

El Sistema de Salud Regional de Dardanelle reconoce, como un sistema de salud no lucrativo, su obligación de proveer asistencia financiera para pacientes en necesidad de ese tipo. El Sistema de Salud Regional de Dardanelle está dedicado a la misión de asistencia financiera pública a través de proveer cuidado para miembros de nuestra sociedad que benefician de sus servicios sin consideración de su raza, sexo, credo, origen nacional, o posición de vida económica o social. Está comprometido en hacer disponible sus servicios en maneras que preservan la dignidad humana y haga valer los recursos del sistema de salud a las personas que no pueden pagar. Al mismo tiempo, El Sistema de Salud Regional de Dardanelle tiene que operar sus servicios en la manera más eficiente y económica posible para asegurar una posición estable en el futuro financiero lo cual es necesario para el reemplazo y expansión de servicios, pago de sus deudas, establecimiento de reservas adecuados para emergencias, la provisión de futuras novedades tecnológicas, y servicios médicos necesitados.

Bajo estos principios, la Junta del Sistema de Salud Regional de Dardanelle está comprometido a la provisión de asistencia financiera para los pacientes que tienen necesidad de cuidado, que han seleccionado al Sistema de Salud Regional de Dardanelle para su cuidado, y el servicio ha sido determinado como el servicio apropiado para proveer tal cuidado de servicio y no hay otra instalación más adecuada o programa disponible para el paciente donde cuidado compensado puede ser dado.

Es necesario adherir a una filosofía de "puerta abierta" de proveer un diagnóstico adecuado y servicios terapéuticos para emergencias a fin de evitar reclamaciones de rechazo inapropiado, transferencias inapropiadas, o la falta de reconocimiento de casos requiriendo atención inmediata en el cuarto de emergencia. El Sistema Regional de Salud de Dardanelle cumple las leyes existentes de EMTALA y provee tratamiento para condiciones de emergencias médicas. Además, esta póliza le prohíbe al Sistema Regional de Salud de Dardanelle de tomar acciones que desaniman a individuos de buscar cuidado de emergencia médica, como exigir un pago antes de recibir tratamiento por un estado de condición que requiera emergencia médica o permitiendo que las actividades de cobro de deudas interfieran con la provisión de cuidado de emergencias médicas. Se seguirán las siguientes reglas generales en el proceso de proveer asistencia financiera:

1. Asistencia Financiera será provista de las siguientes maneras:
 - A. Los Servicios No Compensados
 - B. Servicios Compensados Reducidos
 - C. Servicios Con Descuento

Revised 2/1/16 Revised 1/1/19 Revised 6/1/21
Revised 1/1/17 Revised 1/1/20 Revised 1/1/22
Revised 1/1/18 Revised 1/1/21 Revised 7/19/23
Revised 1/1/19 Revised 1/24/2024

2. Basándose en esta póliza, cada solicitud para asistencia financiera será evaluada con sus propios méritos utilizando procedimientos de cuentas de pacientes ya establecidas. La evaluación de necesidad para un paciente en particular probablemente incluyera los siguientes elementos: a) ingreso, bienes, y deudas, b) la condición médica del paciente, c) el potencial para cuidado médico prolongado, d) la disponibilidad de otros formularios para reembolso de seguro, programas sociales u otros recursos financieros, y e) la idoneidad de la instalación para las necesidades particulares del paciente y si hay una instalación más apropiada que estará disponible con una forma de pago. Solicitudes para asistencia financiera puede ser de las oficinas del doctor en clínicas "gratis," clero, junta de directores, administración del hospital y/o cualquier otro partido interesado en la comunidad. Cada solicitud tendrá que llenar la aplicación de asistencia financiera a no menos que el partido solicitando pueda demostrar que una forma similar ya haya sido completada por el solicitante.
3. Se les ofrecerá una aplicación financiera a todos los pacientes en el momento de registración y/o cuando se le dé de alta. Si esta evaluación no se lleva a cabo hasta después que el paciente se va de la instalación, o en caso de un paciente externo o un paciente de emergencia, un Asesor Financiero le enviara al paciente por correo una aplicación para asistencia financiera para que la complete. Además, el hospital le proveerá un resumen en lenguaje simple de la póliza de asistencia financiera al paciente con todos los estados de cuenta y comunicaciones dentro de 120 días después del primer estado de cuenta.
4. Pacientes sin seguro y pacientes que califican para asistencia financiera no se les cobrara por cuidado médico de emergencia u otro cuidado médico necesario a precios más altos que "cantidades generalmente cobradas" a pagadores terceros. Es prohibido el uso de cargos brutos para tales pacientes. Para propósitos de esta póliza, el Sistema Regional de Salud de Dardanelle usa el método de "mirar atrás" para determinar la "cantidad general de fractura o el AGB." El descuento actual de AGB del 1% y los viáticos para pacientes hospitalizados de \$ 1,996 en Dardanelle Regional Medical Center se calculan utilizando los viáticos de Medicaid para pacientes hospitalizados y el 130% del Medicare permitido para pacientes ambulatorios. El porcentaje de descuentos será revisado anualmente y ajustes adecuados serán realizados para ser eficaz en el primer día del siguiente año fiscal.
5. Servicios de compensación no compensados/reducidos serán limitados para pacientes con ingresos familiares bajo un porcentaje de trescientos (300%) de las pautas nacionales de pobreza. Las pautas nacionales de pobreza actuales serán la base de determinación para elegibilidad y pueden ser solicitadas en mano escrita, sin adquirir costo del hospital o en el sitio web de www.acf.hhs.gov

6. Cuentas incobrables, cuentas que no fueron revisadas por asesores financieros en el momento de admisión, y/o cuentas coleccionables cuestionables podrán calificar para asistencia financiera durante el proceso de colección si satisface los criterios descritos.
7. En las siguientes ocasiones (conocidas como asistencia financiera presuntiva), un paciente es considerado como elegible para 100% reducción de cargos:
 - A. Si el paciente es actualmente considerado como elegible para Medicaid, pero no era elegible en una fecha anterior del servicio. La instalación aplicara su póliza de asistencia financiera retroactivamente para los doce meses previos.
 - B. Si el paciente se declara sin hogar, y la instalación, por su propia diligencia, no encuentra ningún comprobante de lo contrario.
 - C. Si el paciente está incapacitado mentalmente o físicamente y no tiene a nadie que actué en su nombre.
8. Los pacientes que no pueden pagar sus cuentas debido al encarcelamiento no son elegibles para recibir asistencia financiera.
9. En el evento del fallecimiento del paciente, se le dará la oportunidad a la familia de la persona fallecida de completar la aplicación de asistencia financiera que será procesada conforme a esta Póliza con solicitud.
10. La Regional de Dardanelle proveerá una copia de su póliza de asistencia financiera a cualquier miembro del público o a cualquier entidad gubernamental estatal que la pida, sin adquirir costo, llamando a la oficina de Negocio del Sistema Regional de Salud de Dardanelle al número 479-229-4677 o por escrito a la Oficina de Negocios en la dirección 200 North 3rd Street, Dardanelle, AR 72834. La póliza también será disponible en el sitio web del hospital en www.conwayregional.org/Insurance, en todos los puntos de registro dentro de la instalación, y será enviada por correo a cualquiera que la pida sin adquirir ningún costo. Un resumen de la póliza en lenguaje simple será disponible en todas estas localidades. Avisos de esta Póliza de Asistencia Financiera también serán incluidos en los estados de cuenta. También disponible a pedido, o en el sitio web de Dardanelle Regional, hay una lista de proveedores que brindan atención en Dardanelle Regional y si están cubiertos o no por la política de asistencia financiera del Dardanelle Regional Medical Center.
11. Esta póliza de Asistencia Financiera nomas aplica a cargos del hospital Regional de Dardanelle y no incluye cargos de doctor u otros cargos profesionales que no son cobros de la Regional de Dardanelle. Esta póliza nomas aplica a servicios de emergencia o médicos necesarios y no aplica a procedimientos opcionales.

12. Esta Póliza será aplicada igualmente a todos los pacientes sin considerar fuente de pago. Aplicaciones que no satisfacen el criterio de esta póliza pueden, en circunstancias extraordinarias, ser aprobados por el Jefe de Finanzas.

Servicios de Asistencia Financiera

PROPÓSITO

Asegurar que las solicitudes para los servicios no compensados, servicios de compensación reducidos, y servicios con descuentos sean consecuentemente manejados, precisamente y oportunamente.

PÓLIZA

1. El Sistema de Salud Regional de Dardanelle provee servicios no compensados, compensación reducida o servicios con descuentos para todas las personas elegibles que no pueden pagar.
2. Elegibilidad para servicios que no son compensados están limitados a personas con ingreso familiar verificable al igual que o menos de 225% de las pautas de ingreso de la pobreza establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.
3. Elegibilidad para servicios de compensación reducidos esta limitado a personas con ingreso verificable mas de 225% de las pautas de ingreso de la pobreza pero no mas que 300% de las pautas de ingreso de la pobreza establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Consulte el cuadro al final de esta política con el desglose de los descuentos aplicables.
4. Cuentas que han sido colocadas con la agencia de cobro de tesoros son elegibles para beneficios si satisfacen las directrices apropiadas. Si son aprobados, la cuenta será retirada de la agencia y reintegrada para consideración caritativa.
5. Verificaciones de ingreso aceptables incluyen:
 - A. La declaración de impuestos federales mas reciente, si la aplicación esta presentada dentro del primer trimestre del año.
 - B. La declaración de impuestos federales mas reciente, mas la verificación del empleador sobre las ganancias del año actual, si la aplicación esta presentada después del primer trimestre del año.
 - C. Para trabajadores por cuenta propia, la declaración de impuestos federales mas reciente y una copia de todas las declaraciones trimestrales actuales.
6. El Sistema de Salud Regional de Dardanelle reserva el derecho de ejercer la actividad de colecciones en el saldo pendiente de pago si el paciente o representante no cumple la clausula del acuerdo.

7. Dardanelle Regional Medical Center envía estados de cuenta a los pacientes en un ciclo mensual (30 días). El primer estado de cuenta se envía al paciente 5 días después del alta o 5 días después de recibir todos los pagos del seguro. Si el seguro paga la cuenta en su totalidad, no se enviará ningún estado de cuenta al paciente. Si no se recibe ningún pago del paciente después del primer estado de cuenta, se emite un segundo estado de cuenta 30 días después del primer estado de cuenta. Se emite un tercer estado de cuenta 60 días después del primer estado de cuenta y se envía un aviso final al paciente 90 días después del primer estado de cuenta, indicando que el pago debe recibirse dentro de los 30 días posteriores al aviso para evitar la asignación a una agencia de cobranza. Las cuentas sin pago dentro de los 30 días posteriores a la notificación final son revisadas por el personal de la Oficina Regional de Negocios de Dardanelle para asegurar que se hayan cumplido todos los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera antes de la asignación a una agencia de cobranza. Dardanelle Regional Medical Center hará todos los esfuerzos razonables para notificar oralmente al paciente sobre su política de asistencia financiera y cómo pueden obtener ayuda con el proceso antes de que la cuenta se coloque en una agencia. Cualquier agencia de cobranza utilizada por Dardanelle Regional Medical Center aceptará abstenerse de prácticas abusivas de cobranza. "Esfuerzos razonables" incluye notificar a las personas sobre esta Política de asistencia financiera al momento de la admisión, el alta y en comunicaciones escritas y verbales con la persona en relación con su factura. Los esfuerzos extraordinarios de cobranza incluyen la presentación de demandas, la colocación de embargos en residencias, arrestos, archivos adjuntos corporales y actividades similares.

RESPONSABILIDAD

Director en la Oficina de Negocios
Asociados en la Oficina de Negocios

ÍNDICE DE PROCEDIMIENTO:

I. Pasos del Proceso

1. Paciente o representante solicita asistencia financiera.
2. Paciente o representante completa la aplicación. Si el solicitante no puede proveer la información financiera requerida, el o ella puede llamar a la Oficina de Negocios para buscar otros tipos de evidencia que puedan demostrar su elegibilidad.
3. Servicios Financieros para Pacientes revisará la aplicación para chequear su completamiento dentro de treinta (30) días de haber recibido la aplicación. Si no está completada apropiadamente, el paciente o representante es contactado para la información necesaria. Si la información necesaria no es proveída, dentro de un tiempo razonable, la aplicación será negada.
4. Servicios Financieros para Pacientes revisa documentos de verificación de ingresos. Si tal información no está presente, o no satisface las directrices, el paciente o el representante es contactado para esa documentación. Si tal documentación no es proveída, dentro de un tiempo razonable, la aplicación será negada.

5. Servicios Financieros para Pacientes revisa servicios proveídos para verificar elegibilidad. Si el servicio esta cubierto por pagadores terceros, el paciente o representante esta contactado y estas avenidas son seguidas. Si sale la pregunta de circunstancias extraordinarias, la cuenta es referida a la administración adecuada para la determinación de elegibilidad. Basado en la decisión de la administración, la cuenta es devuelta o negada. Si es negada, la opciones de pago son discutidas con el paciente o el representante. Por favor de ver el calendario de plan de pago atada.
6. Servicios Financieros para Pacientes revisa para determinar si la cuenta es puesta con una agencia de colección. Si una cuenta es atendida por una agencia de colección, el paciente podrá obtener una aplicación de asistencia financiera y los esfuerzos colectivos serán suspendidos mientras la determinación se hace.
7. Servicios Financieros para Pacientes compara el ingreso familiar al las pautas de pobreza actuales del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Si el ingreso familiar esta igual a o bajo 225% de las pautas, se le descontara 100% y se le notificara al paciente o el representativo.

Sera provisto la determinación de elegibilidad, generalmente dentro de 60 días.

8. Si el ingreso de la familia excede 225% a comparación de las pautas de pobreza del Départemento de Servicios Humanos, Servicios de Pacientes Financieros compara el ingreso de familia a la clausula de compensación reducida resumida en el segundo procedimiento (II). Si el ingreso familiar satisface los requerimientos, el paciente o el representativo es notificado de su aceptación, los detalles del procedimiento de descuento son explicados, el plan de pagos es establecido, la cuenta es descontada apropiadamente y notas que detallan descuentos serán colocadas en el record de la cuenta del paciente.
9. Si la cuenta es inelegible para beneficios de compensación reducidos, el paciente o el representativo es notificado de la negación. Un plan de pagos con descuentos apropiados es establecida.
10. Si un individuo a aplicado para y recibido asistencia financiera dentro de los doce (12) meses previos y la situación financiera del individuo no a cambiado, el individuo será considerado para ser elegible para asistencia financiera sin tener que entregar una nueva aplicación para asistencia financiera.
11. Todas las aplicaciones para asistencia financiera serán mantenidas por un periodo de un (1) año.

II. Clausula de Servicio de Compensación Reducida - mirar atada.

DARDANELLE REGIONAL MEDICAL CENTER
PAUTAS FEDERAL DE POBREZA DE 2022
(EFECTIVA EL 12 DE ENERO DE 2022)

Los servicios de compensación no compensados/reducidos limitarse a aquellos pacientes cuyos ingresos familiares estén por debajo de trescientos por ciento (300%) de las pautas nacionales de pobreza.

Tamano de la familia	Ingresos del hogar					
	100%	200%	225%	250%	275%	300%
1	\$15,060.00	\$30,120.00	\$33,885.00	\$37,650.00	\$41,415.00	\$45,180.00
2	\$20,440.00	\$40,880.00	\$45,990.00	\$51,100.00	\$56,210.00	\$61,320.00
3	\$25,820.00	\$51,640.00	\$58,095.00	\$64,550.00	\$71,005.00	\$77,460.00
4	\$31,120.00	\$62,400.00	\$70,200.00	\$78,000.00	\$85,800.00	\$93,600.00
5	\$36,580.00	\$73,160.00	\$82,305.00	\$91,450.00	\$100,595.00	\$109,740.00
6	\$41,960.00	\$83,920.00	\$94,410.00	\$104,900.00	\$115,390.00	\$125,880.00
7	\$47,340.00	\$94,680.00	\$106,515.00	\$118,350.00	\$130,185.00	\$142,020.00
8	\$52,720.00	\$105,440.00	\$118,620.00	\$1131,800.00	\$144,980.00	\$158,160.00

IMPORTE DE DESCUENTO	100%	100%	100%	90%	70%	50%
----------------------	------	------	------	-----	-----	-----

Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$5,380 por cada persona adicional.