 <b>NEMAHA VALLEY COMMUNITY HOSPITAL</b>	Manual de procedimientos y políticas para hospitales de acceso crítico Oficina de negocios	Número: (XXX-X)	Fecha de entrada en vigor: 02/28/2005 Revisión: 05/05/2009 Confirmado: 9/27/2021
	Tema: Atención de caridad		Página 1 de 2

**POLÍTICA:** será política de Nemaha Valley Community Hospital (NVCH) hacer todo lo posible para educar a los pacientes sobre los programas de atención de caridad y brindarles asistencia. Estos pacientes pueden incluir los que no tienen seguro o aquellos con recursos limitados. Esta política se extiende a los pacientes de Seneca Family Practice.

**PROCEDIMIENTO:** la determinación de elegibilidad se tomará tan pronto como las circunstancias lo permitan. El patrimonio neto, los ingresos brutos, los gastos, las obligaciones financieras, el tamaño del hogar y la situación laboral de un paciente/garante se tienen en cuenta para determinar lo que el paciente puede pagar de su(s) cuenta(s). También se considerarán las circunstancias atenuantes, como una enfermedad catastrófica. La elegibilidad para la atención de caridad se determinará mediante las Pautas Federales de Pobreza.

Una vez que el hospital determine que un paciente tendrá un saldo a abonar por su cuenta y que es posible que no tenga los medios para realizar el pago, el hospital debe proporcionarle una Solicitud de asistencia. El personal del hospital también debe proporcionar esta solicitud a cualquier paciente/garante que solicite asistencia financiera. El proceso de completar la solicitud no debe obstaculizar o eximir la solicitud de asistencia financiera de otras fuentes. Deben agotarse todas las opciones de asistencia antes de aprobar la caridad.


Un posible caso de caridad debe identificarse lo antes posible para acortar el período de determinación y evitar esfuerzos de cobro innecesarios. Una vez identificado, el personal de la oficina de negocios debe hablar con el paciente sobre la política de caridad del hospital y proporcionarle la Solicitud de asistencia para que la complete. Se debe instruir al solicitante para que devuelva la solicitud en un plazo de 30 días.

A continuación, se describe el proceso que seguirá el hospital una vez recibida la solicitud. Sin embargo, debe entenderse que completar una solicitud tal vez no sea posible en todos los casos dadas las circunstancias familiares o de vida inusuales para algunos pacientes. En estos casos corresponde aplicar el mejor criterio.

Nemaha Valley Community Hospital se reserva el derecho de otorgar descuentos de asistencia financiera en circunstancias extraordinarias a los pacientes que no cumplan con las pautas establecidas. También se reconoce que hay un porcentaje muy pequeño de la población de pacientes sin seguro que tiene activos muy importantes y podría pagar fácilmente la atención médica, sin embargo, por tener ingresos exentos de impuestos o de otro tipo, estos no se verán reflejados en la declaración de impuestos o de otro modo. Para hacer frente a estas situaciones extraordinarias limitadas, NVCH se reserva el derecho de eximir a estas personas de la atención de caridad.

#### **REPRESENTANTE DE CUENTAS DEL PACIENTE:**

- 1) Revise que la solicitud del programa Sponsored Care esté completa.
- 2) Si la información enumerada en las Preguntas de evaluación indica elegibilidad para otras opciones de asistencia estatal o federal, notifique al solicitante y ayúdelo a solicitar los beneficios si así lo requiere.
- 3) Si el solicitante recibe la aprobación de la asistencia estatal o federal, primero aplique los beneficios a las cuentas elegibles antes de determinar el saldo de la cuenta elegible para atención de caridad.
- 4) Las cuentas que califican para atención de caridad incluyen los siguientes criterios:
  - a) La cuenta está activa a partir de la fecha de la solicitud. (No por cobrar.)
  - b) El médico de atención primaria del paciente forma parte del personal médico del hospital.
  - c) La cuenta no pertenece a una categoría excluida.
  - d) Se tomará en consideración la hospitalización futura (hasta 6 meses) relacionada con una afección existente a la fecha de la solicitud.
- 5) Las cuentas pueden ser excluidas de atención de caridad en las siguientes situaciones:
  - a) La cuenta era para un procedimiento electivo que no constituía una necesidad médica, como una cirugía estética.

 <b>NEMAHA VALLEY COMMUNITY HOSPITAL</b>	Manual de procedimientos y políticas para hospitales de acceso crítico Oficina de negocios	Número: (XXX-X)	Fecha de entrada en vigor: 02/28/2005 Revisión: 05/05/2009 Confirmado: 9/27/2021
	Tema: Atención de caridad		Página 2 de 2

- b). El paciente eligió recibir servicios no cubiertos fuera de la red cuando el servicio habría sido cubierto dentro de la red.
- c). Se había aplicado un descuento por atención de caridad a la cuenta con anterioridad.
- 6.) Una vez que se haya recibido toda la información, el representante de la cuenta completará la sección del Área de Servicios Financieros y enviará la solicitud completa al director financiero (Chief Financial Officer, CFO) para su aprobación.

**DIRECTOR FINANCIERO:**

- 1) El director financiero o CFO revisará la solicitud de Sponsored Care y completará la hoja de trabajo de Sponsored Care.
  - a). Se determinará la tasa de las Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) con base en la información obtenida de la solicitud y la información de respaldo.
  - b). Se determinará el porcentaje de Sponsored Care en función de la tasa de las FPG.

Si la solicitud es denegada, el director financiero o CFO indicará en la línea de comentarios los motivos de la denegación. Los solicitantes pueden volver a presentar su solicitud en seis meses a partir de la fecha en que la solicitaron.

- 2) Indica el ajuste final de caridad que se realizará en la(s) cuenta(s), coloca la firma y la fecha.
- 3) Remite todos los documentos al representante de la cuenta del paciente para el proceso correspondiente en el sistema y la notificación al paciente.
- 4) El solicitante puede volver a solicitar la atención de caridad seis meses después de la fecha de la solicitud anterior.

**ANEXOS:**

**APROBACIONES:**

Director del departamento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Director del personal médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Administrador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Presidente de la Junta Directiva: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_