

<b>TÍTULO:</b>	<b>Política de asistencia financiera</b>	<b>Base de datos #4664</b>
<b>CATEGORÍA:</b>	<b>Política</b>	<b>Página: 1</b>
<b>Revisión del comité:</b>	<b>CPPC</b>	<b>Revisión obligatoria: cada año</b>

Nanticoke Memorial Hospital es un hospital comunitario de 99 camas, sin fines de lucro, que presta servicios en el condado de Western Sussex en Delaware. Nanticoke se compromete a proporcionar atención médica de calidad a todos los pacientes, independientemente de su raza, sexo, orientación sexual, nacionalidad de origen o capacidad de pago.

Los procedimientos de asistencia financiera están diseñados para ayudar a las personas que no tienen seguro; tienen seguro con cobertura insuficiente; no son elegibles para un programa de Asistencia Médica federal, estatal o local; o que no tienen capacidad para pagar. Se utilizan las más recientes Normas Federales de Nivel de Pobreza publicadas. Esta asistencia está disponible para todos los pacientes con niveles de ingresos familiares de hasta el 250 % del índice federal de pobreza.

Nanticoke no niega los servicios o cambia su estándar de atención si un paciente no puede pagar los servicios médicamente necesarios. Se ofrece asistencia financiera a todos los pacientes que reciben atención a través de servicios de hospitalización, ambulatorios, de emergencia y de red de médicos proporcionados por médicos empleados por Nanticoke.

Mientras que la flexibilidad en la aplicación de las pautas a la situación financiera de un paciente individual es claramente necesaria, ciertos criterios objetivos son esenciales para asegurar la consistencia en la implementación del programa de atención de beneficencia del hospital. Los criterios que se utilizarán para calificar una cuenta para los ajustes de atención de beneficencia son:

- 1) **Atención elegible:** toda la atención médica necesaria está cubierta por el programa. Las cirugías electivas o cosméticas no están cubiertas. El Nanticoke Memorial puede solicitar la opinión del médico y/o del director de Gestión de utilización de servicios para determinar la urgencia de los servicios prestados. Medicare define a la atención médicamente necesaria como los "servicios de atención de salud o suministros necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas y que cumplen con estándares médicos aceptados".
  - a. Si se considera que un paciente es elegible para recibir atención de beneficencia, la fecha de vigencia puede ser retroactiva a un año y proactiva por un año a partir de la fecha de la determinación.
- 2) **Criterios para la elegibilidad financiera:** se basan en el ingreso familiar bruto del paciente y/o de la parte responsable. La asignación de exención se deducirá para cada persona que vive con el ingreso familiar bruto. Algunas personas pueden exceder los niveles de ingresos establecidos, pero aun así calificar para obtener servicios de beneficencia cuando también se revisa información adicional que incluye gastos de manutención y otros artículos razonables y necesarios. Se proporcionó una tabla para ayudar a determinar la elegibilidad. Los niveles federales de pobreza se actualizan anualmente.
- 3) **Ingreso:** el ingreso bruto se refiere al dinero, los sueldos y los salarios de todas las fuentes antes de las deducciones. El ingreso también se refiere a los pagos de la Seguridad Social, beneficios para veteranos, planes de pensiones, desempleo, compensación laboral, pagos por fideicomiso, manutención de menores, pensión alimenticia, asistencia pública, beneficios por huelga, fondos del sindicato, estipendios por capacitación, ingresos por alquiler, intereses y dividendos, u otro apoyo habitual de cualquier persona que viva dentro o fuera del hogar.
- 4) **Cobertura:** se revisarán todos los demás recursos para el pago antes de que se otorgue el ajuste de beneficencia. La persona debe solicitar los programas de pago de asistencia médica disponibles, según corresponda en cada caso individual.
- 5) **Requisitos de la solicitud:** los pacientes que solicitan la atención de beneficencia pueden presentar la solicitud antes del tratamiento, completando el formulario de Solicitud de apoyo financiero que se encuentra en la Oficina administrativa. Se puede pedir a los pacientes que proporcionen una verificación por escrito de todas las fuentes de dicho ingreso al momento de presentar la solicitud, tales como: a) una copia de los talones de la planilla de pago semanal del empleador, b) una carta del empleador que verifique el ingreso, c) una carta de la

agencia federal o estatal que indique el monto de la asistencia recibida, d) una copia de la más reciente declaración de impuestos federales presentada y verificación de los gastos mensuales. Se pedirá a los pacientes que firmen un permiso de liberación de la Investigación crediticia cuando soliciten la atención de beneficencia.

- a. Las solicitudes completadas pueden enviarse a la Oficina administrativa por correo postal, fax o en persona. La Oficina administrativa está ubicada en 613 Water Street, Seaford, Delaware 19973. El número de teléfono es 302-629-7946. El número de fax es 302-628-6363. Hay una segunda ubicación dentro del hospital en 801 Middleford Road, Seaford, Delaware. La oficina está ubicada en el primer piso, justo a la derecha del vestíbulo. El número de teléfono es 302-629-7946 y el de fax es 302-628-6366.
  - b. Hay consejeros financieros disponibles en ambos lugares. Los consejeros pueden ayudar a completar la solicitud y proporcionar información adicional.
- 6) **Comunicación al paciente:** al paciente se le notificará por carta cuando se apruebe la atención de beneficencia. Si se le niega la atención de beneficencia, debido a que la solicitud no cumple con las pautas federales, hay planes de pago flexibles disponibles. Los pacientes serán contactados por teléfono y/o correo postal.
  - 7) **Método de aplicación** el descuento por atención de beneficencia se aplica a los cargos y/o saldos restantes después de los pagos de terceros basados en el límite de los importes generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés). El límite de los AGB se calcula según el Método Prospectivo. Este método se basa en los Centros de Servicios Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) (tasas Medicare). Se puede proporcionar atención de beneficencia parcial en función de la elegibilidad del paciente.
  - 8) **Pautas de descuento para pacientes sin seguro:** se puede ofrecer a los pacientes que no califiquen bajo la atención de beneficencia un descuento del 25 % de los cargos facturados. En base a cada caso individual, trabajaremos con nuestros pacientes para diseñar un plan de pago asequible.
  - 9) **Publicación de la Política:** la política de asistencia financiera, la solicitud y el resumen en términos sencillos están disponibles en el sitio web del hospital en [www.nanticoke.org](http://www.nanticoke.org). Los tres documentos también están disponibles en el Departamento de Emergencia y en la Recepción si los solicita. Se pueden enviar al paciente copias impresas por correo postal, a pedido, sin cargo alguno. La información de la asistencia financiera también se muestra en los estados de facturación y al momento del alta.
  - 10) **Política de cobranza:** Nanticoke tiene una política de facturación y cobros separada que identifica las acciones que dicho hospital y sus agentes pueden tomar en caso de falta de pago. Esta política está disponible en el sitio web [www.nanticoke.org](http://www.nanticoke.org), y también hay copias impresas disponibles en la Oficina administrativa y en la Recepción de cada una de las áreas. Los pacientes pueden solicitar el envío por correo postal de una copia llamando al 302-629-7946.
  - 11) **Idiomas:** la política de asistencia financiera y la solicitud para la atención de beneficencia están disponibles en inglés y español. Hay servicios de interpretación disponibles para otros idiomas.
  - 12) **Proveedores:** algunos proveedores pueden o no cumplir la Política de asistencia financiera de Nanticoke. La lista de proveedores está disponible en el sitio web [www.nanticoke.org](http://www.nanticoke.org) así como a pedido. La lista se actualiza trimestralmente.
  - 13) **Escala:** la escala para determinar la elegibilidad se incluye con la política. Dicha escala se actualiza anualmente.
  - 14) **Resumen en términos sencillos:** junto con esta política se incluye un resumen en términos sencillos, el cual se actualiza anualmente.