Southcoast Behavioral Health	Departamento: Oficina de Negocios Fecha de Vigencia: 2015 Aprobado por: Northeast Behavioral, LLC Management Board
Póliza: Póliza de Asistencia Financiera	

I. Propósito:

Northeast Behavioral Health, LLC d/b/a Southcoast Behavioral Health (la "Compañía") es propietaria y opera un hospital de 120 camas para pacientes hospitalizados en Dartmouth, Massachusetts el cual proporciona servicios de salud conductual para el público ("Hospital"). La Compañía busca operar el Hospital y proporcionar servicios de salud conductual al público de manera coherente con fines caritativos y actividades generalmente requeridas de hospitales que se describe en la sección 501(c)(3) del Código de Rentas Internas. El propósito de esta Póliza de Asistencia Financiera es asegurarse que existan procesos y procedimientos para identificar y ayudar a pacientes cuyo cuidado pueda proporcionarse gratuitamente o con un descuento acorde con sus recursos financieros y capacidad de pago.

II. Resumen:

En cumplimiento de sus fines caritativos, el Hospital proporcionará tanto (i) tratamiento de emergencia a cualquier persona que requiera de esos cuidados; (ii) servicios de salud conductuales médicamente necesarios a pacientes residentes permanentes del Estado de Massachusetts (y otros dependiendo del caso) que cumplan con las condiciones y criterios establecidos en esta Póliza; en cada caso, sin tener en cuenta la capacidad de los pacientes para pagar tales cuidados.

La Póliza del Hospital proporciona asistencia financiera (cuidado gratis o precios reducidos) a personas o familias cuando: (i) el seguro de salud está limitado o no está disponible; (ii) el paciente no califica para asistencia gubernamental (como, Medicare o Medicaid); (iii) El paciente colabora con el Hospital en el suministro de información solicitada para demostrar necesidad financiera, o demuestra fácilmente otros hechos y circunstancias que demuestran necesidad financiera; y (iv) el Hospital determina administrativamente que la asistencia financiera es apropiada basada en la capacidad del paciente para pagar (como establecido por ingreso familiar o en base a criterios para demostrar elegibilidad presunta) y la cantidad de facturas médicas del paciente.

Después de que el Hospital determine que un paciente es elegible para asistencia financiera, el Hospital determinará la cantidad de asistencia financiera disponible para el paciente mediante la utilización de las directrices de asistencia financiera (establecidas en **Anexo 1**). Las Directrices reflejan niveles de ingreso familiar ligados a la Guía Federal de Pobreza (FPG por sus siglas en inglés) más reciente y establecen porcentajes de descuento correspondientes. Las

pautas deben ajustarse anualmente para reflejar la actualización anual de la Guía Federal de Pobreza, y ajustar los porcentajes de descuento correspondientes para asegurar que, en todos los casos, un paciente determinado a ser elegible para asistencia financiera no será facturado más de la cantidad facturada por el Hospital para los mismos servicios de salud conductual de emergencia o médicamente necesarios a las personas que tienen seguro que cubren tales cuidados.

El Hospital revisará regularmente esta Póliza de Asistencia Financiera para asegurarse en todo momento que: (i) refleje la misión de la Compañía; (ii) explique los procesos de decisión de quién pueda ser elegible para asistencia financiera y en qué cantidades; y (iii) si cumple con leyes, reglas y regulaciones federales y estáteles aplicables, relativas a la prestación de asistencia financiera a pacientes sin seguro o de alguna otra manera elegibles.

III. No discriminación:

A. El Hospital prestará servicios de salud conductual, hospitalización y ambulatorios, a todos los residentes de Massachusetts que necesiten servicios de salud conductual de emergencia o médicamente necesarios, independientemente de la capacidad del paciente para pagar por tales servicios y sin importar hasta qué punto tales pacientes puedan calificar para asistencia financiera en virtud de esta Póliza.

B. El Hospital no participará en acciones que desalienten a individuos que buscan atención de emergencia, como por exigir que pacientes de emergencia paguen antes de recibir tratamiento o permitir actividades de cobro de deudas en el Departamento de Admisiones o en otras áreas donde tales actividades podrían interferir con la prestación de atención de emergencia en una base no discriminatoria.

IV. Definiciones:

A. Activos: Cualquier elemento de valor económico propiedad de un individuo, especialmente uno que se pueda convertir en dinero en efectivo. Los ejemplos son: efectivo, valores, cuentas por cobrar, inventario, equipos, una casa (que no sea la residencia principal), un carro y otros bienes. Para estos propósitos, los activos no incluyen una residencia principal u otros bienes exentos del juicio bajo la ley de Massachusetts, o cualquier cantidad mantenida en planes de pensión o jubilación (aunque las distribuciones y los pagos de dichos planes puedan ser incluidos como ingreso familiar para propósitos de esta Póliza).

B. Costo de Deudas Incobrables: Cuentas por cobrar incobrables (donde se hicieron intentos razonables para cobrar), sin incluir ajustes contractuales, derivados de la falta de pago por los pacientes: (i) cuyo cuidado de salud no ha sido clasificado como cuidado de asistencia financiera; o (ii) que han calificado para asistencia financiera en forma de descuento por cuidado, pero no han podido pagar los saldos restantes debidos después de la solicitud de descuentos conforme a esta Póliza.

C. Familia: El paciente, su cónyuge (incluso el cónyuge en unión libre legal) y sus dependientes legales según las normas del Servicio de Rentas Internos.

D. **Ingreso familiar**: La suma de ganancias anuales y beneficios de dinero en efectivo de una familia de todas las fuentes antes de impuestos, menos los pagos de manutención de menores. El ingreso familiar incluye salarios brutos, sueldos, dividendos, interés, beneficios del Seguro Social, indemnización de trabajadores, beneficios para veteranos, becas de formación, asignaciones militares, apoyo de miembros de la familia quienes no vivan en la casa (sin incluir la manutención de menores) pensiones del gobierno, pensiones privadas, seguros, pagos de anualidad, ingresos de alquileres, regalías, sucesiones, fideicomisos y otras formas de ingresos.

E. **Asistencia financiera**: Reducción parcial o total en cargos a pacientes para servicios de salud conductual de emergencia o médicamente necesarios, en el caso de pacientes que sean financieramente elegibles, presuntivamente elegibles o médicamente indigentes, como esos términos se definen en esta póliza. La asistencia financiera no incluye deudas incobrables o déficits contractuales de programas de gobierno, pero puede incluir copagos de seguro, deducibles o ambos.

F. **Financieramente Elegible**: Un paciente cuyo ingreso familiar está en o por debajo de 350% de la Guía Federal de Pobreza, como se expresa en el **Anexo 1**, como lo demuestra basado en información objetiva proporcionada por el paciente en la Solicitud de Asistencia Financiera.

G. **Médicamente Indigentes**: Un paciente cuyas facturas médicas o hospitales después del pago por un pagador tercero superan el 25% del ingreso anual familiar del paciente, y que es financieramente incapaz de pagar la factura restante. Un paciente que incurre gastos médicos catastróficos se clasifica como médicamente indigente cuando el pago requiere la liquidación de los bienes fundamentales para la vida o causaría privaciones financieras al sistema de soporte familiar.

H. **Médicamente Necesario**: Cualquier servicio de salud conductual para pacientes hospitalizados o ambulatorios, incluyendo productos farmacéuticos o suministros proporcionados por un hospital a un paciente cubierto por Medicare. Servicios médicamente necesarios no incluyen servicios ni médicos como servicios sociales y vocacionales, u otros servicios considerados "electivos".

I. **Elegibilidad Presunta**: Un paciente que no ha presentado una Solicitud de Asistencia Financiera, pero quien cumple con uno de los siguientes requisitos puede ser recibir la determinación de elegibilidad presunta:

- Elegible para Medicaid, pero no en la fecha de servicio o para servicios no cubiertos;
- Inscritos en uno o más programas gubernamentales para personas de bajos ingresos con criterios de elegibilidad en o por debajo del 200% de la Guía Federal de Pobreza; o
- Después de autorizar (a través del formulario que se adjunta como **Anexo 2**) el Hospital a calcular su proporción de ingreso a la deuda con Decision Power, un producto de Equifax, o con un servicio similar, se muestra estar en o por debajo del 200% de la Guía Federal de Pobreza.

Asesores Financieros trenados del Hospital revisarán periódicamente los criterios anteriores con los pacientes, antes de pedir a los pacientes completar la Solicitud de

Asistencia Financiera. El Hospital también puede utilizar otros programas o sistemas automatizados para determinar la elegibilidad presunta. Pacientes que cumplan con cualquiera de los anteriores criterios de elegibilidad presunta se considerarán elegibles para un descuento del 100% y no se les pedirá ni deberán presentar una Solicitud de Asistencia Financiera. Ni el cálculo de Decision Power o cualquier otro programa o sistema será utilizado para determinar o presumir inelegibilidad.

V. Elegibilidad para Asistencia Financiera:

A. Se dará Asistencia Financiera para servicios de salud conductual de emergencia o médicamente necesarios a los pacientes que sean financieramente elegibles o médicamente indigentes (en ambos casos, basado en la información proporcionada a través de la Solicitud de Asistencia Financiera incluido como **Anexo 3**), o a pacientes que hayan sido determinados de tener elegibilidad presunta. Además, puede proporcionarse asistencia financiera en otras circunstancias sobre una base caso por caso según lo determinado por el *Director Financiero Principal* del Hospital (u otro alto ejecutivo para asuntos financieros, sin importar el título) en su discreción.

B. Una determinación de calificación para asistencia financiera cubrirá los servicios prestados por el Hospital de forma hospitalaria o ambulatoria. Para estos propósitos, la póliza también abarca la prestación de servicios profesionales de médicos y otros proveedores empleados directamente por la Compañía, así enumerados en **Anexo 4**. Una determinación de calificación para asistencia financiera también cubrirá servicios profesionales prestados por otros médicos y proveedores destacados en **Anexo 5**, todos los cuales participan en la prestación de servicios de emergencia o de salud conductual médicamente necesarios en el Hospital y han accedido a ser cubiertos por esta póliza. Otros médicos o proveedores de cuidado en el Hospital no están sujetos a esta Póliza y por consiguiente cada paciente será responsable de la satisfacción o resolución de cualquier factura emitida por dichos médicos o proveedores por sus servicios profesionales.

C. Donde sea posible, antes de la admisión o a la prestación de servicios, un Asesor Financiero llevará a cabo una entrevista con el paciente, el fiador o representante legal. Si no es posible efectuar una entrevista antes de la admisión o a la prestación de servicios, debe realizarse a la hora de admisión o tan pronto como sea posible después de eso. En el caso de una admisión de emergencia la evaluación de alternativas de pago no tendrá lugar hasta que se hayan proporcionado los servicios de salud conductual requeridos.

D. En el momento de la entrevista inicial del paciente, el Asesor Financiero reunirá información demográfica rutinaria e información acerca de todas las coberturas de terceros existentes. En casos donde un paciente no tiene cobertura de terceros o tiene una cobertura de terceros limitado, el Asesor Financiero determinará si el paciente califica para asistencia médica de otros recursos financieros existentes, tales como Medicare, Medicaid u otros programas estatales y federales. El Asesor Financiero estará disponible para ayudar al paciente con la inscripción en cualquier programa de pagos gubernamentales que pueda estar disponibles. Si el paciente se niega a solicitar o proporcionar información necesaria para el proceso de solicitud, él o ella será inelegible para asistencia financiera en virtud de esta póliza. Si las solicitudes a los recursos de Asistencia Financiera Médica antes mencionados son negados o no adecuados o fueron previamente negados entonces habrá consideración para asistencia financiera.

E. En casos donde es probable que la cobertura de terceros (incluyendo seguros privados o el pago por programas gubernamentales) sea insuficiente o inexistente, El Asesor Financiero informará al paciente de la disponibilidad de Asistencia Financiera. Se les pedirá a los pacientes que buscan Asistencia Financiera que completen la Solicitud de Asistencia Financiera adjunta como **Anexo 3** a esta Póliza. Copias de la solicitud están disponibles de cualquier Asesor Financiero y en *www.southcoastbehavioral.com*. Las solicitudes pueden realizarse directamente por el paciente, por el fiador del paciente o por otro representante legal o por un Asesor Financiero basado en información derivada de cualquiera de los anteriores a través de una entrevista ya sea en persona, por teléfono o por medio de información confiable por escrito. Si necesita ayuda con recoger la información necesaria o material solicitado como parte del proceso de calificación para Asistencia Financiera, los pacientes son incentivados a contactar a uno de los Asesores Financieros Principales trenados del Hospital al *(774)634-3183*. Los Asesores Financieros también pueden ayudar a los pacientes a evaluar su situación financiera, a reunir información solicitada por el Hospital y por ayudar con tareas similares.

F. Después de llenar la Solicitud de Asistencia Financiera los pacientes deberán presentar el formulario firmado y materiales de apoyo al Hospital a través de cualquiera de las siguientes medidas:

- Entregar los materiales directamente a un Representante de Servicio al Paciente; al Business Office en el Hospital, *581 Faunce Corner Road, Dartmouth, MA 02747*
- Mandar los materiales por correo a Southcoast Behavioral Health, Attn: Business Office, *581 Faunce Corner Road, Dartmouth, MA 02747*
- Enviar los materiales por correo electrónico a *alexandria.marston@acadiahealthcare.com*

Se considerarán las Solicitudes de Asistencia Financiera siempre cuando fueron recibidos en cualquier momento durante el periodo de 240 días después del primer estado de cuenta después del alta emitida por el Hospital a la paciente para este tipo de atención.

G. La Elegibilidad para asistencia financiera está condicionada a la presentación del paciente de información completa e precisa en la Solicitud de Asistencia Financiera que se establecen como **Anexo 3**, y a la cooperación oportuna del paciente durante el proceso para Solicitar Asistencia Financiera. En relación con la determinación de elegibilidad del paciente para asistencia financiera, el Hospital no solicitará información aparte de la que se describe en el **Anexo 3**, aunque los pacientes pueden proporcionar voluntariamente información adicional que consideren que sea pertinente a la elegibilidad. Si el Hospital entra en contacto con el paciente para solicitar información faltante, el paciente tendrá un plazo de 30 días para responder. Si no se responde en el plazo de 30 días la solicitud será suspendida y no procesada, el paciente puede reactivar la solicitud por suministrar la información solicitada en cualquier momento durante el periodo de 240 días después de la primera factura al ser dado de alta emitida por el Hospital al paciente por este tipo de atención. Si un paciente proporciona información inexacta o engañosa, él o ella puede ser

considerada inelegible para asistencia financiera por consiguiente y tal vez tendría que pagar su factura en su totalidad.

H. Una vez que una Solicitud de Asistencia Financiera completa es recibida, el Asesor Financiero revisará la solicitud y la mandará al *Director de la Oficina de Negocios*. Los Pacientes que hayan sido determinados de tener elegibilidad presunta como se describe en la sección IV. I., serán procesados para asistencia financiera sin necesidad de completar la Solicitud de Asistencia Financiera.

I. Los pacientes que no tienen seguro y que no califican para asistencia financiera pueden comunicarse con el Hospital para discutir opciones de pago, incluyendo la disponibilidad de un plan de pago. Los Asesores Financieros informará a tales pacientes de otros descuentos que pueden estar disponibles en otras Pólizas de Hospital.

VI. Determinación y Notificación Sobre Asistencia Financiera:

A. En el caso de pacientes a los que hayan sido determinados de ser financieramente elegibles para asistencia financiera, los pacientes con ingreso familiar en o por debajo del 200% de la actual Guía de Pobreza Federal recibirán una reducción del 100% en la parte del paciente de cargos facturados (*es decir,* cancelación total), como establecido en **Anexo 1**. Los pacientes con ingresos familiares entre 201 y 350% de la actual Guía de Pobreza Federal recibirán un descuento de escala móvil en la parte del paciente de los cargos facturados, como se indica en el **Anexo 1**. En el caso de pacientes a los que hayan sido determinados de ser médicamente indigentes, el descuento correspondiente será determinado por el Director de la Oficina de Negocios y el Director Financiero Principal después de la revisión de acuerdo al caso. Los Pacientes que hayan sido determinados de tener elegibilidad presunta para asistencia financiera recibirán una reducción del 100% de cargos (cancelación total).

B. El porcentaje de descuento aplicable del **Anexo 1** se aplicará a los cargos brutos cuales de otra manera serían cobrados al paciente. Estos descuentos han sido establecidos de manera adecuada para cumplir con la Ley Federal aplicable, que prohíbe el Hospital de cobrar un paciente elegible para asistencia financiera más que las cuotas generalmente fracturadas ("AGB" por sus siglas en inglés) por el Hospital a los pacientes con cobertura de terceros, calculado en este caso por usar el método retroactivo establecido en las Normativas de Tesorería aplicables, teniendo en cuenta las cantidades permitidas por Medicare y pagadores comerciales durante un período previo de 12 meses de medición. Los porcentajes de descuento establecidos en el **Anexo 1** pueden ajustarse periódicamente (y por lo menos anualmente) para asegurar que tales porcentajes cumplen con las normas anteriores de la Ley Federal; tales ajustes se entrarán en vigor a través de la fijación de un actualizado **Anexo 1** a esta Póliza, que será firmada y fechada por el Director Financiero Principal del Hospital. El Hospital comenzará a aplicar los porcentajes de descuento ajustados a más tardar 120 días después del final del período de medición de 12 meses con respecto al cual se ha calculado el AGB ajustado del Hospital.

C. La prestación de asistencia financiera (*es decir*, la cantidad del descuento o cancelación) de menos de $5,000 puede ser aprobada por un Asesor Financiero. La prestación de asistencia financiera de $5,000 o más, requerirá la aprobación del Director de la Oficina de

Negocios. La prestación de asistencia financiera de $20.000 o más también requerirá la aprobación del Director Financiero del Hospital.

D. Dentro de un plazo de 30 días después de la presentación de una Solicitud de Asistencia Financiera, el Hospital determinará si el paciente califica para asistencia financiera basada en elegibilidad financiera o indigencia médica y notificará al paciente por escrito de tal determinación y la cantidad del descuento que se proporcionará. A menos que sea determinada de otra manera por el Director Financiero Principal, el Hospital no necesitará notificar a los pacientes que hayan sido determinados de calificar para asistencia financiera basada en elegibilidad presunta. En caso de que el Hospital determine que un paciente *no* califica para asistencia financiera, el Hospital notificará al paciente por escrito tal determinación, incluyendo la base para la negación.

E. Salvo lo dispuesto a continuación, todas las determinaciones de calificación para asistencia financiera continuarán en vigor por 6 meses desde la primera fecha de los servicios objeto de la determinación. Por consiguiente, si un paciente ha calificado de asistencia financiera dentro de los últimos 6 meses y las circunstancias financieras del paciente, tamaño de la familia y seguro no han cambiado, se considerará que el paciente está calificado para asistencia financiera con respecto a servicios de salud conductual de emergencia o médicamente necesarios adicionales, sin tener que presentar una nueva Solicitud de Asistencia Financiera. Sin embargo, si un paciente ha calificado para asistencia financiera pero entonces experimenta un cambio sustancial en su situación financiera y/o estado de seguro que puede afectar su calificación continua para asistencia financiera, se espera que el paciente comunique tal cambio al Hospital dentro de 30 días o, en todo caso, antes de obtener otros servicios de salud conductual. Por otra parte, el Hospital puede solicitar una actualización de la información en la Solicitud de Asistencia Financiera y, basado en dicha información actualizada, puede volver a evaluar la calificación continua del paciente.

VII. Impacto en el Procedimiento de Facturación y Cobranza:

A. Los pacientes que califican para cuidado descontado, pero no gratuito, serán notificados por escrito sobre cualquier saldo restante. El paciente puede pedir una cita con un Asesor Financiero para arreglar las condiciones del pago. Dichos saldos restantes serán tratados según las Pólizas de la Oficina de Negocios respecto a saldos por pagar, y dichos saldos se enviarán a una agencia tercera de colección dentro de 90-120 días después del alta del paciente. Las condiciones de pago se establecerán sobre la base de los ingresos familiares disponibles.

B. En el caso de que un paciente califica para asistencia financiera pero no paga al tiempo el saldo restante (incluyendo, por los términos del plan de pago acordado, si aplica), el Hospital puede tomar cualquiera de las acciones establecidas en la Póliza de Facturación y Cobranza del hospital, una copia de la cual está disponible en *southcoastbehavioral.com,* incluyendo el envío de saldos restantes por pagar a un agencia tercera de colección dentro de 90-120 días de la fecha de alta del paciente. Consistente con la Póliza de Facturación y Cobranza, el Hospital no emprenderá ninguna acción extraordinaria de cobranza (como se define en esta Póliza) sin primero hacer esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad del paciente para asistencia financiera de acuerdo a esta Póliza.

VIII. Publicación:

A. El Hospital pretende garantizar que la información sobre la existencia y términos de esta Póliza de Asistencia Financiera está ampliamente disponible a los residentes de las áreas geográficas atendidas por el Hospital. En cumplimiento de lo anterior, el Hospital se utilizará y distribuirá ampliamente el resumen en lenguaje sencillo que se adjunta como **anexo 6** de esta Póliza. Copias de tal resumen en lenguaje sencillo (i) se incluirán en materiales de registro de pacientes y en manuales de hospitalización, (ii) serán ofrecidas a cada paciente como parte del proceso de admisión o de alta y (iii) se publicarán en la página web del Hospital, junto con esta Póliza y la Solicitud de Asistencia Financiera, en un lugar prominente y accesible. El resumen en lenguaje sencillo estará disponible en inglés y en cualquier otro idioma que es el idioma principal de la menor de (i) 1.000 personas, o (ii) 5% de la población en las zonas de servicio del Hospital.

B. El Hospital colocará señalización visible en el departamento de admisión proporcionando información con respecto a la disponibilidad de asistencia financiera y describiendo el proceso de solicitud. Dicha señalización incluirá la siguiente declaración: *Usted puede ser elegible para asistencia financiera bajo los términos y condiciones que ofrece el Hospital a pacientes calificados. Para obtener más información, póngase en contacto con el Asesor Financiero Principal en (774)634-3183.* Estas señales serán en inglés y en cualquier otro idioma que es el idioma principal de la menor de (i) 1.000 personas, o (ii) 5% de la población en las zonas de servicio del Hospital. Tal señalización podrá publicarse en otras áreas en todo el Hospital que ofrecen visibilidad significativa.

C. El Hospital hará que cada estado de cuenta enviado al paciente incluye una declaración visible con respecto a la disponibilidad de asistencia financiera, incluyendo (i) un número de teléfono para obtener información acerca de esta Póliza y el proceso de solicitud y (ii) una dirección del sitio web donde esta Póliza, la Solicitud de Asistencia Financiera y el resumen en lenguaje sencillo están disponibles. Como expuesto en la Póliza de Facturación y Cobranza si el Hospital tiene la intención de emprender cualquier acción extraordinaria de cobranza (como se define en la Póliza de Facturación y Cobranza), el Hospital garantizará que al menos un estado de cuenta incluye una copia del Resumen en lenguaje sencillo de esta Póliza de Asistencia Financiera, según lo establecido en **anexo 6**, con dicha copia proporcionada por lo menos 30 días antes de emprender la acción esperada de cobranza extraordinaria.

IX. Presupuesto, Registros Contables e Informes:

A. El Director Financiero se asegurará de que asistencia financiera razonable, incluyendo tanto atención médica gratuita y descuento de cargos, se incluya en el presupuesto operativo anual del Hospital. La cantidad presupuestada no actuará como un punto de parada en la prestación de asistencia financiera, pero servirá como una proyección para ayudar en la planificación para la asignación de recursos.

B. El Hospital hará que las Solicitudes de Asistencia Financiera completadas (junto con la información de apoyo requerida) se mantengan en los registros de la Oficina de Negocios. Estos registros también reflejarán información en cuanto a si las solicitudes fueron aprobadas o negadas, junto con el manejo de cualquier solicitud de reconsideración.

C. La asistencia financiera proporcionada por el Hospital en virtud de esta Póliza será calculada y registrada anualmente según se requiera bajo la ley aplicable. Salvo lo específicamente permitido en base a contexto, el Hospital informará su asistencia financiera proporcionada a pacientes que califican según esta Póliza utilizando el costo de los servicios prestados basado en el ratio de costo total a carga derivada del informe del Hospital de Medicare (y no en los gastos reales para los servicios).

X. Confidencialidad:

El Hospital reconoce que la necesidad de asistencia financiera puede ser un tema sensible y profundamente personal para los pacientes. Se mantendrá confidencialidad de la información y preservación de la dignidad individual para todos los que buscan asistencia financiera en virtud de esta Póliza. Ninguna información obtenida en la solicitud de asistencia financiera del paciente puede ser divulgada, excepto cuando lo autorice el paciente o de otra manera es requerida por la ley.

XI. Información y Formación del Personal:

A. El Hospital hará que todos los empleados en la Oficina de Negocio y en las áreas de Admisión y Registro de Paciente sean completamente versados en esta Póliza de Asistencia Financiera, y que tengan acceso a esta Póliza, así como el resumen en lenguaje sencillo y a los Formularios de Solicitud para Asistencia Financiera y que sean capaces de dirigir preguntas a la oficina del Hospital o representante correspondiente.

B. El Hospital hará que todos los miembros del personal con contacto con el público y los pacientes sean entrenados adecuadamente al respecto de información básica relacionada con esta Póliza de Asistencia Financiera y sus procedimientos. También serán capaces de dirigir preguntas sobre esta Póliza a la oficina de Hospital o representante correspondiente.

XII. Otras Pólizas Relacionadas:

A. Póliza de Facturación y Cobranza
B. *[Insertar]*

Archivos Adjuntos:

Anexo 1	Guía de Asistencia Financiera
Anexo 2	Formulario de Liberación del Paciente para Decision Power
Anexo 3	Solicitud de Asistencia Financiera
Anexo 4	Médicos Empleados por la Compañía y "Proveedores Cubiertos por esta Póliza
Anexo 5	Otros Médicos y Proveedores del Hospital Cubiertos por esta Póliza
Anexo 6	Resumen en Lenguaje Sencillo de la Póliza de Asistencia Financiera

ANEXO 1

Guía de Asistencia Financiera

Tamaño de Familia	100% de 2018 FPG	200% de 2018 FPG	300% de 2018 FPG	350% de 2018 FPG
	Atención gratuita	*Atención gratuita*	*75% de descuento*	*50% ** de descuento*
1	$12.490	$24.980	$37.470	$43.715
2	16.910	33.820	50.730	59.185
3	21.330	42.660	63.990	74.655
4	25.750	51.500	77.250	90.125
5	30.170	60.340	90.510	105.595
6	34.590	69.180	103.770	121.065
7	39.010	78.020	117.030	136.535
8 *	43.430	86.860	130.290	152.005

* Agregar $4.420 por cada persona adicional por encima de 8 ocupantes del hogar

** El porcentaje de descuento anterior *[discutir – en este caso, el AGB debe ser 50% o superior]* ha sido establecido de manera adecuada para cumplir con la Ley Federal aplicable, que establece que el Hospital no puede facturar un paciente elegible para asistencia financiera más que la cuota generalmente facturada ("AGB") por el Hospital a pacientes que tienen seguros que cubren este tipo de atención. El Hospital ha calculado su AGB usando el método retroactivo establecido en las Normativas de Tesorería, considerando las cantidades pagados por Medicare y pagadores comerciales. Tal cálculo resultó en lo siguiente:

Período de medición *01 de octubre de 2017 – 30 de septiembre de 2018*
AGB 50% *[discutir]*

El Hospital recalculará su AGB periódicamente (y por lo menos anualmente) y basadas en ella ajustará los porcentajes de descuento establecidos anteriormente. Tales ajustes entrarán en vigor a través de la revisión del presente **Anexo 1**, que será firmado y fechado por el Director Financiero del Hospital.

Firma: _____
Nombre: Peter Gallitano
Fecha: 3/13/19

ANEXO 2

Formulario de Liberación para Decision Power

Nombre del paciente/fiador # de cuenta del paciente

Número de Seguro Social Fecha de Nacimiento

Empleador _____ Teléfono _____

Ingreso bruto mensual $_____
Cualquier fuente adicional de ingresos (manutención de menores, pensión alimenticia) $_____

Total de ingresos brutos mensuales del hogar (se requiere comprobante de ingresos) $_____

Número de dependientes incluyendo Usted mismo: _____

Vivienda: Propia _____ Alquiler _____ $ pago mensual _____

¿Usted tiene alguno de los activos enumerados a continuación? Si es así, proporcione detalles.

Sí ___ No ___ Cuenta de Cheques $_____
Sí ___ No ___ Cuenta de Ahorros $_____
Sí ___ No ___ Fondos del Mercado Monetario $_____

Por favor indique cualquier otra información financiera para ser considerada en la determinación de su capacidad de pago:

_____

_____

¿Usted está elegible para Cobra? Sí o No En caso afirmativo, de Compañía de Seguro_____ Prima de Seguro____

Para recibir atención médica a un costo reducido, usted debe cooperar plenamente con nuestra necesidad de información financiera exacta y detallada, incluyendo la producción oportuna de la documentación necesaria para apoyar esta declaración. El llenar el formulario de divulgación financiera no garantiza que usted será elegible para una reducción de costos en su atención médica.

Yo autorizo a representantes de (Nombre de la Instalación) y sus afiliados para verificar la información en este formulario y a divulgar mi información para fines de pago. La información dada arriba es verdadera y completa. Estoy de acuerdo en notificar a (Nombre de la Instalación) de cualquier cambio en mi situación financiera. Y además autorizo a (Nombre de la Instalación) y sus afiliados para revisar y consultar mi historial de crédito utilizando cualquier medio disponible, incluyendo el uso de un informe proporcionado por una Oficina de Crédito nacional.

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____

ANEXO 3

Solicitud de Asistencia Financiera

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Como parte de nuestra misión, Southcoast Behavioral Health se compromete a proporcionar al público acceso a servicios de salud conductual de calidad y a tratar a todos nuestros pacientes con dignidad, compasión y respeto.

Nuestro Programa de Asistencia Financiera proporciona servicios gratuitamente o precios significativamente reducidos, a los pacientes elegibles que no tienen los recursos para pagar parte o la totalidad de su atención. Nuestro Programa de Asistencia Financiera ofrece descuentos hasta al 100 por ciento de los cargos de médico/hospital a los pacientes que cumplen con los requisitos de elegibilidad financiera.

Cuando solicita Asistencia Financiera, su cooperación es necesaria para suministrar la información y documentación requerida para poder tomar una decisión justa y oportuna. Si no se proporciona información completa y precisa, su solicitud puede ser rechazada o negada sin reviso adicional, en cuyo caso se esperará que usted pague su factura en su totalidad.

Dada la naturaleza sensible de estas solicitudes, se atenderá toda comunicación con el paciente o familiares en estricta confidencialidad y de una manera compasiva.

Copias de este formulario de solicitud están disponibles en [Inglés y Español].
Copias de la Solicitud de Asistencia Financiera están disponibles en Inglés y Español.

Esta Solicitud de Asistencia Financiera se le proporciona para completar para que podamos determinar si usted califica para nuestro Programa de Asistencia Financiera.

EL COMPLETAR ESTE FORMULARIO NO ES UNA GARANTÍA DE ELEGIBILIDAD.

Si no completa este paquete de solicitud o si lo devuelve sin la documentación de apoyo solicitada, no podremos determinar si califica para nuestro Programa de Asistencia Financiera. En ese caso, usted será responsable para el saldo total adeudado en su cuenta.

Si necesita ayuda para completar este formulario o para reunir los materiales de apoyo, comuníquese con el Director Financiero al (774) 634-3183.

Para determinar si usted califica para nuestro Programa de Asistencia Financiera, por favor devuelva la siguiente documentación con este paquete completado:

- ✓ Una copia de una identificación con foto (licencia del estado/identificación del estado).
- ✓ El formulario 1040 Declaración Federal de Impuestos del año pasado, con todos los formularios W-2 o 1099.
- ✓ Las últimas dos semanas de recibos de pago con los totales del año hasta la fecha, o dos meses de recibos de pago sin los totales del año hasta la fecha (si le paga en efectivo sin recibos de pago, proporciona verificación escrita del empleador).
- ✓ Comprobante de ingresos de todas las demás fuentes como compensación por desempleo, ingresos de incapacidad, ingresos de renta, pensiones, anualidades, intereses, etc.
- ✓ Si usted actualmente recibe beneficios de Seguro Social, una copia de su carta de "verificación de beneficios".
- ✓ Copias de estados bancarios para cuentas corrientes, de ahorro, certificados de depósito, etc. para los últimos dos meses.
- ✓ Una copia de una factura actual de utilidad, teléfono o de televisión por cable de la residencia en la que usted reside.
- ✓ Si usted es un estudiante, una lista de clases del semestre actual, créditos y una copia de su identificación estudiantil.

☞ Nota: El nombre que aparece en la identificación con fotografía del paciente debe ser el mismo nombre que se indica en los recibos de pago e formularios de impuestos.

Por favor devuelva esta solicitud completada y la documentación de apoyo solicitada tan pronto como sea posible. Una solicitud no será revisada hasta que se ha proporcionado toda la documentación requerida.

La Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio requiere que todas las personas tengan cobertura de seguro de salud a partir del 01 de enero de 2014. Nuestros Asesores Financieros le proporcionará información sobre cómo solicitar cobertura de seguro médico a través del intercambio de seguro federal en "www.marketplace.gov "y le puede ayudar con el proceso de inscripción. [Discutir las implicaciones de la elegibilidad y de negarse a solicitar].

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

(POR FAVOR ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE, ASEGÚRESE DE PROPORCIONAR TODA INFORMACIÓN SOLICITADA)

I. DATOS PERSONALES

Información personal del solicitante (o de los padres, si es un menor de edad):

Nombre _____ Fecha de Nacimiento_____
Apellido Primer Nombre Inicial de Segundo Nombre

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Viviendo en Dirección Desde _____ # de teléfono (___) _____ # de Seguridad Social _____

Estado civil: Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Divorciado(a) _____ Viudo(a) _____

Nombre del Cónyuge_____ # de Seguridad Social del Cónyuge _____ Fecha de Nacimiento_____

☞ **Si el informe de crédito indica alto riesgo, se requiere una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro social.**

Lista los miembros de la familia (incluyendo a padres, el paciente y hermanos naturales o adoptivos) quienes viven en la dirección por encima.

NOMBRE LEGAL DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON LA PACIENTE
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

II. INFORMACIÓN DE SEGURO

	SOLICITANTE (O PADRES, SI EL SOLICITANTE ES MENOR DE EDAD)	CÓNYUGE DEL SOLICITANTE
¿Usted tiene seguro de salud? (S/N)		
En caso afirmativo, nombre del plan de seguro de salud:		
¿Medicare? (S/N)		
¿Medicare Parte D? (S/N)		
¿Suplemento a Medicare? (S/N)		
¿Medicaid? (S/N)		
¿Beneficios de los Veteranos? (S/N)		

III. EMPLEO Y INFORMACIÓN DE INGRESO

Información de empleo del solicitante (o padres, si el solicitante es menor de edad):

Empleador _____ ¿Desempleado? (S/N)_____Fecha de Desempleo_____

Dirección de Negocio _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

de Teléfono (_____) _____ ¿Su Empleador Ofrece Seguro de Salud? (S/N) _____

Ocupación / Posición _____ Fecha de ser contractado _____

Estudiante (S/N) _____ Nombre de Escuela_____ Número de Créditos Este Semestre _____

SALARIO MENSUAL			
BRUTO	$	NETO	$

PAGO POR HORA	$	HORAS TRABAJADAS A LA SEMANA	

Fuente de ingresos adicionales (por mes):

❑ Otros salarios	$_____	❑ Manutención de Menores	$_____	❑ Empleo Por Cuenta Propia	$_____
❑ Intereses, Dividendos	$_____	❑ Pensión/Jubilación	$_____	❑ SSI/Seguridad Social	$_____
❑ Ingresos por Alquiler	$_____	❑ Indemnización del trabajador	$_____	❑ Beneficios de Veteranos	$_____
❑ Cupones de Alimentos	$_____	❑ Desempleo	$_____	❑ Otros	$_____
❑ Pensión Alimenticia	$_____	❑ Ingresos Agriculturas	$_____		

Información de Empleo del Cónyuge (si aplica):

Empleador _____ ¿Desempleado? (S/N)_____Fecha de Desempleo_____

Dirección de Negocio _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

de Teléfono (_____) _____ ¿Su Empleador Ofrece Seguro de Salud? (S/N) _____

Ocupación / Posición _____ Fecha de ser contractado _____

Estudiante (S/N) _____ Nombre de Escuela_____ Número de Créditos Este Semestre _____

SALARIO MENSUAL			
BRUTO	$	NETO	$

PAGO POR HORA	$	HORAS TRABAJADAS A LA SEMANA	

Fuente de ingresos adicionales (por mes):

❑ Otros salarios	$_____	❑ Manutención de Menores	$_____	❑ Empleo Por Cuenta Propia	$_____
❑ Intereses, Dividendos	$_____	❑ Pensión/Jubilación	$_____	❑ SSI/Seguridad Social	$_____
❑ Ingresos por Alquiler	$_____	❑ Indemnización del trabajador	$_____	❑ Beneficios de Veteranos	$_____
❑ Cupones de Alimentos	$_____	❑ Desempleo	$_____	❑ Otros	$_____
❑ Pensión Alimenticia	$_____	❑ Ingresos Agriculturas	$_____		

IV. INFORMACIÓN DE GASTOS MENSUALES

Indicar las cantidades mensuales pagos o adeudados en los siguientes elementos:

RENTA / HIPOTECA		**CUENTAS DEL HOGAR**	
Nombre del propietario		Calefacción / Utilidades	$
Número de Teléfono del Propietario	( )	Teléfono / Teléfono Celular	$
Prestamista de Hipoteca		TV por Cable / Internet	$
Monto de la Hipoteca	$	Seguro de Propietario	$
		Seguro de Auto	$
PRÉSTAMOS		Seguro de Salud, Dental, Visión	$
Préstamos de Autos	$	Seguro de Vida o Incapacidad	$
Préstamos Personales	$	Otros Seguros	$
Préstamos Estudiantiles	$	Gastos Médicos (hospital / clínica)	$
OTRAS OBLIGACIONES		**TARJETAS DE CRÉDITO**	
Cuidado de Niños	$	Tarjeta de crédito	$
Manutención de Menores	$	Tarjeta de crédito	$
Pensión Alimenticia	$	Tarjeta de Crédito	$
Otros	$		

TOTAL DE GASTOS MENSUALES: $_____

V. ACTIVOS

Indicar el valor justo del mercado de cualquiera de los siguientes:

CUENTAS BANCARIAS				**BIENES INMUEBLES PROPIEDAD**	
Nombre del Banco				Valor	$
Ahorro		$		Dirección	
Corriente		$		Ciudad, estado y ZIP	
VEHÍCULOS POSEÍDOS				**LISTA DE OTROS ACTIVOS**	
	Año/Marca	Modelo	Valor		$
Primero			$		$
Segundo			$		$
Tercera			$		$

TOTAL DE ACTIVOS: $_____

VII. CERTIFICACIÓN

Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud y la documentación de apoyo requerida es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Solicitará ayuda federal, estatal o local para que pueda ser elegible para ayudar a pagar por mi cuidado médico. Entiendo que, si a sabiendas proveo información inexacta o incompleta en esta solicitud, puedo ser inelegible para asistencia financiera, se puede revertir cualquier asistencia financiera otorgada a mí, y seré responsable por el pago de mis facturas médicas.

Firma del Solicitante _____ Fecha de la Solicitud _____

Su Solicitud completada y documentación de apoyo puede ser presentada por:

- Entregar los materiales en persona a un Representante de Servicio de Paciente o a la Oficina de Negocios en el Hospital, *581 Faunce Corner Road, Dartmouth, MA 02747*
- Mandar los materiales por correo a Southcoast Behavioral Health, Attn: Business Office, *581 Faunce Corner Road, Dartmouth, MA 02747*
- Enviar los materiales por correo electrónico a *alexandria.marston@acadiahealthcare.com*

ANEXO 4

Médicos Empleados por la Compañía y otros Proveedores Cubiertos por esta Póliza

Primer Nombre	Inicial del Seg. Nom.	Apellido	Nombre de la Práctica
Rodica		Brisan	Southcoast Behavioral Health
Catherine		Chase	Southcoast Behavioral Health
Robert		Doyle	Southcoast Behavioral Health
William		Drexel	Southcoast Behavioral Health
John		Findley	Southcoast Behavioral Health
Gregory		Gass	Southcoast Behavioral Health
Allan		Giesen	Southcoast Behavioral Health
Frank		Kahr	Southcoast Behavioral Health
Ronald		Lee	Southcoast Behavioral Health
Michael		Liebowitz	Southcoast Behavioral Health
Eric		Pinho	Southcoast Behavioral Health
Michael		Rater	Southcoast Behavioral Health
Barbara		Roderick	Southcoast Behavioral Health

ANEXO 5

Otros Médicos y Proveedores Proporcionando Atención en el Hospital y Cubiertos por esta Póliza

Primer Nombre	Inicial del Seg. Nom.	Apellido	Nombre de la Práctica
Judith		Haran	LocumTenens.com
Mennakshi		Venmuri	Medicus Healthcare Solutions

ANEXO 6

Resumen en Lenguaje Sencillo de la Póliza de Asistencia Financiera

Southcoast Behavioral Health proporcionará servicios de emergencia y médicamente necesarios gratuitamente o a precios reducidos a los pacientes que no tienen seguro médico o cuyo seguro disponible es limitada. En general, los pacientes elegibles para precios reducidos deben tener ingresos familiares menores de 350% de la Guía Federal de Pobreza, mientras que pacientes elegibles para cuidados gratuitos deben tener ingresos familiares menores de 200% de la Guía Federal de pobreza. Asistencia financiera también puede estar disponible en otras circunstancias limitadas, dependiendo de la cantidad de las facturas médicas del paciente y si el paciente cumple criterios para la elegibilidad.

Los pacientes que buscan asistencia financiera pueden aplicar completando una Solicitud de Asistencia Financiera. Copias de la Solicitud de Asistencia Financiera, así como La Póliza de Facturación y Cobranza del Hospital están disponibles en *www.southcoastbehavioral.com.* Los pacientes también pueden solicitar copias gratuitas de la Solicitud de Asistencia Financiera y las Pólizas anteriores por correo, llamando al Director Financiero al *(774)634-3183*, o pueden obtener copias gratuitas en persona en la Oficina de Negocios del Hospital, *581 Faunce Corner Road, Dartmouth, MA 02747.* La solicitud de Asistencia Financiera y las Pólizas anteriores (así como este resumen en lenguaje sencillo) están disponibles en ambos *[Inglés y Español]*.

Las Solicitudes de Asistencia Financiera completadas junto con los materiales de apoyo deben ser enviados a Southcoast Behavioral Health, Attn: Business Office, *581 Faunce Corner Road, Dartmouth, MA 02747.* Las solicitudes pueden ser entregadas personalmente a la Oficina de Negocios. Las solicitudes también pueden enviarse por correo a la dirección indicada o por correo electrónico a *alexandria.marston@acadiahealthcare.com*.

Personas que buscan más información o necesitan ayuda en llenar la Solicitud de Asistencia Financiera pueden comunicarse con uno de los Asesores Financieros Principales del Hospital en la Oficina de Negocios al *(774)634-3183*.

Un paciente que califica para asistencia financiera bajo la Póliza de Asistencia Financiera del Hospital con respecto a servicios de salud conductual de emergencia o médicamente necesarios no se le cobrara más que las cuotas generalmente facturadas por el Hospital para los mismos servicios a las personas que tienen seguros que cubren este tipo de atención.