

Northshore Rehabilitation Hospital

In partnership with:



Política de asistencia financiera

Aprobada por:	Fecha de la última aprobación:	Fecha de emisión:	Versión: 2019-1
---------------	--------------------------------	-------------------	------------------------

Las copias impresas son solo una referencia. Consulte la última versión en la copia electrónica.

Referencias/Requisitos reglamentarios:

Esta Política cumple con el Artículo 501(r) del Código de Impuestos Internos y reglamentaciones del Tesoro relacionadas.

Política de asistencia financiera

La política del NSR Louisiana, LLC, que opera bajo el nombre Northshore Rehabilitation Hospital (el "Hospital"), es brindar la Atención médicamente necesaria a todos los pacientes sin importar su raza, credo o capacidad de pago. Los pacientes que no cuentan con los medios para pagar los servicios provistos en el Hospital pueden solicitar asistencia financiera, que se les otorgará con sujeción a los términos y condiciones que se detallan a continuación.

I. Antecedentes

- A. El Hospital es un hospital de rehabilitación de pacientes internados dirigido y administrado de manera generalmente compatible con los requisitos tanto del Ochsner Health System como del St. Tammany Parish Hospital bajo el inciso 501(c)(3) del Código de Impuestos Internos y de las instituciones benéficas de acuerdo con la legislación estatal.
- B. El Hospital se compromete a brindar la Atención médicamente necesaria. La "Atención médicamente necesaria" se brinda a los pacientes sin perjuicio de su raza, credo o capacidad de pago.
- C. Se prevé que los principales beneficiarios de la Política de asistencia financiera sean los pacientes sin seguro médico que residen en Luisiana o Misisipi cuyo ingreso familiar anual no supere el 200 % de los Niveles federales de pobreza (los "FPG") publicados oportunamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y que se encuentren vigentes a la fecha de servicio para el otorgamiento de asistencia financiera en virtud de esta Política. Los pacientes que atraviesen dificultades económicas o personales o circunstancias médicas especiales también pueden reunir las condiciones para recibir la asistencia. Bajo ninguna circunstancia se podrá cobrar a un paciente habilitado para recibir la asistencia financiera en virtud de esta Política más de los montos

que se facturan habitualmente por esa atención.

- D. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos del Hospital para obtener asistencia financiera u otras formas de pago, y que contribuyan con los costos de su atención en función de su capacidad de pago individual.

II. Definiciones

“Ingreso familiar anual” incluye los sueldos y salarios y los ingresos no salariales, como la pensión alimenticia y la manutención de los hijos; el Seguro Social, el desempleo y las prestaciones de indemnización de los trabajadores; y los ingresos por concepto de pensiones, intereses o alquileres de la familia.

“Solicitud” significa el proceso para solicitar la asistencia en virtud de esta Política, ya sea (a) al completar la solicitud de asistencia financiera del Hospital de manera personal, en internet o incluso por teléfono con un representante o (b) mediante el envío por correo postal o la entrega de una copia impresa de la solicitud al Hospital.

“CBO” significa Oficina central de facturación y cobranzas.

“Familia” significará el paciente, el cónyuge del paciente (sin importar dónde viva el cónyuge) y todos los hijos naturales o adoptivos del paciente menores de dieciocho años que vivan con el paciente. Si el paciente es menor de dieciocho años, la familia incluirá al paciente, los padres naturales o adoptivos del paciente (sin importar dónde vivan los padres) y todos los hijos naturales o adoptivos de los padres menores de dieciocho años que vivan en el hogar.

“FPG” significará los niveles federales de pobreza que oportunamente publique el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y que se encuentren vigentes a la fecha de prestar el servicio.

“Pacientes asegurados” son individuos que tienen algún seguro de salud privado o gubernamental.

“Atención médicamente necesaria” significará los servicios necesarios y razonables para diagnosticar y brindar tratamiento preventivo, paliativo, curativo o reconstituyente para las afecciones físicas o mentales de acuerdo con los estándares de atención médica reconocidos profesionalmente y aceptados en general al momento de prestar el servicio. La atención médicamente necesaria no incluye los medicamentos recetados a pacientes ambulatorios.

“Política” significará esta Política de asistencia financiera que se encuentra en vigencia actualmente.

“Pacientes sin seguro médico” son individuos: (i) que no tienen seguro de salud privado o gubernamental; (ii) cuyos beneficios de seguro se han agotado, o (iii)

cuyos beneficios del seguro no cubren la Atención médicamente necesaria que pretende el paciente.

III. Relación con otras políticas

- A. Política relativa a los servicios médicos de emergencia: El Hospital no presta servicios de emergencia.
- B. Cobertura de medicamentos recetados: los pacientes que necesiten asistencia con los costos de sus medicamentos recetados pueden reunir las condiciones para acceder a uno de los programas de asistencia para pacientes que ofrecen las compañías farmacéuticas.

IV. Criterios de elegibilidad para la asistencia financiera

Los pacientes que soliciten atención en el Hospital y reúnan las condiciones que se mencionan a continuación estarán habilitados para recibir la asistencia que se describe en el Artículo VII en virtud de esta Política.

- A. Asistencia financiera en función de los ingresos:
 - 1. pacientes sin seguro médico y cuyo Ingreso familiar anual no supere el 200 % del FPG,
 - 2. que soliciten Atención médicamente necesaria de servicios hospitalarios para pacientes internados, y
 - 3. que residan en Luisiana o Misisipi.
- B. Formas adicionales de reunir los requisitos para la asistencia: un paciente que de otro modo no cumpla con los requisitos para recibir asistencia en virtud de esta Política, pero que no pueda pagar el costo de la Atención médicamente necesaria puede solicitar asistencia en las siguientes circunstancias:
 - 1. Circunstancias excepcionales: pacientes que comunican que están atravesando una dificultad personal o económica extrema (incluida una enfermedad terminal u otra afección médica muy grave).
 - 2. Circunstancias médicas especiales: pacientes que buscan tratamiento que solamente el personal médico del Hospital puede brindar o que se beneficiarían de los servicios médicos permanentes del Hospital en cuanto a la continuidad de la atención.

Las solicitudes de asistencia por Circunstancias excepcionales o Circunstancias médicas especiales se evaluarán caso por caso y el gerente de la Oficina central de facturación resolverá el caso.

- C. Evaluación de Medicaid: Los pacientes sin seguro médico que buscan atención en el Hospital pueden ser contactados por un representante para determinar si podrían reunir los requisitos para recibir Medicaid. Los Pacientes sin seguro médico deben cooperar con el proceso de elegibilidad de Medicaid para que puedan recibir la asistencia financiera en virtud de esta Política.

V. Método para solicitarla

- A. Asistencia financiera en función de los ingresos

Cualquier paciente que solicite asistencia financiera en función del ingreso en cualquier momento del proceso de programación o facturación puede completar la solicitud de asistencia financiera y se le pedirá que brinde información sobre el Ingreso familiar anual correspondiente al periodo de tres meses y de doce meses inmediatamente anterior a la fecha de revisión de elegibilidad. Se podrán utilizar servicios de verificación de ingresos de terceros como prueba del Ingreso familiar anual. Puede encontrar la solicitud de asistencia financiera en las áreas de Admisiones, o en el sitio o puede solicitarle una copia a un representante en nuestro centro o nuestra oficina comercial.

1. Si existiera alguna discrepancia entre dos fuentes de información, un representante del Hospital podrá solicitar información adicional para corroborar el Ingreso familiar anual.

- B. Circunstancias excepcionales

El personal del Hospital iniciará una Solicitud para cualquier paciente que haya incurrido o corra el riesgo de incurrir en un saldo elevado o haya informado una dificultad personal o económica extrema. El personal del Hospital recopilará la información sobre las circunstancias económicas y las dificultades personales del paciente. Las determinaciones son hechas por el gerente comercial bajo la dirección de la gerencia de Finanzas. La resolución final se le notificará al paciente.

- C. Circunstancias médicas especiales

El personal del Hospital iniciará una Solicitud por cualquier paciente que durante el proceso de programación o admisión se compruebe que atraviesa posibles circunstancias médicas especiales y un representante solicitará una recomendación al médico que brinda o que va a brindar el tratamiento o atención en cuanto a que el paciente necesite tratamiento que solamente puede ser provisto por el personal médico del Hospital, o bien se beneficiaría de los servicios médicos permanentes del Hospital para la continuidad de su atención. Las resoluciones sobre las circunstancias médicas especiales estarán a cargo del médico que trata al paciente. Se notificará por escrito a los pacientes si no cumplen los requisitos para recibir asistencia financiera debido a circunstancias médicas especiales.

- D. Solicitudes incompletas o faltantes

Se notificará a los pacientes si falta información en la Solicitud y se les brindará la oportunidad razonable de suministrarla.

VI. Proceso de determinación de elegibilidad

A. Entrevista financiera:

Un representante del Hospital intentará comunicarse por teléfono con todos los Pacientes sin seguro médico que requieran asistencia financiera en el momento de programar una entrevista financiera. El representante solicitará información, incluido el tamaño familiar, las fuentes de ingreso familiar y cualquier otra circunstancia económica o atenuante que respalde la elegibilidad en virtud de esta Política y ayudará a completar la Solicitud. En el momento de la cita o una vez realizada la admisión, se les pedirá a los pacientes que visiten al representante del Hospital y firmen la Solicitud.

B. Solicitudes recibidas:

Toda Solicitud, ya sea completada de manera personal, en internet, entregada o enviada por correo postal se enviará al representante del Hospital para que la evalúe y la procese.

C. Determinación de elegibilidad:

Un representante del Hospital evaluará y procesará todas las Solicitudes de asistencia financiera. Se notificará al paciente por carta la resolución sobre su elegibilidad. Los pacientes que reúnan los requisitos para recibir menos del 100 % de la asistencia financiera recibirán una estimación de la cantidad adeudada y se les pedirá que establezcan acuerdos de pago.

VII. Bases para el cálculo de los montos cobrados a los pacientes, alcance y duración de la asistencia financiera

Los pacientes que accedan a la asistencia financiera en función del ingreso de acuerdo con esta Política recibirán asistencia de acuerdo con los siguientes criterios de ingresos:

- Si sus ingresos familiares anuales son inferiores al 200 % de los FPG, recibirá atención gratuita.
- Si los ingresos anuales de su familia son superiores al 200 % del FPG, puede tener derecho a recibir descuentos en función de las circunstancias específicas, como enfermedades catastróficas o indigencia médica, a discreción de la CBO.

El incumplimiento del proceso de evaluación de la Cobertura de Medicaid y la Asistencia financiera del Hospital excluirá a los pacientes de la elegibilidad para la

Asistencia financiera.

Se harán modificaciones a los descuentos concedidos anteriormente si la información posterior indica que la información proporcionada era inexacta.

Tal como se utiliza en el presente documento, la “cantidad generalmente facturada” tiene el significado establecido en el Código de Impuestos Internos §501(r)(5) y en cualquier reglamento u otra guía emitida por el Departamento del Tesoro de Estados Unidos o el Servicio de Impuestos Internos que defina ese término. Consulte el Anexo A para una explicación detallada de cómo se calcula la “cantidad generalmente facturada”. El Anexo A se actualiza anualmente y también está disponible en Northshore-rehab.com, nuestras áreas de admisión, y previa solicitud a un representante del Hospital.

Una vez que el Hospital ha determinado que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera basada en sus ingresos, esa determinación es válida durante noventa (90) días a partir de la fecha de revisión de elegibilidad. Después de noventa (90) días, el paciente puede completar una nueva solicitud para solicitar asistencia financiera adicional.

VIII. Determinación de la elegibilidad para recibir asistencia financiera con anterioridad a la Acción por falta de pago

A. Facturación y esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera

El Hospital pretende determinar si el paciente reúne los requisitos para recibir la asistencia en virtud de esta Política con anterioridad o al momento de la admisión o el servicio. Si no se ha determinado la elegibilidad del paciente para recibir la asistencia financiera con anterioridad al alta o al servicio, el Hospital facturará la atención. Si el paciente tiene seguro médico, el Hospital facturará al asegurador registrado del paciente los cargos incurridos. Luego de la adjudicación del asegurador del paciente, el saldo de lo adeudado por el paciente se facturará directamente al paciente. Si el paciente no tiene seguro médico, el Hospital facturará al directamente al paciente los cargos incurridos. Los pacientes recibirán hasta cuatro estados de cuenta durante un periodo de 120 días a partir de la fecha de alta del paciente que serán enviados al domicilio registrado del paciente. Solo los pacientes con un saldo impago recibirán un estado de cuenta. Los estados de cuenta incluyen un resumen en lenguaje sencillo de esta Política y de cómo solicitar asistencia financiera. Los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad incluyen: notificación al paciente acerca de la Política una vez realizada la admisión y en comunicaciones escritas y verbales con el paciente sobre la factura del paciente, un esfuerzo por notificar al individuo por teléfono sobre la Política y el proceso para solicitar asistencia con al menos 30 días de anticipación previos al inicio de una acción legal, y una respuesta por escrito a cualquier solicitud de asistencia financiera para recibir asistencia en virtud de esta Política presentada dentro de los 240 días posteriores al primer estado de cuenta de facturación con

respecto al saldo impago o, si es posterior, la fecha en la que una agencia de cobranza que trabaja en nombre del Hospital devuelve el saldo impago al Hospital.

B. Acciones de cobro de saldos impagos

Si un paciente tiene un saldo pendiente después de que se hayan enviado hasta cuatro estados de cuenta durante un periodo de 120 días, el saldo del paciente será remitido a una agencia de cobro que representa al Hospital, la cual buscará el pago. El Hospital y sus agencias de cobro no informan a las agencias de crédito ni persiguen embargos de salarios o acciones de cobranza similares. Las agencias de cobro que representan al Hospital tienen la capacidad de perseguir el cobro hasta 18 meses a partir del momento en que el saldo fue enviado a la agencia de cobro. Un paciente puede solicitar asistencia financiera en virtud de esta Política incluso después de que el saldo impago del paciente haya sido remitido a una agencia de cobro. Después de que hayan transcurrido por lo menos 120 días desde el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta que muestre los cargos que siguen sin pagarse, y sobre una base de caso por caso, el Hospital puede buscar el cobro a través de una demanda cuando un paciente tiene un saldo impago y no cooperará con las solicitudes de información o pago del Hospital o una agencia de cobro que trabaje en su nombre.

En ningún caso se retrasará o negará la Atención médicamente necesaria a un paciente antes de que se hayan hecho esfuerzos razonables para determinar si el paciente puede tener derecho a asistencia financiera. En el Hospital, un paciente sin seguro que busca programar nuevos servicios y que no se ha presumido elegible para asistencia financiera será contactado por un representante que notificará al paciente de la Política y le ayudará a iniciar una Solicitud de asistencia financiera si así lo solicita.

C. Revisión y aprobación

El representante del Hospital tiene la facultad de revisar y determinar si se han implementado los medios necesarios para evaluar si un Paciente reúne las condiciones para recibir asistencia en virtud de la Política de forma tal de iniciar acciones extraordinarias de cobro del saldo impago.

IX. Proveedores sin cobertura en virtud de la Política de asistencia financiera del Hospital

Ciertos servicios los brindan médicos que no están cubiertos por la política de asistencia financiera del Hospital. Estos servicios pueden estar cubiertos por la política de asistencia financiera del Ochsner Health System, disponible en internet en Northshore-rehab.com o por la política de asistencia financiera del St. Tammany Parish Hospital, disponible en internet en Northshore-rehab.com.

Los médicos que trabajan en el Hospital que no están cubiertos por esta Política se identifican en el **Anexo B, Lista de proveedores**, por nombre. Esta lista se actualiza anualmente y también

está disponible en Northshore-rehab.com, nuestras áreas de admisión, y previa solicitud a un representante del Hospital.