de Remisión a Cobranzas están disponibles si las solicita. Las versiones en español estarán también disponibles si las solicita.
3. Las Políticas del Programa de Atención de la Comunidad, La Solicitud del Programa de Atención a la Comunidad y las Políticas de Remisión a Cobranzas están disponibles si las solicita. Las versiones en inglés estarán también disponibles si las solicita.
 - A. Solicitándolas en persona al Richland Hospital, Inc., Spring Green Medical Center y el Muscoda Health Center.



The Richland Hospital, Inc.

PA-01 Programa de Atención a la Comunidad Asistencia Financiera

- B. Poniéndose en contacto con el Departamento de Contabilidad del Paciente del Richland Hospital, Inc., en el 608/647-6321.
 - C. Accediendo al sitio web de Richland Hospital, Inc. en www.richlandhospital.com
 - D. Presentando por escrito una solicitud al
Richland Hospital, Inc., 333 E. Second Street, Richland Center, WI 53581.
4. Se proporciona resumen en lenguaje llano con la correspondencia por escrito.
 5. Mensaje visible en los estados de cuenta del paciente.
 6. El resumen en lenguaje llano está disponible en el Aging and Disability Resource Center (Centro de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad) y en el Richland Community Free Clinic.
 7. Nuestro experto personal designado en el Programa, estará disponible para contestar las preguntas del paciente o para remitir a los pacientes al Programa.

Las solicitudes pueden ser hechas por un paciente, los miembros de su familia, amigo o asociado, pero estarán sujetas a las leyes de privacidad aplicables.

REQUISITOS REGLAMENTARIOS:

En la aplicación de esta política, El Richland Hospital, Inc. deberá cumplir con todas las leyes federales, estatales y locales, reglas y normativas que pueden aplicarse a las actividades realizadas en virtud de la presente directriz.

El Supervisor de Contabilidad del Paciente para el Richland Hospital, Inc y el Supervisor de Facturación para el Spring Medical Center y el Muscoda Health Center, respectivamente, será responsable de supervisar el programa para garantizar que la directriz se cumpla de forma sistemática.

Apéndice:

- Solicitud para el Programa de Atención a la Comunidad Cálculo AGB
- Listado de Médicos y Proveedores que Cubre y No Cubre el plan.

Referencias

- Plan de pago, Política de Asistencia Financiera, Política de Remisión a Cobranzas
- Política de Servicios de Emergencia o Política EMTALA, Evaluación de las Necesidades de la Comunidad