

Community Hospitals and Wellness Centers

CHWC Montpelier Hospital (CAH)

CHWC Bryan Hospital

CHWC Archbold Medical Center

MANUAL DE LA POLITICA Y LOS PROCEDIMIENTOS DE LA CUENTA DEL PACIENTE

Fecha Iniciada: 12/94

Revisado: 07/98, 04/00, 03/02, 11/04, 10/06, 10/07, 06/11, 03/13, 6/13, 6/14, 11/15, 8/16, 2/17, 9/17, 4/18, 2/19, 4/19, 2/20, 6/20, 3/21, 4/22

Repasado: 07/98, 04/00, 03/02, 11/04, 10/06, 10/07, 06/11, 03/13, 6/13, 6/14, 11/15, 8/16, 2/17, 9/17, 4/18, 2/19, 4/19, 2/20, 6/20, 3/21

Asunto: Política de Asistencia Financiera (llamado "Charity HCAP" antes de 9/1/16)

PA00004

Objetivo: De acuerdo con los valores fundamentales de los Community Hospitals and Wellness Centers (*los Hospitales y Centros de Salud Comunitarios*) (CHWC) que son la compasión, integridad, honestidad, respeto y responsabilidad, los CHWC han establecido una política de asistencia financiera para garantizar que todos los pacientes que reciben la atención médica y emergencia necesaria, reciban la oportunidad de solicitar asistencia financiera. El programa de asistencia financiera permitirá que los pacientes cumplan con sus obligaciones financieras, sin dificultades financieras excesivas para el paciente ni su familia.

Política: Es la política de los Community Hospitals and Wellness Centers (*los Hospitales y Centros de Salud Comunitarios*) para brindar servicios de emergencia y atención médica necesaria (consulte el Ohio Administrative Code 5160-1-01), a todos los pacientes, sin discriminación ni de tomar en cuenta a la capacidad de pagar (consulte la política EMTALA ER000099 del hospital). El personal del hospital prohíbe cualquier acción que desalienta a las personas de buscar atención médica.

Es también la intención de los CHWC proporcionar la asistencia financiera a todos los pacientes, asegurados y no asegurados, que llenan las normas financieras establecidas por el programa de asistencia financiera del hospital. Los CHWC harán todo lo posible para asegurar que los pacientes se den cuenta de las opciones de asistencia financiera. Los CHWC harán disponible la información con respecto a las políticas y requisitos para solicitar la asistencia financiera, a todos los pacientes que reciben la atención médica y emergencia necesaria. Esta política es pertinente a las 3 ubicaciones de los Community Hospitals and Wellness Centers (*los Hospitales y Centros de Salud Comunitarios*), incluyendo Bryan, Archbold, y Montpelier.

PROCEDIMIENTO:

Definiciones:

Amounts Generally Billed (AGB) (*El Monto Generalmente Facturado*) - El monto generalmente facturado a un paciente CHWC que tiene cobertura de seguro, que se definen en la sección 501 (r)(5) del Servicio de Rentas Internas (IRS).

EMTALA (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act)– Ley que regula el tratamiento médico de emergencia y trabajo de parto

Asistencia financiera – El descuento o la eliminación del pago para los servicios médicos disponible a los pacientes calificados con una necesidad financiera documentada y verificada.

Plain Language Summary (*Resumen en lenguaje llano*) - Resumen de los programas financieros ofrecidos por los CHWC y el proceso para solicitar la ayuda financiera.

Proceso de solicitud - Un proceso por lo cual un paciente o su representante apropiado completa un formulario con información sobre el ingreso del paciente, el tamaño de su familia, y sus bienes. Todas las aplicaciones completadas estarán evaluadas por un representante del paciente CHWC para calificar para un descuento financiero.

Extraordinary Collections Actions (*Gestiones de Cobro Extraordinario*) - Acciones que requieren un proceso legal o judicial, informándole de información desfavorable a las agencias o burós de crédito. Los CHWC determinarán la elegibilidad de caridad antes de tomar una gestión de cobro extraordinario. Un aviso escrito debe estar dispuesto por lo menos 30 días antes de iniciar las gestiones específicas del cobro extraordinario.

Federal Poverty Guidelines (FPG) (*Guías Federales para determinar los índices de pobreza*) – Las guías Federales para determinar los índices de pobreza publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos y serán efectivas en la fecha(s) de servicio de la cual la ayuda financiera estaría disponible.

Recargos brutos - El total de los recargos a las tasas enteras establecidas por la organización para el suministro de los servicios del cuidado del paciente antes de que están aplicadas las deducciones de los ingresos.

Los ingresos Brutos: los ingresos del individuo antes de que se aplican los impuestos y otras deducciones.

Activos Disponibles – Incluso las cuentas de ahorros y corrientes, los mercados monetarios, acciones/bonos, fondos mutuales de inversión, certificados de depósito, valores de las propiedades (excluyendo la residencia principal), y cualquier otro activo con fondos disponibles.

Cuentas de Ahorros para Gastos Médicos – Cuentas de ahorros específicamente disponibles para cubrir los gastos médicos extras.

Proceso de notificación:

Todos los pacientes registrándose para recibir la atención médica y emergencia necesaria estarán

dados una aplicación financiera y un " Resumen en lenguaje llano" en el momento del registro. Los CHWC también harán un seguimiento a los pacientes no asegurados entre 3 a 4 semanas después del servicio, si una aplicación financiera no está recibida o una aplicación para Medicaid no está completada en esa fecha. El seguimiento consta en una llamada telefónica para ofrecer al paciente la ayuda con la solicitud de Medicaid y para hablar de las opciones para la ayuda financiera.

Los estados de cuenta de los pacientes incluyen al reverso, información sobre el Programa del Seguros de la Asistencia Medica (HCAP) y programas de la ayuda financiera del hospital, incluso los niveles de pobreza actuales, según la política HCAP. Las opciones para solicitar una aplicación financiera también están enumeradas en documento. Referencia a la información sobre la ayuda financiera estará indicada claramente en el frente del documento.

El resumen en lenguaje llano, la aplicación financiera, la política de facturación y cobranzas, y esta política de la ayuda financiera están en el sitio web del hospital.

En conformidad con el límite de 5 por ciento/1000 personas de acuerdo con la orientación del Departamento de Salud y Servicios Humanos "Safe Harbor," las normas 501r, la versión en español de la Financial Assistance Policy (FAP) (*Política de Ayuda Financiera*), la solicitud de un crédito, y el Plain Language Summary (*el resumen en lenguaje llano*) están disponibles también en todas las ubicaciones del hospital y en el sitio web del hospital.

La señalización está publicada en los 3 hospitales en las áreas de cliente incluyendo la Oficina de Admisiones, la Oficina de Facturación, el Cajero y el Departamento de Emergencias. La señalización dará información sobre el programa financiero del hospital y el proceso de solicitud.

Copias de la aplicación financiera y el Plain Language Summary (*Resumen en Lenguaje Llano*) están distribuidas a la clínica Compassion Clinic en el condado Williams. Es una clínica gratuita y los pacientes están animados a completar la solicitud si necesitan servicios subsecuentes en el hospital.

Regularmente, los CHWC incluirán información sobre los programas de la ayuda financiera del hospital, en el boletín informativo trimestral que está enviado a los residentes de los 4 condados.

Métodos de solicitar la ayuda financiera:

Los pacientes asegurados y no asegurados pueden pedir las solicitudes de un crédito, por llamar a la oficina Patient Accounts (*Cuentas de los Pacientes*) a 419-630-2149 o enviando una solicitud a Patient Accounts (*Cuentas de los Pacientes*) a billing@chwchospital.org. También puede obtener las solicitudes en Admissions Office (*la Oficina de Admisiones*) en las 3 ubicaciones en cualquier momento. Los pacientes también pueden descargar la solicitud de un crédito por el sitio web del hospital en la dirección URL: <https://www.chwchospital.org/la-ayuda-financiera/>. Puede dejar las aplicaciones en la Admissions Office (*Oficina de Admisiones*) de las 3 ubicaciones, o por correo a la CHWC Patient Accounts Office en Bryan a la dirección notada en la solicitud de un crédito.

Criterios de elegibilidad:

Los servicios deben considerarse como atención emergente y/o medicamento necesaria. Los

CHWC siguen la política de Medicaid de Ohio para determinar los servicios que cumplen con la necesidad médica (referencia Ohio Administrative Code 5160-1-01). La mayoría de la cirugía estética no está considerada médicamente necesaria.

Para los pacientes asegurados, el saldo que hay después del procedimiento del seguro, que está considerado como “la responsabilidad del paciente,” incluso el coaseguro, deducible (franquicia), y otros montos no cubiertos son elegibles para estar considerados para la ayuda financiera. Si el saldo no esté procesado por el seguro por la falta de seguimiento con el seguro, el saldo no está elegible para ser considerado para la ayuda financiera.

Un paciente debe completar una solicitud de un crédito para estar considerado para recibir la ayuda financiera, con las excepciones que se indican a continuación. Para los pacientes elegibles para el programa HCAP de Ohio, las solicitudes de un crédito estarán aceptadas y procesadas por hasta 3 años después de la fecha de servicio. Para los pacientes por encima de los niveles de ingreso HCAP, los CHWC aceptarán solicitudes de un crédito por un mínimo de 240 días después de la fecha inicial del extracto del paciente.

Para el programa HCAP, una nueva solicitud de un crédito debe estar llenado cada 90 días para los servicios ambulatorios, basado en la fecha de la notificación de la cuenta elegible. Las citas hospitalarias requieren una nueva solicitud 45 días después de la fecha inicial de los servicios hospitalarios. Para el programa de la ayuda financiera del hospital, una nueva solicitud de un crédito debe estar llenado cada 90 días para los servicios hospitalarios y ambulatorios.

Los CHWC pueden aceptar aclaraciones verbales de los ingresos, el tamaño de la familia o cualquier información que no está clara en una solicitud. La persona que recibe la información escribirá "verbal de XXX" y firmar con las iniciales la actualización.

Los pacientes no asegurados se insta a solicitar Medicaid o seguro por el “Health Insurance Marketplace” (*Mercado del Seguro Médico*) antes de considerar un descuento financiero. Si un paciente ha solicitado Medicaid y ha llenado una solicitud de un crédito, los descuentos financieros no estarán aplicados hasta que una determinación final de elegibilidad se recibido de Medicaid.

El Base para calcular los montos que los pacientes están cobrado:

Un paciente elegible para la ayuda financiera no se cobrará más para la asistencia médica de emergencia o para otra atención médica necesaria que el porcentaje AGB. El AGB (el Monto Generalmente Facturado) estará calculado por los CHWC anualmente y será incorporado en los niveles de caridad del hospital dentro de 30 días de la publicación del nuevo índice de pobreza. El AGB se basará en el método “Mirar el Pasado” (según definido por las Treasury Regulations dentro de la sección 501r del Internal Revenue Code de 1986). El AGB a partir de febrero 2022, es 54% para Bryan y Archbold, y 69% para el Montpelier Hospital. El mínimo descuento caritativo del hospital es 50%.

Los descuentos están determinados generalmente por una tarifa proporcional de ingresos brutos, basado en las Guías Federales para determinar los índices de pobreza. Los índices federales de

pobreza están emitidos cada año en el Registro Federal por el Department of Health and Human Services (*Departamento de Salud y Servicios Humanos*). Los índices federales de pobreza actuales e históricas están disponibles en <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm>.

Los Activos Disponibles pueden afectar el descuento de caridad, como se puede ver bajo las normas para la Ayuda Financiera indicadas a continuación.

Los siguientes son los niveles del descuento de caridad de CHWC basado en las Guías Federales para determinar los índices de pobreza:

101% - 200% de FPG	= 100% de cambio
201% - 250% de FPG	= 75% de cambio
251% - 300% de FPG	= 50% de cambio

Los niveles de ingresos y descuentos proporcionales por el tamaño de la familia están incluidos como un apéndice a esta política de la ayuda financiera. Los niveles de descuento para los pacientes elegibles para la caridad se actualizan anualmente, después de que los niveles de pobreza están publicados y después de que los CHWC terminan con el cálculo de la AGB (promedio generalmente facturado).

Los residentes de Ohio con ingresos brutos en o bajo del nivel federal de pobreza, son elegibles para una cancelación general de 100% de los cargos brutos necesarios medicamento o del saldo de paciente según los pagos del seguro, bajo el programa HCAP.

A continuación se presenta información sobre los criterios utilizados para determinar la elegibilidad para el programa HCAP, y el Programa de Ayuda Financiera.

HCAP

1. El fiador/paciente era un residente de Ohio en la fecha de servicio.
2. El fiador/paciente provee la documentación escrita que muestra que el ingreso familiar está encima de o por debajo del índice federal de pobreza. Los índices federales de pobreza generalmente se actualizan cada año. Los nuevos índices se actualizan en los formularios HCAP del hospital y son aplicables a todas las cuentas con las fechas de servicio a partir de la fecha de que los nuevos índices de pobreza están publicados. Los ingresos incluyen los salarios totales, los sueldos, y las facturas al contado sin impuestos incluidos. Los CHWC seguirán las pautas en "OAC 5160-2-07-17" para determinar los montos incluidos como ingresos.
3. Para las visitas con fecha de servicio en y después del 14/12/2000, el fiador tiene 3 años a partir de la fecha de servicio para solicitar. Para las visitas con fecha del servicio antes del 14/12/2000, no hay una fecha límite para solicitar HCAP.
4. Sólo los cargos médicos básicos necesarios al nivel del hospital pueden estar ajustado para el HCAP. Los honorarios profesionales y los cargos con códigos tributarios que no están incluidos en la lista de los códigos tributarios UB04 que está cubierto por Medicaid no son elegibles para los ajustes del HCAP. Referencia "OAC 5160-2-07.17".
5. Los cargos cubiertos por un plan estatal de Medicaid o de cuidado controlado de Medicaid no son elegibles para el HCAP.
6. El tamaño de la familia incluye los padres, el/la esposo/a y todos los hijos, naturales o adoptivos,

menores de 18 años de edad que viven en la casa. Los padrastros y hijastros, relacionados al paciente, no están incluidos. Ambas personas del mismo sexo que están casadas legalmente en otro estado están enumeradas en el tamaño de la familia. Para una explicación adicional de cómo está determinado el tamaño de la familia, consulte “OAC 5160-2-07.17”.

7. Cuando el paciente es un niño que tiene menos de 18 años, los ingresos de ambos padres biológicos o adoptivos están incluidos para determinar el total de los ingresos familiares. Si un padre/una madre no vive con la familia, ni tiene contacto con la familia, ni da ningún apoyo a la familia, esta información debe ser documentada en la solicitud de un crédito, y los ingresos del padre/la madre con todos los derechos y las responsabilidades para el niño son los únicos ingresos que estarán contados. El tamaño de la familia incluirá el padre/la madre que no da ningún apoyo financiero a la familia.
8. Para los pacientes que tienen más de 18 años y que tienen un(a) cónyuge que no vive en la casa, y que ni contribuye ni va a contribuir a los ingresos de la familia, solo los ingresos del paciente estarán contados para determinar el nivel de ingresos. Se le pide al paciente dar una notificación escrita y firmada que indica que el o la cónyuge separado(a) no provee ningún ingreso financiero a la casa. El o la cónyuge separado(a) está incluido en el tamaño de la familia, sin tener en cuenta si está proveyendo algún ingreso o no.
9. Un comprobante de ingresos, si está disponible, para los 12 meses o los 3 meses multiplicado por 4 antes de la fecha de servicio, está incluido con la aplicación. Los ingresos se calcula basado en los ingresos brutos. Si el paciente no escribe los ingresos en la solicitud HCAP baja la columna “3 meses” o “12 meses,” pero provee una prueba exacta de los ingresos de esos meses, el representante pueda anotar el monto de los ingresos en la aplicación. Si el paciente no escribe los ingresos en la solicitud ni provee una prueba exacta de los meses exigidos, el representante devolverá el formulario al paciente para que lo complete, o va a contactar el paciente por teléfono para obtener el monto de los ingresos y anotarlo en la solicitud. Una de las verificaciones de ingresos siguientes es necesaria para determinar la elegibilidad del paciente para una cancelación general de HCAP. Primeramente, debe hacer un esfuerzo para obtener la información que está enumerado y si no está disponible, puede usar el segundo apoyo de los ingresos enumerado. Como último recurso, si no están disponibles otras verificaciones, una declaración firmada es aceptable.
 - A. Una copia de los talonarios de cheques o una carta del empleador dando los ingresos del paciente por un tiempo de 3 meses o 12 meses antes de la fecha de servicio. El hospital va a utilizar cualquier figura que hace la paciente elegible para recibir el HCAP.
 - B. Las declaraciones del impuesto federal sobre la renta o los formularios W2 del año más reciente, notando los ingresos del año actual, pero usando la declaración del impuesto sobre la renta o el formularios W2 como una confirmación de los ingresos indicados. El bloque 5 del formulario W2 y el bloque 6 del formulario 1040 están usados para determinar los ingresos anuales. Esto no dará una prueba exacta de ingresos pero confirmará la información de los ingresos enumerado por el paciente en la solicitud.
 - c. Una declaración jurada firmada o una affidavit declarando los ingresos del solicitante para los 3 o 12 meses antes de la fecha del servicio, y una explicación de cómo está sobreviviendo económicamente el paciente cuando un ingreso de -0- está declarado.

Ayuda financiera

1. Los ingresos brutos actuales (basados en la fecha en que está cumplido la solicitud) están utilizados para determinar el nivel de descuento, y los ingresos de los meses antes del servicio, o los ingresos anticipados de los meses después de la fecha de servicio pueden ser utilizados para confirmar

- cualquier descuento adicional que pueda ser apropiado a través del proceso de excepciones. El Director de Cuentas de los Pacientes también puede utilizar los saldos de los activos disponibles y otros documentos escritos acerca de la situación financiera de la familia incluso los gastos extraordinarios, para solicitar un descuento más alto a través del proceso de excepciones.
2. Las verificaciones escritas de los ingresos y de los activos corrientes son necesarios para determinar el nivel correcto de los descuentos federales. El Presidente o el Director Financiero aprobará cualquiera excepción.
 3. Bloque 5 del formulario W2 y el bloque 6 del formulario 1040 están utilizados para determinar el total de los ingresos anuales.
 4. La determinación del tamaño de la familia varía del programa HCAP. Los hijastros y padrastros, relacionados al paciente están incluidos si viven en el mismo hogar. Además, los niños mayores de 18 años están incluidos en el tamaño de la familia, si el niño aún está apoyado económicamente por el padre/la madre, (niño todavía es un estudiante).
 5. Si un paciente está separado de su cónyuge y está provista una prueba escrita que indica que el/la cónyuge separado(a) no contribuye ninguna asistencia financiera a la familia, solo los ingresos del paciente pueda ser utilizados para determinar la ayuda financiera.
 6. La pensión alimenticia pagada está sustraída del ingreso bruto para determinar el índice de ingresos apropiado, cuando el niño no está incluido en el tamaño de la familia. La pensión alimenticia recibida se agrega a los ingresos brutos cuando el niño está incluido en el tamaño de la familia. Si un niño es el paciente y es un miembro de una familia con custodia dividida, sin pensión alimenticia pagada por ninguno de los padres, y si el padre/madre que tiene la responsabilidad de pagar las facturas médicas solicita la ayuda financiera, un nivel de descuentos por la mitad entre el nivel de ingresos para el tamaño de la familia incluyendo el niño, y el nivel de los ingresos para una familia excluyendo el niño, está calculado y utilizado para determinar el nivel de caridad. Sume los 2 niveles de descuento y divídalo por 2 para calcular el monto que es por la mitad de los dos montos. Si hay un número par de hijos en la familia con custodia dividida, cuente la mitad de los niños para calcular el tamaño de la familia. Cuando un niño(a) es el paciente y es parte de una familia con custodia dividida sin pensión alimenticia pagada, y ambos padres tienen la responsabilidad de pagar la factura médica, los ingresos de ambos padres biológicos deberían estar obtenidos y el tamaño de la familia incluirá el niño, ambos padres biológicos y cualesquiera otros hermanos (biológicos o adoptivos) del paciente.
 8. Los activos disponibles del fiador (o de sus padres si el paciente es menor de edad) están revisados para determinar si los recursos sean disponibles para pagar los saldos pendientes. Las siguientes pautas están utilizadas para determinar una reducción en el nivel del descuento basado en los activos disponibles del fiador. Los Ahorros Médicos/ Ahorros para Gastos Médicos están incluidos con el total de los activos disponibles.
 - a) Para pacientes que califican para un descuento menos de 100% basado en sus ingresos: Si 50% del valor del activo disponible es lo mismo o más del saldo de la cuenta pendiente del fiador, el descuento basado en el nivel de los ingresos estará reducido por un nivel, a menos que el Director de Cuentas de Pacientes, Presidente/CEO o Director Financiero determine que otras circunstancias permiten el descuento completo sin reducción.
 - b) Para pacientes que califican para un descuento de 100% basado en sus ingresos: Si los activos disponibles son mas que 50% del saldo pendiente total del fiador, el nivel del descuento puede estar reducido por un nivel, a menos que el Director de Cuentas de Pacientes, Presidente/CEO o Director Financiero determine que otras circunstancias permiten el descuento completo sin reducción.
 9. Los pacientes fallecidos que no tienen cónyuge supérstite ni padre/madre supérstite (para los

pacientes que tienen menos de 18 años) pueden calificar para recibir la caridad total con una carta de un abogado exponiendo que la herencia del paciente es insolvente. Si el fallecido tenga un cónyuge o padre/madre superviviente, una solicitud de un crédito debe estar llena para determinar la elegibilidad para recibir un descuento financiero.

La asistencia financiera para las circunstancias catastróficas y otras circunstancias atenuantes:

El Presidente/CEO o el Director Financiero del hospital también puede determinar que una visita es elegible para la ayuda financiera, basado en la información que ha recibido del paciente que pueda incluir la solicitud de un crédito o no. El Presidente/CEO o el Director Financiero le proveerá al Director de Cuentas de Pacientes una notificación por escrito para aplicar el descuento.

Elegibilidad Supuesta:

Visitas decididos a ser elegibles para la caridad, a través del programa *I-Solutions* recibirán descuentos de caridad según el “pago de propia cuenta/política de cobro.” *I-Solutions* es un proceso de selección electrónica que proporciona una nota relacionado a la capacidad del paciente para pagar.

La elegibilidad supuesta está determinado después de que una cuenta ha terminado su procedimiento con las agencias de cobranzas, y está cerrada para el estado no coleccionable.

Reembolsos:

Si un paciente completa una aplicación financiera dentro de los 240 días a partir de la fecha de la primera factura y si es elegible para recibir un descuento, los pagos al paciente que excedan el monto según los descuentos de caridad elegibles estarán devueltos al paciente o trasladados a otras cuentas con saldos pendientes.

Notificación del estado de elegibilidad:

A los pacientes que están llenando un solicitud de un crédito, cartas les estarán enviadas informando al paciente/fiador de su elegibilidad para recibir la ayuda financiera. Las cartas estarán enviadas también a los pacientes/fiadores que no califican los requisitos para recibir la asistencia financiera.

Derechos de Apelación:

Los pacientes pueden contactar la Patient Accounts Office (*la Oficina de Cuentas de los Pacientes*) con preguntas con relación a la determinación de elegibilidad para ayuda. Si el paciente no está contento con la explicación de la Oficina de Cuentas de los Pacientes, una petición para revisión pueda estar enviada al Director de la Cuentas de los Pacientes o a la oficina Administrativa de los Community Hospitals and Wellness Centers (*Hospitales Comunitarios y Centros de Salud*). El Director o un Administrador va a contactar al solicitante dentro de 30 días de recibir la solicitud para revisión.

Cooperación del paciente:

Los CHWC se pondrán en contacto con los solicitantes para obtener la información necesaria para las solicitudes incompletas de un crédito. El contacto puede incluir llamadas telefónicas si podemos contactar el solicitante por teléfono. Una ‘petición de información’ está enviada a todos

los solicitantes con quien no podemos obtener la información por teléfono. Una ‘peticion de informacion’ estándar está utilizada y anotará la documentación adicional requerida para procesar la solicitud de un crédito. El formulario dice “Si usted no nos ha contacto ni hemos recibido la informacion pedida dentro de 2 semanas, la solicitud estará considerado incompleta y no estará tramitada.” El formulario también dice que “La solicitud de un crédito puede estar reabierto para reevaluación si la informacion esté proporcionada dentro de 240 días después de su primer estado de cuenta.”

Si el paciente no proporcione la informacion adicional, la solicitud de un crédito estará escaneada y luego traslada a un archivo 'incompleto' y estará anotado en la cuenta del paciente. La solicitud incompleta estará retenida y la informacion solicitada estará aceptada hasta que han pasado los 240 días desde la fecha del primer estado de cuenta del paciente. Los CHWC no se aplicarán los descuentos financieros a las cuentas que están pendientes de los seguros. Los pacientes están obligados a cumplir con las solicitudes de seguro antes de que su cuenta pueda estar considerada para recibir la ayuda financiera.

Acciones en caso de la falta de pago:

Las medidas adoptadas en el caso de la falta de pago o la falta de cooperacion con el proceso de la ayuda financiera se enumeran en la “Política de Pago de Propia Cuenta y de Cobro.” Esta política también está disponible en la siguiente URL: <https://www.chwchospital.org/patient-services/chwc-financial-assistance/>, o en la página web del hospital.

Los proveedores de servicios de salud cubiertos por la política de la ayuda financiera:

Esta política es aplicable a todos los servicios facturados por las 3 ubicaciones de los Community Hospitals and Wellness Centers (*Hospitales Comunitarios y Centros de Salud*), incluso Bryan, Montpelier y Archbold.

Los servicios profesionales siguientes son calificados para un descuento financiero.

Dr. Steven Bumb	Dra. Jodi Tinkel
Dr. George Magill	Dr. Hanan Bazzi
Dr. Scott Frederick	Dr. Michael Nosanov
Dra. Joan Lawrence	Ashley Hawkins, profesional en enfermería certificada
Vaishali Patel, profesional en enfermería certificado	Jennifer Rittenhouse, profesional en enfermería certificada
Dr. D Matt Cooley	Dr. Wainright Jaggernauth
Dra. Shannon Keil	Dr. Arunkumar Baskara
Greg Durham, profesional en enfermería certificado	Nicole Pothast, enfermera-partera certificada
	Dr. Khalid Minhas
Dr. Monzur Haque	Dr. Jeffrey Bessette
Dr. Jeffrey Birn	Brooke Moore, profesional en enfermería certificada
Dr. Christopher Carrel	Dra. Kelly Ferrell
Dr. Jason Gillum	Dr. Michael Gioia
Dr. Adam Gregory	Dr. Shawn Johnson
Dr. Brad Johnston	Dr. Jay Jones
Dr. Mark Kelly	Dr. Michael Kinzer
Dr. Jeremy Macke	Dr. Peter Mehta
Dr. Benjamin Moreno	Dr. R. Evan Nichols
Dr. Andrew Norton	Dr. Kevin O’Connor
Dr. Darshan Patel	Dr. Andrew Potter
Dr. John Reed, Jr.	Dr. Jay Shah
Dr. Mitchell Travis	Dr. Christopher Wing

Dr. Sai Yarram
 Caitlin Armstrong, enfermera especializada en anestesia
 Scott Johns, enfermero especializado en anestesia
 Steve Schultz, enfermero especializado en anestesia
 Dr. Ariyan Javadi
 Dr. Colin Linke
 Patricia Wise, médica asociada
 Dr. Anthony Semaan
 Dr. Scott Shie

Dr. Jeffrey Yngstrom
 Dr. Aiwad Bajwa
 Larry Pickett, enfermero especializado en anestesia
 Charles Tabbert, enfermero especializado en anestesia
 Brandi Alwine, médica asociada
 Daniel Rittenhouse, enfermero especializado en anestesia
 Dr. David Collins
 Dr. Nicholai Kiehl
 Dr. Mahmoud Afifi

Otros proveedores que han decididos aceptar el descuento financiero determinado por CHWC:

- Schumacher Emergency Physicians

Los proveedores que no están cubiertos por el descuento financiero determinado por CHWC:

- Dr. Darin Scribner – Clínica para el Manejo del Dolor
- Dr. Andrius Giedraitis -- Clínica para el Manejo del Dolor
- Parkview Physicians Group of Ohio
- University of Toledo Physicians

Documentación:

No aplicable

Referencias:

No aplicable

Aprobaciones:

Junta de Directores: 07/11, 13/04, 06/13, 7/14, 11/15, 8/16, 10/17, 5/18, 2/19, 4/19, 2/20, 7/20, 2/21, 3/21

LOS HOSPITALES COMUNITARIOS Y CENTROS DE SALUD

ADENDA A LA POLITICA DE LA AYUDA FINANCIERA

Análisis del Nivel de Ingresos para el Programa de Ayuda Financiera de CHWC
 Basado en los Índices Federales de Pobreza a partir de 2022 mas 200% - 250% - 300%

Fiador Paga 0%	100% Descuento	
1	Bajo	\$27,180
2	Bajo	36,620
3	Bajo	46,060
4	Bajo	55,500
5	Bajo	64,940

6	Bajo	74,380
7	Bajo	83,820
8	Bajo	93,260
Fiador Paga 25%		75% Descuento
1	\$27,181 a	\$33,975
2	\$36,621 a	45,775
3	\$46,061 a	57,575
4	\$55,501 a	69,375
5	\$64,941 a	81,175
6	\$74,381 a	92,975
7	\$83,821 a	104,775
8	\$93,261 a	116,575
Fiador Paga 50%		50% Descuento
1	\$33,976 a	\$40,770
2	\$45,776 a	54,930
3	\$57,576 a	69,090
4	\$69,376 a	83,250
5	\$81,176 a	97,410
6	\$92,976 a	111,570
7	\$104,776 a	125,730
8	\$116,576 a	139,890

Añada \$4,720.00 para cada persona adicional.

- Si 50% de los activos en efectivo sobrepasa el saldo total, o si los activos en efectivo son mas que 50% del saldo total, el descuento financiero pueda estar reducido por 1 nivel
- Si los activos en efectivo son mas que 50% del saldo pendiente del paciente y si los ingresos llegan al nivel 100%, el descuento pueda estar reducido a 75%.
- Otras circunstancias que afectan la situación financiera del fiador podrían estar consideradas para aumentar el descuento financiero