
Honorarios variables y evaluación financiera (pacientes externos y clínicas intensivas para pacientes externos)

GAP 9.00

Fecha de aprobación inicial: 6/2014

Fecha de aprobación revisada: 6/2016, 5/2018

Finalidad: Community Health Resources proveerá servicios a todas las personas que los necesiten, independientemente de su capacidad de pago. No obstante, la aceptación de la responsabilidad financiera por el tratamiento mejora la recuperación de los individuos de los efectos de enfermedades mentales o de traumas emocionales. La finalidad de esta política es hacer un esfuerzo razonable para ajustar la capacidad de pago del cliente a su responsabilidad financiera. Se espera que los clientes que tienen capacidad de pago cumplan con él.

Honorarios variables: CHR basará la elegibilidad para el programa en la capacidad de pago del individuo y no discriminará en función de la edad, género, raza, orientación sexual, credo, religión, discapacidad o nacionalidad. El ingreso del cliente y el tamaño de la familia en referencia a los Lineamientos Federales de Pobreza publicados se usarán para establecer un Porcentaje del Lineamiento para cada cliente. Este Porcentaje del Lineamiento (PG, por sus siglas en inglés) se usará para determinar la fracción de la obligación total del cliente que se espera que este pague de la siguiente manera:

- PG al 100 % o inferior: el cliente paga un cargo de \$0.
- PG por encima de 100 % y hasta 150 %: el cliente paga el 25 % del cargo publicado.
- PG por encima de 150 % y por debajo de 200 %: el cliente paga el 50 % del cargo publicado.
- PG por encima de 200 % y por debajo de 250 %: el cliente paga el 75 % del cargo publicado.
- El PG por encima de 250 % no es elegible para los honorarios variables y se espera que pague el cargo publicado.

La responsabilidad financiera del cliente se calculará como la responsabilidad estimada del cliente multiplicada por el porcentaje de responsabilidad del cliente y redondeada al dólar más cercano.

Notificación: CHR notificará a los clientes del Programa de Descuento de Honorarios Variables de la siguiente manera:

- Se notificará sobre el programa de descuentos de honorarios variables a cada cliente al ser admitido.
- Se publicará la notificación del programa de descuentos de honorarios variables en nuestras salas de espera para clientes.
- En el sitio web de CHR se encuentra disponible una explicación de nuestro programa de descuentos de honorarios variables y nuestro formulario de solicitud.

Evaluación financiera: Se espera que todos los clientes nuevos se reúnan con el personal administrativo en su primera visita a la agencia o que hablen con el personal administrativo antes de la primera visita para los servicios en el hogar. La finalidad de la reunión es recabar información sobre el nivel de ingresos del cliente y el tamaño de la familia. El nivel de ingresos es el ingreso bruto de la familia de todas las fuentes sin tener en cuenta las reducciones por cualquier motivo. El tamaño de la familia es el cliente más el cónyuge y cualquier persona a cargo que resida en el mismo hogar.

La escala de honorarios variables entra en vigor el día en que la revisa el personal administrativo y se documenta en consecuencia en el sistema EHR. La escala de honorarios variables no será retroactiva a los saldos anteriores a la fecha efectiva de la escala de honorarios variables. Si no hubiera documentación o un formulario de autodeclaración (que sólo se aplica a la visita inicial), el porcentaje de responsabilidad del cliente se fijará en el 100 % hasta que se proporcione la documentación.

Los clientes existentes serán reevaluados por lo menos una vez al año o cuando haya un cambio significativo en su condición financiera, como un cambio de trabajo o vivienda, o modificaciones en las personas a cargo del cliente, pero no con mayor frecuencia que cada tres meses. El personal de CHR que provee el tratamiento debe notificar al personal administrativo si se enteran de un cambio significativo en la condición financiera del cliente.

Tema**Número de política**

Honorarios variables y evaluación financiera (pacientes externos y clínicas intensivas para pacientes externos)
GAP 9.00
Fecha de aprobación inicial: 6/2014
Fecha de aprobación revisada: 5/2018

Se espera que todos los clientes que reciben servicios en CHR paguen, a menos que se haga una excepción clínica o un acuerdo financiero por adelantado. Se cobrará un mínimo de \$30, o el cargo completo si es menor a esta suma, al momento de recibir el servicio. La falta de dos o más pagos no permitirá que se agenden futuras citas hasta que los pagos estén al día. Los clientes que hayan solicitado asistencia estatal tendrán un período de gracia de 30 días para programar citas hasta que se obtenga la aprobación.

Determinaciones de elegibilidad del cliente:

Tras la reunión con el personal administrativo, se obtendrá algún tipo de verificación. Si el cliente no dispone inicialmente de formularios de verificación, aceptaremos la palabra del cliente (autodeclaración) al momento de la solicitud y le pediremos documentación para futuras visitas. Se necesitará el tamaño de la familia y la demostración de ingresos. El representante seguirá el protocolo de la Escala de Honorarios Variables de la agencia e informará al cliente la categoría de honorarios variables para la que son elegibles en función de la información proporcionada.

La siguiente es una lista para las determinaciones; solo se debe cumplir con 1 de las siguientes determinaciones

- La declaración de impuestos más reciente (1040 completo y todos los anexos)
- Los dos (2) recibos de sueldo más recientes
- Documentación de la asistencia del gobierno
 - Carta de concesión del Seguro Social
 - Asistencia en efectivo del SRS
 - Seguro de desempleo
- Copia del cheque más reciente recibido del Seguro Social o de la jubilación
- Carta de apoyo certificada por escribano con la persona que firma proporcionando información sobre los ingresos actuales
- Copias de los cheques de manutención de los hijos
- Carta de elegibilidad de cupones de alimentos del cliente con la suma en dólares
- Carta del empleador en papel con membrete de la empresa indicando su ingreso mensual bruto
- Cartas de asignación financiera que muestren los subsidios, becas escolares, becas de investigación o de asistencia (los préstamos no se consideran ingresos)
- Formulario de autodeclaración

El cliente firmará y completará el "Formulario de Verificación de Ingresos para Honorarios Variables".

Definiciones

Obligación del Cliente: la porción del precio Usual, Acostumbrado y Razonable (UCR, por sus siglas en inglés) de un servicio o conjunto de servicios adeudados después de que todos los pagos disponibles del público y de terceros se hayan realizado. La obligación estimada del cliente es la cantidad que probablemente se adeude en base a los pagos esperados de terceros.

Precio UCR: el precio de lista establecido por CHR en el sistema EHR para cada servicio.

Responsabilidad del Cliente: la porción de la Obligación del Cliente que se espera que el cliente pague después de la aplicación de la política de honorarios variables.

Cliente de autopago: es cualquier cliente que no tenga disponibles los beneficios de un seguro público o de terceros. En el caso de todos los clientes que pagan por su propia cuenta, la Obligación del Cliente siempre será igual al precio de la UCR de un servicio. Lineamientos Federales de Pobreza: la tabla publicada por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos y publicada en <http://aspe.hhs.gov/poverty>. CHR aplicará esta política con la última pauta disponible.

Tema	Número de política
Honorarios variables y evaluación financiera (pacientes externos y clínicas intensivas para pacientes externos) Fecha de aprobación inicial: 6/2014 Fecha de aprobación revisada: 5/2018	GAP 9.00

Procedimiento para el cobro de los importes de responsabilidad del cliente

Se ha desarrollado un procedimiento específico para orientar al personal clínico y de atención al público sobre las responsabilidades individuales para el cobro de las cantidades adeudadas.

Varios

Las cantidades perdidas conforme a esta política (la diferencia entre la Obligación del Cliente y la Responsabilidad del Cliente) se contabilizarán como un Ajuste en el sistema EHR, y se les asignará el código de ajuste para "Obligación".

Las disposiciones de esta política pueden ser aplicadas en forma retroactiva por el Departamento de Facturación si se determina que un cliente no puede pagar un saldo existente.

Las cantidades perdidas debido a la negativa del cliente (por cualquier razón) de pagar su responsabilidad como cliente se contabilizarán como un ajuste en el sistema EHR y se les asignará el código de ajuste de "deudas incobrables". Estos ajustes sólo serán realizados por el Departamento de Facturación después de una revisión completa de la condición financiera del cliente.

Horario de tarifa variable / formulario de verificación de ingresos

Nombre del paciente: _____

Política: la tarifa variable se basa en dos factores: su ingreso y el tamaño de su familia en comparación con las Pautas federales de pobreza conocidas como su Porcentaje de pautas ("PG"). Si PG es igual o inferior al 100%, no pagará una tarifa. Si el PG está por encima del 100% y al 150% o menos, pagará el 25% del cargo publicado. Si el PG está por encima del 150% y al 200% o menos, será el 50% del cargo publicado. Si el PG está por encima del 200% y al 250% o menos, pagará el 75% del cargo publicado. Si PG está por encima del 250%, no es elegible para la tarifa móvil.

Agradecemos la oportunidad de brindarle servicios de salud. Es necesario que hagamos preguntas personales para darle un descuento en sus gastos. Esta información se mantendrá archivada en nuestro centro con estricta confidencialidad. Debe completar un Formulario de verificación de ingresos cada 12 meses o si hay un cambio en sus ingresos y / o el tamaño de su hogar. Para calificar para la escala de tarifa móvil, debe proporcionar una de las siguientes fuentes de información:

<ul style="list-style-type: none"> • recibos de sueldo del mes anterior 	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de adjudicación de discapacidad
<ul style="list-style-type: none"> • Carta del empleador indicando ingreso mensual 	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de adjudicación de desempleo
<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de impuestos: la más reciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de adjudicación de la Administración de Veteranos
<ul style="list-style-type: none"> • W-2 o 1099 - más reciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de manutención infantil
<ul style="list-style-type: none"> • Carta de adjudicación de la Seguridad Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de parte que proporciona alojamiento y comida
<ul style="list-style-type: none"> • Formulario de auto declaración: solo válido para la primera visita de un paciente nuevo 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentación sobre inelegibilidad para Medicaid, otros programas públicos y / o cobertura privada / de terceros (es decir, reforma de salud)

Nombre del empleado : _____ Teléfono: _____

El empleador de su esposa/esposo: _____ Teléfono: _____

Recibe algún ingreso de alguna de las siguientes fuentes y, de ser así, cuánto?

Fuentes	tú	tu cónyuge	Tus niños	Otra persona	Fuentes totales
Seguridad Social					
Asistencia pública					
Pensión de retiro					
Cupones de alimentos					
Ingresos de alquiler					
Ingresos por intereses					
Manutención infantil / pensión alimenticia					
Otra especificar)					

Tienes algún tipo de seguro ? Yes No

Aseguradora: _____ Número de póliza de seguro _____

Declaro que la información anterior es verdadera y le he dado permiso a Community Health Resources, Inc. para investigar cualquier información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad. También entiendo que debo completar el formulario de Verificación de ingresos cada 12 meses o si hay un cambio en el ingreso o el tamaño de mi hogar. Además, debo proporcionar la prueba requerida de ingresos y la documentación del hogar.

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____

Última revisión _____ Iniciales _____ Vencimiento de la forma _____*

*(Válido por 1 año para todos los comprobantes de ingresos, excepto auto declaración)