

**Sistema de Salud Génesis
(GHS)
Manual de Normas**

Asunto: Ayuda Financiera

Fecha de vigencia: 08/01/95

Sección: Manual de Normas

Repasado / Revisado: 01/07/16

Responsabilidad:

Comité de Dirección del
Sistema de Salud de Génesis
Administrador del Ciclo de Ingresos

Ciclo de Revisión: Anual

Aprobado por:



Página 1 de 16

I. NORMAS:

El Consejo de Administración del Sistema de Salud de Génesis ("GHS") está comprometido con su misión de proporcionar calidad y cuidado compasivo a todos los necesitados, independientemente de su capacidad de pago.

En apoyo de este compromiso, GHS mantiene las normas de este Programa de Asistencia Financiera ("FAP") para proporcionar ayuda a personas calificadas con asistencia médica cubierta. GHS consta de Génesis Medical Center, Aledo; Génesis Medical Center, Davenport; Génesis Medical Center, DeWitt; Génesis Medical Center, Silvis; y entidades y unidades de negocios relacionados. Este FAP se aplica a las unidades de negocio designados en la Sección II a continuación.

II. UNIDADES Y CENTROS DE NEGOCIO APLICABLES:

Todas las unidades de actividad: GHS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lavandería Crescent | <input checked="" type="checkbox"/> Centro Medico Génesis, Aledo |
| <input type="checkbox"/> Plaza Crosstown | <input checked="" type="checkbox"/> Centro Medico Génesis, Davenport |
| <input type="checkbox"/> Farmacia FirstMed | <input checked="" type="checkbox"/> Centro Medico Génesis, DeWitt |
| <input type="checkbox"/> Organización Génesis Cuidado Responsable | <input checked="" type="checkbox"/> Centro Medico Génesis, Silvis |
| <input type="checkbox"/> Génesis Cuidado de Conveniencia | <input type="checkbox"/> Salud Ocupacional Génesis |
| <input type="checkbox"/> Génesis EAP | <input type="checkbox"/> Filantropía Génesis |
| <input type="checkbox"/> Centro Médico de la Familia Génesis | <input type="checkbox"/> Asociados de Psicología Génesis |
| <input type="checkbox"/> Grupo de Salud Génesis | <input type="checkbox"/> Casa de Retiro Génesis, Aledo |
| <input type="checkbox"/> Grupo de Salud Génesis, Aledo-Clínica de Salud Rural | <input type="checkbox"/> Génesis VNA (servicios de cuidado a domicilio) |
| <input type="checkbox"/> Grupo de Salud Génesis, Erie-Clínica de Salud Rural | <input type="checkbox"/> Génesis West Wing Place |
| <input type="checkbox"/> Fundación Génesis de Servicios de Salud | <input type="checkbox"/> Servicios para el Ámbito Laboral Génesis |
| <input type="checkbox"/> Equipo Médico para el Hogar Génesis. | <input type="checkbox"/> Plan y Fondo de Compensación Laboral Génesis |
| <input type="checkbox"/> Hospicio Génesis | <input type="checkbox"/> Cuidado Restaurativo Illini |

III. FUNCIONES DE ORGANIZACIÓN APLICABLES:

Ninguna

IV. PROPÓSITO:

Para satisfacer las necesidades de la comunidad, GHS ha establecido un FAP justo y equitativo de proporcionar Asistencia Financiera que refleja el estatus de GHS como proveedor del cuidado de la salud sin fines de lucro, que promueve su misión. El FAP se centra en aquellos pacientes que son incapaces de sostener la extraordinaria carga de los gastos médicos debido a ingresos y recursos limitados. El FAP se aplica a cualquier emergencia y otra Atención Médica Necesaria para personas elegibles y está destinado a cumplir con los Requisitos de la Sección del Código 501 (r).

V. DEFINICIONES:

Por favor ver Apéndice 1 para obtener una lista completa de las definiciones utilizadas en este FAP (Programa de Asistencia Financiera)

VI. CONSIDERACIONES GENERALES:

Estas normas se aplicarán a todos los pacientes, independientemente de su raza, credo, sexo, edad o fuente de pago.

Se tomarán esfuerzos razonables para garantizar que cualquier barrera de lenguaje o audición sea abordada, de acuerdo con los Requisitos de la Sección del Código 501 (r).

VII. PRÁCTICA / PROCEDIMIENTO:

A. ALCANCE:

1. General. El FAP se aplica a toda emergencia y otra atención médica necesaria proporcionada por GHS a los pacientes elegibles, incluyendo toda la asistencia prestada en un Centro Hospitalario GHS por una Entidad Sustancialmente Vinculada. El FAP también se aplica a la atención proporcionada por el Grupo de Salud Génesis en un Centro Hospitalario GHS.
2. Exclusiones. La atención al paciente que no se considera de emergencia o Cuidado Médico Necesario, incluyendo, pero no limitada a, electiva (por ejemplo, la cirugía bariátrica), cosmética, u otros cuidados que se consideran generalmente no reembolsables por parte de pagadores del gobierno - no se considerarán elegibles para recibir Ayuda Financiera.
3. Publicidad. Cada Centro Hospitalario GHS difundirá ampliamente la disponibilidad del FAP a todos los pacientes. Las medidas para dar a conocer ampliamente el FAP se proporcionan en el Apéndice 2.
4. Ley de Descuento al No Asegurado del Hospital de Illinois. Además de la Sección del Código 501 (r), los Centros Hospitalarios GHS ubicados en Illinois están sujetos a la Ley de Descuento al No Asegurado del Hospital de Illinois y a la Ley de Facturación Fiel del Paciente de Illinois (en conjunto, los "Requisitos de Illinois"). Con el fin de cumplir plenamente con los Requisitos de Illinois, este FAP se complementa con las Normas de Descuento Misceláneo de GHS.
5. Otros Programas y Descuentos. GHS pondrá a disposición de todos los pacientes la información sobre el FAP, así como otros programas externos de GHS que puedan proporcionar asistencia o cobertura de servicio. Esto incluye las Normas de Descuento Misceláneo de GHS, que abarca descuentos pronto pago, otros descuentos suplementarios basados en las necesidades y ciertos descuentos que se ofrecen en conexión con los Requisitos de Illinois para los pacientes en Centros Hospitalarios de

GHS ubicados en Illinois. GHS realizará esfuerzos positivos para ayudar a los pacientes en el proceso de aplicación de programas públicos y privados ,a los que sean elegibles y que puedan ayudarles a obtener y pagar por los servicios de atención médica.

B. CRITERIOS DE ADMISIÓN Y ASISTENCIA FINANCIERA:

1. Estado Asegurado. Asistencia Financiera puede estar disponible para los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, si cumplen con los criterios de elegibilidad aplicables. Un paciente no asegurado es un paciente que no tiene un nivel de seguro o asistencia para el pago de un tercero. Un paciente con seguro insuficiente es un paciente que tiene un cierto nivel de seguro o asistencia de tercero para el pago, pero cuyos gastos de propio bolsillo superan sus habilidades financieras.
2. Residencia. Los pacientes que buscan Asistencia Financiera deben buscar atención no urgente del Hospital de GHS más cercano a su residencia real. Si el tratamiento apropiado no está disponible en el Centro Hospitalario GHS aplicable, GHS puede permitir al paciente a buscar atención en otro Centro Hospitalaria GHS. Para verificar residencia, el paciente debe presentar una identificación válida emitida por el estado, tarjeta de votante registrado, una tarjeta de registro del vehículo, un contrato de arrendamiento, una factura de servicios (con fecha dentro de los 60 días), o correo dirigido al paciente, por una entidad federal o agencia gubernamental, local o estatal (con fecha dentro de los 60 días).
3. Saldo mínimo. Fecha efectiva de Servicio _____ , el saldo mínimo en cualquier cuenta para calificar recibir Asistencia Financiera debe ser igual o superior a \$ 500.00 (para recibir servicios en Centros Hospitalarios GHS en Illinois, el saldo mínimo es \$ 300.00).
4. Solicitud de FAP y Criterios. El criterio principal para determinar la elegibilidad para Asistencia Financiera es el ingreso del hogar, incluyendo algunos de los activos netos disponibles, sobre la base de la información solicitada y proporcionada en la Solicitud de FAP, como se explica en la sección VII.D. No se le negará Asistencia Financiera al individuo sobre la base de información que no ha sido especificada o requerida en el FAP o en la Aplicación del FAP.
5. Asistencia Financiera Escala Variable. Fecha efectiva de servicio 1 de enero de 2016, la Asistencia Financiera estará a disposición con arreglo a la escala móvil hallada en el Apéndice 3, que se basa en las Directrices de los Ingresos de Pobreza Federal ("FPIG"). En consonancia con la escala móvil, 100% Asistencia Financiera (es decir, Atención de Beneficencia completa), se proveerá a pacientes documentados sin hogar, personas fallecidas sin tierras, y con seguro insuficiente y los pacientes no asegurados con ganancias del 200% o menos de FPIG.
 - a. Para los residentes de Illinois que reciben atención en un Hospital GHS en Illinois, la cantidad máxima que se puede recoger en un período de doce (12) meses para cuidado médico es el 25% de los ingresos del hogar del paciente, sujeto a la aplicación oportuna y la elegibilidad del paciente según los Requerimientos de Illinois.

Por otra parte, un paciente determinado a ser elegible para Asistencia Financiera no será responsable financieramente más de AGB, como se define en la Sección VII.C para emergencia u otro Servicio Medicamente

Necesario. Descuentos disponibles bajo la FAP se basan en los costos brutos aplicables al servicio. Además de, o en lugar de, este FAP, los pacientes pueden ser elegibles para los descuentos de conformidad con el apartado Normas de Descuento Misceláneo de GHS

6. FPIG. El Departamento de Servicios Financieros del Paciente será responsable de la actualización de la FPIG cada año de calendario.
7. Circunstancias Extenuantes. En ocasiones, pueden existir circunstancias extenuantes lo que causaría que GHS pueda conceder Ayuda Financiera a un paciente que puede de otro modo no cumplir con los criterios cuantitativos. En tales casos, el Administrador del Ciclo de Ingresos o personal de gestión adecuada, documentarán la razón por la cual la ayuda fue concedida y se mantendrá la documentación de apoyo.
8. Compensaciones. En el caso de un paciente que recibe una liquidación por perseguir procedimientos legales o ha recibido recursos financieros identificados específicamente para cubrir el cuidado que se le entregó, el paciente tiene la obligación de informar a GHS y hacer el pago apropiado a GHS en ese momento. GHS puede revertir la decisión de Asistencia Financiera y de documentos en consecuencia, en la medida permitida por los Requisitos en la Sección del Código 501 (r).
9. Cooperación. Cualquier paciente que no cumple o se niega a proporcionar la información solicitada a un pagador tercero y por esto se de lugar a una denegación, no será elegible para el FAP. Un paciente que suministre información sustancialmente incorrecta o fraudulenta en relación con este FAP será considerado no calificado para recibir Asistencia Financiera a discreción única del GHS.

C. AGB:

Para los fines de la FAP, GHS calcula el AGB usando el método de búsqueda retrospectiva en consonancia con los Requisitos de la Sección del Código 501 (r). El público podrá obtener fácilmente el porcentaje AGB aplicable a cada Centro Hospitalario GHS y una descripción de la calculación por escrito y de forma gratuita visitando www.genesishealth.com/patients-visitors/, contactando al Servicio Financiero de Pacientes (ver Sección X para información de contacto), o visitando un Centro Hospitalario GHS.

D. PROCESO DE SOLICITUD:

1. Solicitud de FAP. Los pacientes que buscan Asistencia Financiera deben completar una Solicitud de FAP para documentar sus ingresos y gastos (pasivos) a menos que cumplan con los criterios de elegibilidad presuntas. GHS puede pedir (pero puede no requerirlo de los pacientes de sus hospitales en Illinois) una declaración de tarjeta de crédito para apoyar la información proporcionada en la solicitud de FAP. Solicitudes de FAP se pueden encontrar en línea en www.genesishealth.com/patients-visitors/, contactando al Servicio Financiero de Pacientes (ver Sección X para información de contacto), o visitando un Centro Hospitalario GHS.
2. Verificación de Ingresos. Ingreso (ingreso del hogar) será estimado anualmente por el paciente suministrando cualquiera de los siguientes:

- Una copia de la última declaración de impuestos
 - La copia mas reciente de los formularios W-2 y 1099
 - Copias de los 2 últimos talones de pago
 - Verificación por escrito de ingresos de un empleo si el pago es en efectivo
3. Completitud. GHS reconoce que no todos los pacientes son capaces de proporcionar información financiera y / o social exhaustiva. Por lo tanto, la aprobación para Ayuda Financiera puede ser determinada en base a la información disponible.
4. Identificación. Para verificar el nombre del paciente, fecha de nacimiento y/o dirección, el paciente deberá proporcionar cualquiera de los siguientes documentos:
- Un pasaporte válido
 - Un certificado de nacimiento válido
 - Un certificado de ciudadanía, EE.UU. o extranjera (incluyendo, pero no limitado a formularios N-560 o N561 del DHS - Departamento de Seguridad Interior)
 - Una tarjeta de identificación emitida por los EE.UU. o un gobierno extranjero (incluyendo pero no limitado al formulario I-197 del DHS)
 - Expediente oficial de servicio militar
 - Certificado de nacimiento en el extranjero (incluyendo, pero no limitado al formulario FS-545)
 - Un informe de nacimiento en el extranjero (incluyendo, pero no limitado al formulario FS 240)
 - Un certificado de nacimiento expedido por el Departamento de Estado de los EE.UU. (Formulario DS-1350), o cualquier formulario similar emitido por un gobierno extranjero
 - Una verificación con la base de datos del Departamento de Seguridad Interior de Verificación Sistemática de los Derechos del Extranjero (SAVE)
 - Un registro de censo del gobierno
 - Un certificado de naturalización, EE.UU. o extranjeras (incluyendo, pero no limitado a los formularios del DHS, N-550 o N-570)

Si el paciente no es capaz de proporcionar un documento de la lista anterior, el paciente deberá proporcionar una alternativa en forma escrita a través de la cual pueda GHS verificar el nombre del paciente, fecha de nacimiento y / o su dirección.

5. Fuentes Externas y Elegibilidad Presunta. GHS puede utilizar una fuente externa para llevar a cabo un análisis para determinar los niveles aplicables de Asistencia Financiera cuando la documentación no se haya podido proporcionar (es decir, elegibilidad presunta). La fuente externa cumplirá con la privacidad necesaria y los requisitos de contabilidad y deberán utilizar información de la base de datos nacional pertinente. GHS también puede utilizar Solicitudes de Ayuda Financiera previamente completadas para hacer determinaciones de elegibilidad presunta. Además, la demostración de una o más de las siguientes resultará en una determinación de elegibilidad presuntiva:
- a. Falta de vivienda.
 - b. Difunto sin patrimonio.
 - c. Incapacitación mental, sin nadie que pueda actuar en nombre del paciente.
 - d. Elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha de servicio o para servicios sin cobertura.
 - e. Quiebra personal reciente.
 - f. Encarcelamiento en una institución penal

En estos casos en que se halla que la asistencia es apropiada, la notificación se remitirá al paciente a través de la reducción del saldo en su estado de cuenta, la cual deberá incluir información sobre cómo solicitar Asistencia Financiera potencialmente más generosa dentro de un período razonable de tiempo.

6. Saldo restante. Todos los saldos debidos después de que la Asistencia Financiera haya sido proporcionada pueden ser pagaderos en cuotas mensuales de conformidad con el procedimientos de pago estándar de los Centros Hospitalarios GHS.
7. Fuentes de Referencia. Las referencias de pacientes pueden provenir del paciente o cualquier persona que actúe en su nombre, incluso el personal médico, Servicios de Medios Continuos, Acceso al Paciente y Servicios Financieros del Paciente. Además, los Servicios Financieros del Paciente deberán revisar rutinariamente el historial de pagos de cuentas para determinar posibles candidatos con énfasis en aquellos con un historial de pago demostrando que están dispuestos, pero son incapaces de pagar más.
8. Cronograma Para Establecer la Elegibilidad para Asistencia Financiera.
- a. Una Solicitud de FAP será aceptada y procesada por GHS en cualquier momento durante el período de solicitud de conformidad con los procedimientos descritos en Sección VII.E.
 - b. La información contenida en una Solicitud de FAP es válida por sesenta (60) días, después de la expiración de ese período de tiempo, la solicitud deberá ser renovada.

c. Disposiciones específicamente aplicables a Centros Hospitalarios GHS, Illinois

- i. GHS aplicará los criterios de elegibilidad presunta tan pronto como sea posible después de que el paciente haya recibido atención médica en el hospital y antes de la emisión de una factura por los servicios de asistencia sanitaria recibidos.
- ii. Se hará todo lo posible para determinar la elegibilidad de Asistencia Financiera de un paciente dentro de los sesenta (60) días a partir de cualquiera de lo siguiente: después del alta hospitalaria, a partir de la fecha del servicio, después del recibo de pago de un tercero o después de la negación del gobierno de cobertura de Medicaid o discapacidad. Esto es en acuerdo con los Requisitos de Illinois. Esta disposición no afectará a los plazos establecidos en otras partes del FAP para la notificación de la disponibilidad de Asistencia Financiera o el marco de tiempo del paciente para poder solicitar.

E. PROCESO DE FACTURACIÓN Y COBRO:

Como se describe a continuación, GHS hará esfuerzos razonables para determinar si un paciente califica bajo este FAP para Asistencia Financiera antes de que se involucre en una acción de cobro extraordinario, (ECA). Una vez que se tome una determinación, GHS podrá proceder con uno o más ECAs, como se describe en el presente documento.

1. Procesamiento de Solicitud de FAP. Salvo de la provisión a continuación, un paciente puede presentar una Solicitud de FAP en cualquier momento durante el periodo de solicitud, que es generalmente 240 días a partir de la fecha de la primera factura - después del alta como se define en el Apéndice 1. GHS no estará obligado a aceptar una solicitud de FAP después de 240 días a partir de la fecha de la primera factura después del alta (incluidos los pacientes que han pagado plenamente los cargos aplicables) a menos que sean específicamente requeridos por Ley en los Requisitos de la Sección 501 (r). Las determinaciones de elegibilidad para la Ayuda Financiera serán procesados basados en las siguientes categorías generales.
 - a. Determinaciones de Calificación Presuntiva. Si un paciente es presuntamente determinado como elegible por debajo de la cantidad de la asistencia más generosa disponible bajo el FAP (por ejemplo, la determinación de la elegibilidad se basa en una solicitud presentada con respecto a atención médica previa), GHS notificará al paciente de la razón por dicha determinación, y dará al paciente un período de tiempo razonable para solicitar asistencia más generosa, antes de iniciar una ECA.
 - b. Aviso y Proceso Donde una Solicitud NO ha sido Suministrada. A menos que una Solicitud completa de FAP se haya suministrado, o la elegibilidad se haya determinado en virtud de los criterios de elegibilidad presunta del FAP, GHS se abstendrá de iniciar las ECAs (acciones de cobro extraordinario) durante al menos 120 días a partir de la fecha de la primera facturación posterior al alta hospitalaria, sea enviada al paciente por servicios recibidos. En el caso de múltiples incidentes de atención médica, estas provisiones de notificación pueden ser agregadas, en cuyo caso el plazo se basaría en el incidente más reciente de atención médica incluido en

el agregado. Antes de iniciar uno o más ECA (s) para obtener el pago por cuidados médicos de un paciente quien no ha presentado una solicitud de FAP, GHS adoptará las siguientes acciones:

- i. Proporcionará al paciente con un aviso escrito que indica que Asistencia Financiera está disponible para personas elegibles, identificará la(s) ECA (s) cuya intención es el obtener el pago por el cuidado recibido, y establecerá un plazo después del cual tales ECA (s) pueden ser iniciadas, que no antes de 30 días después de la fecha en que se haya proporcionado el aviso por escrito;
 - ii. Proporcionará al paciente con un Resumen en Lenguaje Sencillo; y
 - iii. Hará un esfuerzo razonable para notificar por vía oral al individuo acerca del FAP y el proceso de solicitud del mismo.
 - c. Solicitudes de FAP Incompletas. En el caso de un paciente que presente una Solicitud de FAP incompleta durante el período de solicitud, GHS notificará al paciente por escrito acerca de cómo llenar la Solicitud de FAP y dará al paciente siete (7) días de calendario para hacerlo. Cualquier ECAs pendientes serán suspendidas durante la oportunidad razonable, y la notificación por escrito (i) describirá la información y / o la documentación adicional requerida en virtud de la FAP o Solicitud de FAP que se requiere para completar dicha solicitud, e (ii) incluirá información de contacto adecuada.
 - d. Las Solicitudes de FAP Completas. En el caso de un paciente que presenta una Solicitud de FAP completa durante el período de solicitud, GHS deberá, en el momento oportuno, suspender cualquier ECAs para obtener el pago por el cuidado, hacer una determinación de elegibilidad, y proporcionar una notificación por escrito, según se dispone a continuación.
 - e. Restricciones para Diferir o Negar Atención. En una situación en la que GHS propone diferir, negar, o requerir un pago antes de proporcionar un cuidado que es Médicamente Necesario, por falta de pago de un individuo de una o más facturas por atención medica prestaba anteriormente cubiertas bajo el FAP, se proporcionará al paciente una solicitud de FAP y un aviso por escrito que indica que la Asistencia Financiera está disponible para los pacientes elegibles, e indicando la fecha límite, si la hay, después de lo cual GHS no aceptará ni procesará una solicitud presentada (o, en su caso, completada) por el paciente por los servicios recibidos previamente en cuestión. Este plazo deberá ser antes de los últimos 30 días después de la fecha en que se haya proporcionado el aviso por escrito, o 240 días después de la fecha en que la primera facturación posterior al alta hospitalaria, se haya proporcionado por servicios médicos recibidos previamente.
2. Determinación de Notificación.
- a. Determinaciones. Una vez que una solicitud de FAP completada se recibe en la cuenta del paciente, GHS evaluará la solicitud de FAP para determinar la elegibilidad y notificar al paciente, el tutor legal del paciente, y / o la parte responsable por escrito de la resolución definitiva dentro de cuarenta y cinco (45) días de calendario. La notificación incluirá una determinación de la cantidad por la que el paciente y / o parte responsable será financieramente responsable. Si la Solicitud de FAP se niega, un aviso será enviado explicando la razón de la negación e instrucciones para apelación o reconsideración.

- b. Reembolsos. GHS proporcionará un reembolso por la cantidad pagada por el paciente por servicios recibidos, que excede la cantidad que el paciente haya determinado ser responsable personalmente de pagar en virtud del FAP, a menos que dicha cantidad en exceso sea menos de \$ 5.00.
 - c. Reversión de las ECA (s). En la medida en que se determine que un paciente sea elegible para Asistencia Financiera dentro del marco del FAP, GHS tomará todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier EPA tomada en contra del paciente para obtener el pago del cuidado prestado. Tales medidas razonablemente disponibles generalmente incluyen, pero no se limitan a, las medidas para desalojar cualquier juicio contra el individuo, levantar cualquier gravamen o embargo sobre la propiedad del individuo, y retirar del crédito del individuo cualquier información adversa que se haya facilitado a una agencia reportera del consumidor u oficina de informes crediticios.
3. Apelaciones. El paciente puede apelar una denegación de elegibilidad para Asistencia Financiera proporcionando información adicional al Departamento de Servicios Financieros del Paciente dentro de los catorce (14) días de calendario siguientes a la recepción de la notificación de la denegación. Todas las apelaciones serán revisadas por el Director del Departamento de Servicios Financieros del Paciente, para llegar a una determinación final. Si la determinación final afirma la denegación previa de Asistencia Financiera, la notificación por escrito será enviada al paciente, tutor legal, y / o interesado responsable.
4. Colecciones. Tras la conclusión de los procedimientos anteriores, GHS puede proceder con ECAs contra pacientes sin seguro y con cuentas atrasadas, como queda determinado en los procedimientos del GHS para el establecimiento, procesamiento y monitoreo de cuentas y planes de pago del paciente. En la medida aplicable, GHS utilizará una agencia de cobro externa u otro proveedor de servicios para el procesamiento de cuentas morosas que deberán cumplir con los Requisitos de la Sección del Código 501 (r) aplicables a terceros.

VIII. ADMINISTRACIÓN

- A. General. El FAP es administrado por el Departamento de Servicios Financieros del Paciente de GHS, bajo la dirección del Consejo de Administración de GHS.
- B. Interpretación. GHS tiene la facultad exclusiva de interpretar, aplicar y administrar este FAP consistente con todas las leyes, reglas y regulaciones federales, estatales y locales, que puedan aplicarse a este respecto.
- C. Enmienda. Este FAP puede ser modificado ocasionalmente por el Consejo de Administración de GHS.

IX. LISTA DE PROVEEDORES

Una lista de proveedores (Provider List) que proporcionan Cuidado de Emergencia o Medicamento Necesario en Centros Hospitalarios GHS se mantiene y se actualiza ocasionalmente por el departamento de Asuntos Médicos y se puede acceder en línea a través

de www.genesishealth.com o poniéndose en contacto con Asuntos Médicos (véase más adelante para información de contacto), o visite un Centro Hospitalario GHS en la dirección que sigue:

Asuntos Médicos GHS / Sistema de Salud de Génesis

1401 West Central Park Avenue
Davenport, Iowa 52804
Teléfono: (563) 421-1288
E-mail: MedicalAffairs@genesishealth.com

X. SERVICIOS FINANCIEROS DEL PACIENTE

Para efectos de obtener información adicional acerca del Programa de Asistencia Financiera o para recibir asistencia en completar una solicitud de Asistencia Financiera, por favor, póngase en contacto con la oficina de Servicios Financieros del Paciente a la siguiente dirección y número de teléfono:

Sistema de Salud de Génesis
Servicios Financieros del Paciente
1401 West Central Park Avenue, Suite 2600
Davenport, Iowa 52804
Teléfono: (563)421-3611
E-mail: Servicios de Financiación al Paciente Services@genesishealth.com

XI. REFERENCIAS:

- A. Normas para el Cuidado Controlado GHS
- B. Normas De Descuento Misceláneo GHS
- C. Ley de Practicas Justas en el Cobro de Deudas (FDCPA)
- D. Registro Federal, Normas anuales de Pobreza
- E. Ley de Facturación Imparcial del Paciente de Illinois
- F. Normativas de la Ley de Facturación Imparcial del Paciente en el Programa de Asistencia Financiera de los Hospitales de Illinois.

XII. SUSTITUYE o REEMPLAZA

No Aplicable

Apéndice 1

DEFINICIONES

Cantidades que Generalmente se Facturan o "AGB": Las cantidades que generalmente se facturan por servicios de emergencia u otra Atención Médica Necesaria a las personas que tienen seguro de salud que los cubren, como se explica más adelante en la Sección VII.C.

Periodo de Solicitud: El período durante el cual una solicitud de Ayuda Financiera puede ser presentada a GHS. El Plazo de Solicitud comienza en la fecha en que el cuidado se provee y termina al final del 240° día después de la fecha de la primera facturación por la atención médica proporcionada, después de que se haya dado de alta o bien: (i) De la fecha especificada en un aviso por escrito de GHS en cuanto a su intención de iniciar una ECA; o (ii) en el caso de un paciente que se ha considerado presuntamente elegible para Asistencia Financiera a menos de 100%, al final del tiempo razonable para solicitar Ayuda Financiera como se describe en la Sección 2.B.7.

Cuidado Caritativo: el alivio de pago por el cual GHS no solicitará pago por los servicios prestados en base a la determinación de que una persona no tiene la capacidad de pagar su obligación completa.

Requisitos Sección del Código 501 (r): Los requisitos de la Sección 501 (r) del Código Fiscal de Ingresos de 1986, según enmienda ocasional, y lo relativo a los Reglamentos del Departamento del Tesoro en lo que sean pertinentes a la Asistencia Financiera, limitaciones de cargos, actividades de facturación y cobros.

Deducibles y Co-Pagos: La responsabilidad financiera del paciente para recibir cuidados según lo determinado por los beneficios de cobertura de seguro individual.

Acciones de Cobro Extraordinarias (o ECAs): Para propósitos de este FAP, las ECAs son aquellas actividades que se identifican bajo los Requisitos de la Sección del Código 501 (r), y que pueden incluir:

1. La venta de la deuda de una persona a otro individuo o parte interesada, a menos que el comprador esté sometido a ciertas restricciones que le impongan los Requisitos de la Sección del Código 501 (r).
2. Proporcionar información adversa sobre el individuo a una agencia reportera del consumidor u oficina de informes crediticios.
3. Diferir o negar, o requerir un pago adelantado antes de proporcionar cuidados médicos necesarios, por falta de pago de un individuo de una o más cuentas por atención médica prestada anteriormente y cubierta bajo el FAP.
4. Las acciones que requieren un proceso legal o judicial, a excepción de las reclamaciones presentadas en una procedimiento de quiebra o lesiones personales.

Tamaño de la familia: El número de personas para las que se ha solicitado una exención personal en la declaración de impuestos sobre la renta federal más reciente del paciente (en el caso de un paciente que es un dependiente, la declaración de impuestos de los padres o tutor del paciente). Si no se presenta una declaración federal de impuestos sobre la renta, entonces el tamaño de familia consistirá en el paciente, su cónyuge documentado/a, y sus dependientes documentados como lo define el Código Fiscal de 1986 y según modificaciones ocasionales.

Directrices del Ingreso Federal de Pobreza (o FPIG): Las normas de pobreza se actualizan periódicamente en el Registro Federal de los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Sociales dentro del marco de la autoridad de 42 USC 9902 (2), que se utilizan en la comparación de niveles de Asistencia Financiera aplicable y disponible bajo el FAP.

Asistencia Financiera: el alivio de pago que GHS aplicará a la obligación financiera de un paciente, incluso Cuidado de Beneficencia, como se indica en el Apéndice 3, a condición de que un individuo que califica para Asistencia Financiera no se halle financieramente responsable de más del AGB por emergencia u otro Cuidado Médicamente Necesario.

Programa de Asistencia Financiera (o FAP): Este programa, que existe para proporcionar Asistencia Financiera a individuos elegibles en el avance de la misión de GHS y en cumplimiento de los Requisitos del Código Sección 501 (r).

Sistema de Salud Génesis (o GHS): A los efectos de estas normas, esto consistirá de Genesis Medical Center, Aledo; Genesis Medical Center, Davenport; Genesis Medical Center, DeWitt; y Genesis Medical Center, Silvis; entidades vinculadas y centros y unidades de negocios.

Centro Hospitalario GHS: Los Centros Hospitalarios individuales de GHS, como se indica más arriba.

Ingreso del hogar: Como puedan ser identificadas y requeridas en la Solicitud de FAP, el total acumulado del ingreso (s) brutos para todos los miembros de la familia de un paciente como se muestra en los formularios de impuestos (declaración de impuestos), que pueden incluir, pero no se limitan a, lo siguiente:

1. Salario.
2. Ingresos por Cuenta Propia.
3. Compensación por desempleo.
4. Seguridad Social.
5. Seguro Social por Discapacidad.
6. Pensión de veteranos.
7. Discapacidad de veteranos.
8. Discapacidad privada.
9. Seguro de Compensación al trabajador
10. Ingresos de jubilación.

11. Manutención de los hijos, pensión alimenticia, u otro apoyo del cónyuge.
12. Otro ingreso.
13. Los activos netos disponibles, incluyendo, pero no limitados a, dinero en efectivo, cuentas bancarias y / o cuentas de inversión y bienes raíces (todos sujetos a exclusiones aplicables, incluyendo, los residentes de Illinois que reciben atención en un Centro Hospitalario GHS en Illinois), con exclusiones bajo los Requisitos de Illinois.

HMO: Organización para el Mantenimiento de la Salud; Un tipo de pagador a terceros (seguro de empresa).

Requisitos Illinois: La Ley de Descuento para Pacientes No Asegurados del Hospital de Illinois y el Acta de Facturación Imparcial al Paciente, promulgados por la Oficina del Procurador General de Illinois (77 Ill. Administración. Código 4.500,10-4500,60).

PPO: Organización de Proveedores Preferidos; Tipo de pagador a terceros (compañía de seguros).

Cuidado Médico Necesario: Tal como se determina en virtud de una orden del médico y / o clínica supervisora durante la entrega del servicio, la atención médica estándar requerida debido a enfermedad, invalidez, afección o impedimento. Por otra parte, la atención médica necesaria deberá:

- Ser consistente con el diagnóstico y el tratamiento de la condición del paciente;
- Estar de acuerdo con las normas de buena práctica médica.
- Ser necesaria para atender a las necesidades médicas del paciente y no ser por razones de la conveniencia del paciente, su cuidador o el médico.
- Sea el tipo menos costoso de servicio, que cumplirá de manera razonable con la necesidad médica del paciente.

Plan Medicare Advantage: plan de reemplazo de Medicare; puede ser HMO, PPO o PFFS.

Auto-Pago: Cualquier cuenta donde se prevé que el reembolso de un pagador tercero no estará disponible.

Entidad Sustancialmente Vinculada: Una entidad comercializada como una sociedad para propósitos de impuestos federales, en el que un Centro Hospitalario GHS posee un capital o utilidades de interés, o una entidad no considerada del cual el Centro Hospitalario GHS es el único miembro o propietario, que ofrece servicios de emergencia u otros servicios médicos necesarios en un Centro Hospitalario GHS, a menos que la prestación de los mismos, sea un comercio o negocio relacionado según se describe en el artículo 513 del Código Fiscal de Impuestos Internos de los EEUU (Internal Revenue Code)

Apéndice 2

MEDIDAS A TOMAR DANDO AMPLIA PUBLICIDAD AL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Cada Centro Hospitalario GHS tendrá un medio de dar a conocer ampliamente la disponibilidad del FAP a todos los pacientes. Las medidas adoptadas para dar a conocer ampliamente el FAP incluyen, pero no se limitan, a los siguientes:

1. Para Centros Hospitalarios GHS en Illinois, un mensaje en la factura de atención sanitaria, estado de cuenta o resumen de los cargos respecto a la elegibilidad para La Ley de Descuento para Pacientes No Asegurados del Hospital de Illinois, y las instrucciones para la solicitud de Ayuda Financiera. Además, y para todos los demás Centros Hospitalarios GHS, un aviso por escrito visible será incluido en la factura de atención médica, declaración, cuenta o resumen de los cargos que avisa e informa a los destinatarios acerca de la disponibilidad de Asistencia Financiera bajo el programa de FAP e incluye el número de teléfono de los Servicios Financieros del Paciente y la dirección del sitio web directa, donde copias del FAP, una descripción del proceso de solicitud para el FAP, una copia de la Solicitud de FAP, y un resumen en lenguaje sencillo de lo que es el FAP, puede ser obtenida.
2. Señales en la sala de admisión, sala de urgencias, la zona de registración, y otras áreas apropiadas proporcionan los formularios de opciones de facturación que explican que el proveedor ofrece un FAP y cómo obtener más información. Dichas señales se colocarán en Inglés y en cualquier otro idioma que es la principal lengua de al menos el cinco por ciento (5%) de los pacientes atendidos anualmente, por el hospital que corresponda.
3. Fotocopias del FAP, la solicitud del FAP, y resumen en términos sencillos disponibles mediante previa petición y sin cargo, por correo y en lugares públicos en todas las salas de emergencias y las áreas de admisión. Las Solicitudes del FAP para los hospitales GHS de Illinois también deberán cumplir con los Requisitos de Illinois (77 Ill. Admin. Código 4.500,10-4500,60).
4. Designar personal que pueda explicar el FAP.
5. Personal que pueda dirigir a los pacientes a los representantes del paciente adecuados para la explicación.
6. Un aviso se encuentra en un lugar prominente en la página web de GHS que informa que la Asistencia Financiera está disponible en el hospital, junto con una copia del FAP, la Solicitud del FAP, y un resumen en lenguaje sencillo de lo que es el FAP.
7. Para Centros Hospitalarios GHS en Illinois, proporcionar información de contacto para los pacientes para que puedan preguntar sobre o disputar una factura detallada o estado de cuenta. Respuestas a preguntas deben hacerse dentro de dos (2) días hábiles de una consulta telefónica y diez (10) días hábiles de una solicitud escrita, en conformidad con la Ley de Facturación Imparcial del Paciente de Illinois.
8. Notificar e informar a los pacientes acerca del FAP ofreciendo una copia en papel del resumen del FAP en lenguaje sencillo a los pacientes, como parte del proceso de admisión o dada de alta.

9. Realizar traducciones disponibles del FAP, la Solicitud del FAP, y resumen en lenguaje sencillo en la lengua hablada por grupos que constituyen el porcentaje menor de 1.000 individuos, o el cinco por ciento (5%) de la comunidad atendida por el hospital o la población que pueda verse afectada o con la cual se pueda ver enfrentada, el hospital en cuestión.
10. Tomar medidas para notificar e informar a los miembros de la comunidad acerca del FAP, que incluye el intercambio de información con el Comité de Evaluación de las Necesidades de Salud Comunitaria GHS

Apéndice 3

Guía de Ingresos para Asistencia Financiera del Sistema de Salud Génesis

2015

Tamaño Familia ¹	En base a los ingresos 200% del FPIG	Alcance <= 200% FPIG Cancelación Del 100%	Alcance <= 220% FPIG Cancelación Del 90%	Alcance <= 240% FPIG Cancelación Del 80%	Alcance <= 260% FPIG Cancelación Del 70%	Alcance <= 280% FPIG Cancelación Del 60%
1	\$23,540	\$23,540	\$25,894	\$28,248	\$30,602	\$32,956
2	\$31,460	\$31,860	\$35,046	\$38,232	\$41,418	\$44,604
3	\$39,580	\$40,180	\$44,198	\$48,216	\$52,234	\$56,252
4	\$47,700	\$48,500	\$53,350	\$58,200	\$63,050	\$67,900
5	\$55,820	\$56,820	\$62,502	\$68,184	\$73,866	\$79,548
6	\$63,940	\$65,140	\$71,654	\$78,168	\$84,682	\$91,196
7	\$72,060	\$73,460	\$80,806	\$88,152	\$95,498	\$102,844
8	\$80,180	\$81,780	\$89,958	\$98,136	\$106,314	\$114,492
9	\$88,300	\$90,100	\$99,110	\$108,120	\$117,130	\$126,140
10	\$96,420	\$98,420	\$108,262	\$118,104	\$127,946	\$137,788
11	\$104,540	\$106,740	\$117,414	\$128,088	\$138,762	\$149,436
12	\$112,660	\$115,060	\$126,566	\$138,072	\$149,578	\$161,084

Directrices del Ingreso Federal de Pobreza (o FPIG-Federal Poverty Income Guidelines)

¹El Tamaño de la familia se determina de acuerdo con la definición que figura en el Apéndice 1.