

SERVICIOS DE SALUD DE MISSISSIPPI DEL NORTE CARIDAD POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE CUIDADO Y DIRECTRICES DE APLICACIÓN

I. política

Servicios de salud de Mississippi norte= (NMHS@) política de asistencia financiera para su sistema de hospitales es proporcionar servicios de salud médicamente necesarios para los pacientes en su área de servicio según lo definido por NMHS de vez en cuando. La intención de esta política es proporcionar ayuda financiera para su uso en circunstancias en que asistencia financiera, con arreglo a todos los federales (leyes 501(r)) y estado IRC se ofrece a los pacientes hospitalizados que no pueden pagar por sus servicios de salud.

II. propósito

Esta política sirve para establecer y asegurar un método justo y consistente para la revisión y finalización de las solicitudes de ayuda financiera a nuestros pacientes necesitan.

III. las definiciones de elegibilidad

Las siguientes definiciones son aplicables a todas las secciones de esta política:

1. **hospitales**: hospitales cubrieron bajo esta póliza, sujeto a ajustes y modificaciones de hospitales locales: North Mississippi Medical Center, Inc. dba NMMC-Tupelo; Clay County Medical Corporation dba NMMC West Point; Marion Regional Medical Center, Inc. dba NMMC-Hamilton; Webster Health Services, Inc. dba NMMC-Eupora; Tishomingo Health Services, Inc. dba NMMC Iuka; Pontotoc Health Services, Inc. dba Pontotoc NMMC. También se incluyen proveedor basado en clínicas que forman parte de cualquiera de los hospitales y clínicas de salud rurales.
2. **ingresos**: cualquier ingreso (como pareja), ya sea de actividades activas o pasivas, como alquiler, seguridad social, discapacidad, jubilación, pensión alimenticia o niño asistencia, prestaciones de desempleo, herencia, inversión, anualidad desembolsos venta de activos a largo plazo, producto de seguro de vida, asentamientos de terceros o pagos de la anualidad del alzado, será considerado como ingreso; prestaciones no monetarias (cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no se consideran ingresos.
3. **La responsabilidad máxima de paciente**: la cantidad que el paciente=ingreso anual de s excede las directivas federales de pobreza.
4. **Directrices de asistencia financiera**: una matriz es desarrollada anualmente para la determinación de un paciente=s responsable pago de hospitales factura cargos.

Esta matriz incluye las pautas federales de pobreza. Las pautas federales de pobreza se ajustan anualmente. Incluidos en la matriz es el número de personas en el hogar.

5. **HOSPITAL=S área de servicio**: para Norte Mississippi Medical Center, Inc., el área de servicio del Condado 24 en norte de Mississippi y Alabama del noroeste, incluyendo los condados: Lee, Prentiss, Pontotoc, Itawamba, Monroe, Chickasaw, Choctaw, Alcorn, Tishomingo, Unión, Benton, Calhoun, arcilla, Lafayette, Lowndes, Marshall, Oktibbeha, Tippah, Webster y Yalobusha Mississippi, Colbert, Franklin, Lamar, y Marion en Alabama. Para comunidad NMHS hospitales: el condado donde se encuentra el afiliado hospitales:

Pontotoc Health Services, Inc. - Condado de Pontotoc; Tishomingo Health Services, Inc. - Condado de Tishomingo; Clay County Medical Corporation - Condado de la arcilla; Webster Health Services, Inc. - Webster County y el Condado de Montgomery.

6. **Cantidades generalmente facturados (AGB)**: la AGB se basa en una mirada de 1 un año detrás de la suma de todos los montos de las reclamaciones que han sido autorizados por los aseguradores de salud divididos por la suma de los cambios brutos asociados para los descuento de reclamaciones de los datos de reclamaciones pagadas para todos los planes de seguros. La AGB incluye el monto total permitido por planes de seguro, las cantidades pagados de los planes de seguro y los montos adeudados por los pacientes. AGB puede ser diferente para cada hospital. Se aplicará la tasa de descuento AGB para donde se prestó atención.
7. **Cuidado de caridad**: resultados de cuidado de caridad para que la política de s de proveedor=proporcionar servicios de salud gratuitamente a personas que cumplan con los criterios establecidos.
8. **Extraordinaria acción de colecciones (OCE)**: medidas adoptadas por un hospitales en un intento de cobrar una deuda del paciente que incluye la presentación de informes de crédito, embargos de salarios, embargos sobre los bienes personales u otras acciones legales civiles.
9. **Asistencia**: asistencia financiera resultado de proveedor=s política para proporcionar servicios de salud con un descuento a las personas que cumplan con los criterios establecidos.
10. **Familia/hogar**: usando la definición de la oficina del censo, un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionados por nacimiento, matrimonio, o adopción. Según normas del servicio de impuestos internos, si el paciente dice

una persona como dependiente en su declaración de impuestos, puede ser considerado un dependiente para fines de la prestación de asistencia financiera.

11. **Cargos bruto**: total cargos en las organización@s completo establecido las tasas para la prestación de servicios de atención al paciente antes de aplicación las deducciones de los ingresos.
12. **seguro**: el paciente no tiene ningún nivel de asistencia de seguro o tercero para ayudar a cumplir sus obligaciones de pago.
13. **INFRASEGURADO**: el paciente tiene algún tipo de seguro o asistencia de terceros, pero todavía tiene gastos en efectivo que superen su capacidad financiera.
14. **Demandas de responsabilidad por terceros**: cualquier reclamación de un paciente puede tener contra otro individuo, asegurador o entidad responsable para cubrir eso s paciente=costo de los servicios médicos. Estado médico de emergencia: Definido en el sentido del artículo 1867 de la ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395dd).

IV. asistencia:

1. hospitales proporcionará hospitalización emergencia y medicamento necesario y servicios de hospitales para pacientes ambulatorios (incluidos los servicios de urgencias) para pacientes con niveles de ingresos en o por debajo de 100% de las pautas federales de pobreza de forma gratuita. La cantidad de caridad elegible será cualquier saldo en la cuenta menos el paciente=la responsabilidad máxima de s. Por encima del 100% de las pautas federales de pobreza son elegibles para descuentos en la sección 6. Hospital proporcionará sin discriminación y de acuerdo con el tratamiento médico de emergencia y acto de trabajo activo (EMTALA) cuidado para condiciones médicas de emergencia a las personas independientemente de su elegibilidad para el cuidado de caridad, ayuda financiera o ayuda del gobierno. Acuerdo con el tratamiento médico de emergencia y la Labor Act (EMTALA), cuidado médico y de emergencia no pueda ser retrasado o retenido en un paciente=base capacidad para pagar. Cualquier evaluación de arreglos financieros ocurrirá solamente después de una apropiada médica examen de detección se ha producido y se han proporcionado servicios de estabilización necesarios según EMTALA y todas las regulaciones federales y estatales aplicables.
2. A. La FAP NMHS hace no cubierta cargos para pacientes o tratamientos con las siguientes condiciones:

- i. el paciente tiene alguna cobertura de seguro de terceros. Puede hacerse una excepción discrecional para pacientes asegurados es la provisión para los médicamente debajo-asegurados.
- II. la paciente=s residencia primaria es fuera del área de servicio.
- III. el paciente está bajo la custodia de una institución correccional.
- IV. el paciente es elegible para ayuda financiera en otra ciudad, Condada, estado, federal o ayuda de otro programa que reemplaza al FAP.
- v. Si el paciente carga resultaron de un accidente de trabajo, los pacientes no son elegibles para aplicar a menos que puede proporcionar evidencia de la no cobertura de terceros.

- VI. Si el paciente carga resultaron de un accidente de auto, los pacientes no son elegibles para aplicar a menos que puede proporcionar evidencia de la no cobertura de terceros.

B. el NMHS FAP hace no cubierta de cargos por los siguientes servicios no cubiertos:

- i. cargos por servicios por los proveedores que no participan en el programa del FAP NMHS no están cubiertos por el FAP. Una lista no inclusiva de ejemplos que puede consistir en exterior o servicios especializados de laboratorio, radiólogos, patólogos, servicios de ambulancia, no participan los médicos, así como servicios prestados en las instalaciones que no son propiedad de NMHS. Una lista de servicios que no son propiedad de NMHS puede encontrarse en la Web de NMHS en asistencia financiera.
- II. esta política se aplica a médicamente necesarios para pacientes hospitalizados, ambulatorios o urgencias servicios y no sólo es aplicable a profesionales (médico=s) honorarios, excepto que aparece en cualquier Apéndice.

3. NMHS= de asistencia financiera de cuidado de caridad sólo es aplicable a productos y servicios definidos como Acubiertas de artículos y servicios@ para el tratamiento médico y de emergencia. A Cubiertos artículos y servicios @ deberá incluir como mínimo los artículos y servicios cubren por el programa de Medicaid de Mississippi que ofrece hospital.

4. hospitales pueden dirigir a los pacientes a los valores de cuidado más apropiados para los servicios necesarios, pero en ningún caso, emergentes pacientes

dirigirán a entornos de atención de no emergencia. Hospitales pueden dirigir a pacientes no de emergencia para la atención adecuada donde exista capacidad disponible.

5. esta política se aplica sólo a personas que residen en el área de servicio del Hospital, como se define en la sección de definiciones de esta política.
6. esta política no es aplicable a los médicos o sus familiares inmediatos.
7. esta política se aplica sólo a aquellos individuos que cooperen plenamente con hospitales solicitar información con la que comprobar paciente=elegibilidad de s, incluyendo la identificación apropiada. Es paciente=responsabilidad de s de responder verazmente, puntualmente y completamente a hospitales solicitud información pero en ningún caso más de 240 días desde la fecha del primer estado de cuenta. Además, el paciente=plena cooperación s aplicar para Medicaid o cobertura por parte de otros programas gubernamentales es necesaria, si así lo solicita.

V. procedimiento

1. aviso de política de asistencia financiera NMHS HOSPITAL :

- A. hospital publicar, en las áreas de admisión hospitalaria y ambulatoria, aviso de su política de cuidado de caridad.
- B. hospital pondrá a disposición en hospitalización y áreas de admisión ambulatoria las pautas de la pobreza más disponibles y políticas de asistencia financiera y aplicación y, en su página web (www.nmhs.net) y previa solicitud por escrito a la oficina de negocios en 662-377-3219 a hacer preguntas o una solicitud por correo a ellos...

2. determinación de elegibilidad:

- I. a. hospitales personal ofrecerá a los pacientes con una copia de su política de ayuda financiera y una solicitud de asistencia financiera a petición, o una vez que un paciente es identificado como potencialmente elegibles para ayuda financiera. Una lengua llana Resumen se ofrecerá a los pacientes en la admisión o de descarga. El momento de la entrega de esta política y su aplicación dependerá de cuando la identificación se hace y se puede en el momento del servicio, durante el proceso de facturación, o durante la recogida. El paciente debe completar la solicitud para el cuidado de caridad y proporcionar la información solicitada. Personal del hospital entonces revisará la solicitud y la información de apoyo y determinar la elegibilidad.

II. es preferido, pero no es necesario que una solicitud para una determinación de la ayuda financiera se produzca antes de la prestación de servicios médicos no de emergencia. Sin embargo, la determinación puede hacerse en cualquier punto en el ciclo de colección. La necesidad de cuidado de caridad y asistencia financiera puede volver a evaluar en cada momento posterior de servicios si se completó la evaluación menos financiera que más que un año antes, o en cualquier circunstancia inusual se presentan relevante a la elegibilidad del paciente.

- B. i. En la evaluación de un paciente=s necesidad para el cuidado de caridad, personal del Hospital puede revisar el paciente=s de W-2 (o el responsable=s, si el cónyuge o un menor es el paciente), devoluciones de impuestos, pagar recibos, extractos bancarios, verificación del salario por escrito del empleador y verificación por escrito de una agencia de bienestar público, agencia gubernamental u otra información que paciente estado de=s ingresos. Paciente deberá proporcionar la información relacionada con incidentes de la posible responsabilidad de terceros, ingreso total del hogar y en su caso, incluyendo accidente informes y copias de las pólizas de seguro del vehículo. Paciente deberá suministrar toda la documentación sea razonablemente necesaria para verificar la elegibilidad. Falta de proporcionar que toda la información solicitada puede resultar en la denegación de la ayuda financiera.

Evaluación de la asistencia financiera también puede incluir:

- ii. incluyen el uso de fuentes externas de datos públicamente disponibles que proporcionan información sobre un paciente=s o un paciente=garante s=lacapacidad para pagar (como la puntuación de crédito);

III. razonables esfuerzos por los hospitales para explorar fuentes alternativas adecuadas de pago y cobertura de programas públicos y privados de pago y para ayudar a los pacientes a solicitar este tipo de programas;

IV. tener en cuenta los activos disponibles de pacientes y todos los otros recursos económicos disponibles para el paciente; y

v. revisión del paciente=s cuentas pendientes por cobrar por los servicios previos prestados y el paciente=historia pago.

Personal del Hospital C. utilizará la matriz de información de nivel de pobreza federal más actualmente disponible para determinar el paciente=elegibilidad de s para recibir asistencia financiera bajo esta política.

D. criterios de elegibilidad. Considerará la elegibilidad para el cuidado de caridad o asistencia financiera para aquellas personas que están sin seguro médico, seguro, para cualquier programa de beneficios de salud de gobierno, y que son incapaces de pagar por su cuidado, basado en una determinación de la necesidad financiera de conformidad con esta política. La concesión de

cuidado de caridad o asistencia financiera deberá basarse en una determinación individualizada de necesidad financiera y no tendrá en cuenta la edad, género, raza, condición social o inmigrantes, orientación sexual o afiliación religiosa. Los hospitales deberán determinar si los pacientes son elegibles para recibir caridad o asistencia financiera para deducibles, coseguro o copago responsabilidades.

VI. Revisión y aprobación de:

1. cada paciente debe determinarse individualmente ser elegible para asistencia financiera bajo la póliza. Esta determinación se hará por el Hospital=s Oficina de negocios. Un paciente puede solicitar determinación de elegibilidad hasta 240 días desde la fecha de la primera descarga del post Estados de cuenta.
2. hospital hará todo lo posible para notificar al paciente solicitante por escrito dentro de 30 treinta días de la recepción de una solicitud completada.
3. caridad cuidado ayuda financiera bajo esta política está sujeto a revisión por la Junta para asegurar el cumplimiento con esta política y gestión NMHS.

VII. elegibilidad PRESUNTIVA:

Hay casos cuando un paciente puede aparecer elegible para el cuidado de caridad o asistencia financiera, pero no hay ninguna solicitud de asistencia financiera en archivo por falta de documentación de apoyo. En caso de que no hay ninguna evidencia para apoyar un elegibilidad del paciente para el cuidado de caridad o asistencia financiera, los hospitales hará un esfuerzo razonable para determinar si el individuo es elegible para asistencia antes de participar en cualquier actividad extraordinaria colección (CEPA). Elegibilidad presunta puede ser determinado en la base de circunstancias de la vida individual y puede incluir información tal como:

estado financiado programas de prescripción; sin hogar o recibido atención de un clinic(s) sin hogar; participación en el programa mujeres, infantes y niños (WIC); y elegibilidad de cupones de alimentos.

VIII. excepciones:

Hospital reserva el derecho de conceder asistencia financiera en casos extraordinarios a los pacientes que de lo contrario no cumplen con las pautas de cuidado de caridad. Hospital también reserva el derecho de negar asistencia de cuidado de caridad a los pacientes que no cooperen con los esfuerzos del Hospital para verificar la elegibilidad, información falsa, se niegan a aplicar (cuando potencialmente elegibles) de Medicaid u otros beneficios del programa gubernamental o no responden a solicitudes de información dentro de los plazos.

XI. servicios elegibles bajo esta póliza:

Servicios elegibles bajo esta política: para efectos de esta política o a asistencia financiera @ se refiere a servicios de salud proporcionados por los hospitales gratuitamente o con descuento para pacientes de calificación. Los siguientes servicios de salud son elegibles para el cuidado de caridad o de ayuda económica:

1. servicios de emergencia en un entorno de sala de emergencias;
2. servicios para un estado que, si no puntualmente, daría lugar a una alteración en el estado de salud de un individuo;
3. no electiva servicios proporcionados en respuesta a mortal circunstancias en un entorno de sala de emergencia; y
4. servicios médicamente necesarios, evaluados sobre una base caso por caso a hospitales= discreción, utilizando la determinación del programa de Medicaid del estado de Mississippi de médicamente necesario.

X. criterios de elegibilidad y cantidades FACTURADAS a los pacientes:

Servicios elegibles bajo esta póliza estarán disponibles al paciente en una escala de tarifa, según la necesidad económica, según lo determinado en referencia a los niveles de pobreza Federal (FPL) en vigor en el momento de la determinación. Una vez que un paciente ha sido determinado por los hospitales para ser elegible para el cuidado de caridad o ayuda financiera. La base para los importes que los hospitales cobrará a pacientes que califican para asistencia es como sigue:

1. pacientes cuyo ingreso familiar es igual o inferior a 100% (entre 0% y 100%) de la FPL son elegibles para recibir gratis (caridad);
2. pacientes cuyo ingreso familiar bruto está entre 101 y 150% del FPL son elegibles para recibir servicios en un precio de descuento. El descuento será prorrateado basado en el paciente=s ingreso familiar bruto como porcentaje de la FPL. Ejemplos: 1. un paciente cuyo ingreso familiar bruto es 120% del FPL recibirá un 80% de descuento sobre el equilibrio del paciente. 2. un paciente cuyo ingreso familiar bruto es 150% del FPL recibirá un descuento de 50% sobre el equilibrio del paciente.
3. pacientes cuyo ingreso bruto familiar es igualan a o mayor que 150% del FPL puede ser elegible para recibir descuentos en una base de caso por caso basado en sus circunstancias específicas, tales como enfermedad catastrófica o indigencia médica, a la discreción de los hospitales, sin embargo, el saldo con descuento no deberá ser superior a los hospitales= AGB.

XII. relación con la facturación y la política de recopilación de:

Los hospitales tienen una política independiente de facturación y cobranza para prácticas de cobranza interna y externa (incluyendo acciones que los hospitales pueden tomar en caso de falta de pago, incluyendo acciones de colecciones e informes a agencias de crédito) que tome en cuenta la medida en que el paciente califica para el cuidado de caridad o ayuda financiera, un paciente = esfuerzo de buena fe para aplicar para un programa gubernamental o de la caridad de los hospitales y un paciente = esfuerzo de buena fe de s a cumplir con sus otros acuerdos de pago con los hospitales. Para pacientes que califican para el cuidado de caridad o de ayuda económica y que están cooperando de buena fe para resolver sus descuento facturas de Hospital, los hospitales pueden ofrecer planes de pago ampliado, no enviará facturas sin pagar a agencias de cobro externas y dejarán todos los esfuerzos de colección. Los hospitales no impondrá acciones extraordinarias colecciones (OCE) como informes de crédito; embargos de salario; gravámenes individuales=propiedad de s, u otras acciones legales civiles para cualquier paciente sin primeros hacer esfuerzos razonables para determinar si ese paciente es elegible para el cuidado de caridad o asistencia financiera bajo esta política.

Una copia gratuita de esta política puede obtenerse en la página web NMHS o poniéndose en contacto con la oficina de facturación en la planta de donde se recibieron los servicios.

NMHS no participarán en la cepa antes de que haga un esfuerzo razonable para determinar si un paciente es elegible para asistencia financiera bajo esta política.