
MADERA COMMUNITY HOSPITAL
Política / Procedimiento

ASUNTO:	<u>Programa de Ayuda Financiera</u>	Fecha:	<u>10/01/04</u>
DEPARTAMENTO:	<u>Administración</u>	REVISADO:	<u>1/1/07, 9/1/10, 4/1/11,4/1/14, 1/1/15, 6/15/16</u>
DEPARTAMENTO S AFECTADOS:	<u>Todo el hospital y, específicamente, Departamento de Emergencia, Servicios de Salud Familiar, Chowchilla Medical Center, Coordinación de Casos, Admisiones, Crédito y Cobranzas, y Oficina Administrativa</u>		
ENVIADO POR:	<u>VP-Financiero /CFO</u>	DEP. N.º	<u>8610</u>

REFERENCIAS:

AB 774, conforme enmienda, (Chan, 2006), AB 1503 (2010), SB 1276 (2014), Oficina de Planeamiento y Desarrollo de Salud Estatal (*Office of Statewide Health Planning and Development*) Cartas Técnicas del Hospital (*Hospital Technical Letters, Principios y pautas voluntarios para asistir al paciente no asegurado de bajos recursos* (2004) de la Asociación de Hospitales de California (California Hospital Association *Voluntary Principles and Guidelines for Assisting Low-Income Uninsured Patient* (2004); *Descuentos del hospital ofrecidos a pacientes que no puedan pagar sus gastos de hospital* (2004) del Departamento de Servicios Humanos y de Salud, Oficina del Inspector General (Department of Health and Human Services, Office of the Inspector General *Hospital Discounts Offered to Patients Who Cannot Afford to Pay their Hospital Bills* (2004); Carta a todos los establecimientos 14-25.1 (2014) del Departamento de Salud Pública de California (California Department of Public Health, All facilities Letter 14-25.1 (2014)); *Procedimientos de facturación y cobranza del hospital* de la Asociación Estadounidense de Hospitales (American Hospital Association *Hospital Billing and Collection Practices*; diferentes cartas y publicaciones de otras fuentes; IRC § 501(r) (1 a 6), TD9708 (12/31/14).

OBJETIVO:

Promover un acceso igual y compasivo a todas las personas que necesiten servicios de atención médica de emergencia o inminentemente necesarios. Establecer directrices para la autorización de descuentos a pacientes/garantes que tengan bajos ingresos, que tengan una cobertura insuficiente, no tengan cobertura o incurran gastos médicos elevados por los servicios provistos por Madera Community Hospital (MCH).

POLÍTICA:

Introducción

De conformidad con las Declaraciones de la Misión y Visión de Madera Community Hospital, el Hospital deberá tener implantados políticas y procedimientos aprobados por su Consejo de Administración para ayudar a los pacientes/garantes con pocos recursos, cobertura insuficiente o sin seguro, o a los pacientes que incurran gastos médicos elevados, que afirmen que no tienen la posibilidad de pagar por los servicios de atención médica necesarios, o quienes tienen ingresos familiares verificables de hasta el 350% del Nivel federal de pobreza publicado. Esta política considerará las necesidades culturales, económicas y de diversidad únicas de la comunidad en su totalidad. El Programa de Ayuda Financiera, a veces denominado Programa de Atención Caritativa, estará disponible para todas las personas que cumplan con los requisitos de residencia, independientemente de su edad, sexo, raza, estado socioeconómico, orientación sexual o afiliación religiosa.

Esta política no prohibirá que el Hospital preste tratamiento a pacientes que se presenten en el Departamento de Emergencia y no reemplaza las normas y reglamentaciones establecidas por la legislación EMTALA. Solo los pacientes con una necesidad inmediata o inminente de servicios de atención médica necesarios, según lo determine el médico u otro profesional de atención médica acreditado, estarán calificados para este programa. Los servicios que se consideren opcionales o de naturaleza cosmética no califican para un descuento en virtud de esta política. El Director General o el Vicepresidente Financiero/CFO del Hospital pueden hacer una excepción a esta política para ciertas personas que normalmente no cumplirían con los requisitos, según sus circunstancias individuales específicas.

Información disponible para el público y métodos de comunicación

La siguiente información estará a disposición de los pacientes/garantes u otras partes interesadas cuando se solicite:

- Una copia de esta política en inglés y en español.
- Una copia de la Solicitud e Instrucciones en inglés y en español.
- Información que explique los Programas Públicos de beneficios estatales y federales disponibles y los beneficios disponibles bajo el Programa de Ayuda Financiera del Hospital, los cuales estén incluidos en las Condiciones de Admisión y Autorización para el Tratamiento disponible para todos los pacientes que pagan por cuenta propia en el momento del registro.

El Hospital informará al público sobre su programa de ayuda financiera mediante los siguientes métodos:

- Colocar carteles sobre el Programa de Asistencia Financiera en áreas públicas para que los pacientes los vean.
- Incluir información sobre la disponibilidad del programa en informes y otra correspondencia de cobranza enviada a pacientes que pagan por cuenta propia.
- Información por parte del personal de Coordinación de Casos, el personal de Crédito y Cobranzas, los consejeros financieros y todo el personal de registro cuando un paciente o garante indique que no puede pagar por su atención.
- En el sitio web del Hospital (www.maderahospital.org).

Todos los anuncios al público, incluida esta política, la solicitud y las instrucciones se ofrecerán en inglés y en español.

Capacitación del personal sobre la disponibilidad del Programa de Ayuda Financiera

El personal de MCH que participa rutinariamente en el registro/la admisión de pacientes, aquellos que ayudan a administrar los servicios de atención médica que recibe el paciente (como los gerentes de caso o asistentes sociales) y aquellos en la orientación financiera, facturación y cobranza de servicios de atención recibirán una capacitación específica sobre la disponibilidad del Programa de Asistencia Financiera del Hospital para el público. El objetivo de la capacitación es garantizar que la información sobre el programa esté disponible para el público que pueda reunir los requisitos del programa y que el personal reconozca a los pacientes/garantes que reúnan los requisitos pero que todavía no hayan preguntado sobre el programa.

Criterios de elegibilidad y gastos cubiertos

Los pacientes/garantes que declaren que no tienen recursos financieros para pagar por sus servicios de atención médica pueden ser elegibles para el programa si cuentan con ciertas limitaciones de ingreso y número de integrantes de la familia y completan la solicitud del Programa de Ayuda Financiera. Todas las personas interesadas en el programa deben cooperar con el Hospital para proveer la información apropiada para que el Hospital tome una determinación de elegibilidad.

Este programa debe estar disponible para todas las personas que cumplen con los requisitos. Todas las sumas adeudadas, incluyendo copagos, deducibles, parte de los gastos y cargos no cubiertos que queden después de que haya pagado el pagador primario (si corresponde), son elegibles para recibir un descuento dentro de este programa.

Todos los solicitantes deben primero presentar una solicitud y cooperar con el proceso para la obtención de beneficios según los Programas Públicos de Salud Estatales y Federales, tales como los programas Medi-Cal/CMSP de California y/o cualquier otro programa de beneficios públicos para el que pueda calificar. Los solicitantes que se nieguen a pedir estos otros programas de beneficios o a quienes se niegue la elegibilidad a causa de una solicitud incompleta no serán elegibles para el Programa de Ayuda Financiera financiado por Madera Community Hospital.

Las personas que soliciten Medi-Cal/CMSP u otros programas estatales y federales, y a quienes se rechace porque su patrimonio o niveles de ingreso superan los límites requeridos podrían ser elegibles para la cobertura de California Health Benefit Exchange (Covered California). El Departamento de Servicios Sociales del Condado de Madera enviará la información del paciente a Covered California una vez que se haya determinado que el paciente no reúne los requisitos para Medi-Cal o para otro Plan de beneficios públicos.

Requisito de residencia:

Solo aquellos pacientes cuya residencia esté situada en el área de servicio directo de Madera Community Hospital son elegibles para este programa. El área de servicio directo del hospital generalmente incluye todo el oeste del Condado de Madera, en su mayoría al oeste de la Autopista Estatal 41. Esto incluye los códigos postales 93610, 93636, 93637, 93638 y 93639. Es posible que les pidan a los pacientes prueba de su dirección actual proporcionando una identidad con fotografía emitida por el gobierno (por ejemplo una licencia de conducir válida), una factura por servicios públicos, u otra prueba de su residencia. El área de servicio directo no incluye ninguna parte de los condados de Merced o Fresno. Los residentes de esos condados u otras áreas son alentados a informarse acerca de los programas de cuidado de caridad de los hospitales locales que atienden a estas áreas.

Verificación de ingresos, proceso de aprobación y determinación del descuento

Una vez que se haya cumplido con los requisitos de residencia, se realizará una determinación de elegibilidad considerando el ingreso familiar total y el número de integrantes de la familia. La verificación de ingresos se puede llevar a cabo analizando los talones de pago, declaraciones de impuestos y otra información para ayudar a establecer los niveles de ingreso.

El Hospital debe informar al solicitante dentro de los 10 días laborales después de recibida la Solicitud correctamente completada (se adjunta una copia de las Instrucciones y de la Solicitud, las cuales forman parte de esta Política) de su aceptación o no en el programa. Los Solicitantes que son rechazados debido a la falta de información provista en la Solicitud o porque el Hospital no pudo verificar el nivel de ingresos o número de integrantes de la familia, tendrán la oportunidad de proveer información adicional para su consideración. Si la solicitud se niega nuevamente, el Solicitante puede pedir una revisión por parte del Vicepresidente financiero/CFO, quien tomará la decisión final.

La cantidad de descuento se determinará a través de un cuadro desarrollado por el Hospital basado en las Pautas Federales de Pobreza Familiar publicadas periódicamente en el Registro Federal. El cuadro de descuento del Hospital (una copia se adjunta a esta Política y forma parte de ella) deberá ser actualizado a medida que se revise el Nivel federal de pobreza. El Hospital proveerá descuentos a pacientes/garantes calificados de 100% hasta 40% de los gastos de hospital basados en los niveles de ingreso familiar verificables que estén entre 200% hasta el 350% del Cuadro de nivel federal de pobreza publicado. En términos generales, las personas con niveles de ingreso familiar inferiores al 200% de las Pautas Federales de Pobreza calificarán a un descuento del 100% en su cuenta.

Determinación de presunción para la ayuda financiera

El Hospital, según la información disponible en ese momento, puede suponer que un paciente reúne los requisitos del Programa de Ayuda Financiera aunque la persona no haya solicitado el programa. En algunos casos en los que el paciente/garante no quiere o no puede solicitar su

ingreso al programa, el Hospital puede presumir que cumpliría los requisitos y aplicar los descuentos disponibles para su(s) cuenta(s) como si se hubiera presentado la solicitud y reunido los requisitos del programa.

Pago del saldo restante de la cuenta y prácticas de cobranza

El Hospital deberá realizar todo esfuerzo razonable por establecer un plan de pago razonable por la parte de la factura del paciente que no se descuenta a través de este programa. Todos los planes de pago con participantes en el Programa de Ayuda Financiera no generarán intereses.

Todas las actividades para cobrar que realiza el Departamento de Cobranzas del Hospital, o agencias de cobranza que el Hospital contrate para realizar el seguimiento de cuentas impagas, se cancelarán cuando el paciente/garante declare que no tiene la capacidad para pagar estas deudas. En ese momento, el paciente/garante tendrá la oportunidad de presentar su solicitud al Programa de Ayuda Financiera. Si se niega la solicitud del paciente/garante, dichas actividades para cobrar se reanudarán. El Hospital, o sus agencias de cobranza contratadas, no usarán prácticas de cobranza agresivas para con ningún paciente/garante que haya sido aceptado en el Programa de Ayuda Financiera, haya recibido un descuento parcial y haya acordado con el hospital pagar el saldo restante de su cuenta. Si el paciente/garante no cumple con su compromiso de pagar el saldo de su cuenta, el hospital puede reanudar las prácticas de cobranza normales de la cuenta.

Período de participación/período retroactivo para servicios cubiertos

La participación aprobada del paciente en el programa durará tres (3) meses. Al finalizar este período se pedirá al paciente que solicite nuevamente para ser considerado para el programa de ayuda financiera para servicios futuros. Si el paciente es aprobado nuevamente, se le otorgará otro período de 90 días al paciente. Los períodos de participación limitados están diseñados para reevaluar el estado financiero del Solicitante periódicamente y confirmar que sigue cumpliendo los requisitos del Programa de Ayuda Financiera ya que las circunstancias financieras personales cambian. Se puede pedir al Paciente/Garante que solicite su ingreso a Programas Públicos de Salud si es probable que actualmente reúna los requisitos para recibir dichos beneficios. No se aprobarán períodos de Ayuda Financiera adicionales para un paciente que no haya pagado las cuentas del período anterior hasta que dichas cuentas sean pagadas en su totalidad.

Cualquier servicio recibido por el paciente dentro de los noventa (90) días anteriores a la fecha de la Solicitud aprobada será elegible para un descuento dentro del Programa, a menos que se determine que el estado financiero del paciente/garante en el momento de dicho servicio anterior no lo habría calificado para el programa. Esta aplicación retroactiva de descuentos no se aplicará a las cuentas del paciente que ya hayan sido pagadas – no se emitirán reembolsos por los pagos recibidos por Madera Community Hospital por los servicios provistos durante el período retroactivo.

Servicios no cubiertos

Esta política no se aplica a cargos por servicios brindados por médicos tratantes o de consulta u otros proveedores médicos que no son facturados por el Hospital. Los pacientes/garantes tendrán que discutir dichos descuentos con el profesional médico directamente en forma individual. Madera Community Hospital ha alentado a otros proveedores médicos para que tengan políticas de Asistencia Financiera consistentes con esta y que alienten a las personas que parecen no poder pagar por los servicios de atención de la salud a presentar su solicitud de ingreso a dichos programas, cuando estén disponibles.

Esta política no se aplica a los servicios de naturaleza cosmética. Solo los servicios de emergencia, y aquellos servicios que según el médico u otro proveedor de la salud se necesitan de manera inminente calificarán para descuentos según esta política.

Disponibilidad de cuidado caritativo y pagos con descuento de parte de Emergency Room Physicians:

California Emergency Physicians, el contratista que provee personal al Departamento de Emergencia de Madera Community Hospital como médicos, asistentes de médico, y enfermos matriculados, tiene un programa de Cuidado Caritativo. Los pacientes que quieran informarse sobre este programa con respecto a cuentas recibidas de estos proveedores pueden hacerlo llamando al número gratuito de la oficina de facturación de CEP/MedAmerica al (800) 498-7157.

Servicios y proveedores cubiertos por esta Política:

Según lo establecido en IRC § 501(r)(1 a 6), TD9708 (12/31/14), Madera Community Hospital tiene la obligación de informarles a los pacientes los servicios cubiertos por esta política y si la política cubre otros proveedores distintos del propio hospital. La presente política solo cubre los servicios provistos por los empleados de Madera Community Hospital que sean facturados directamente por Madera Community Hospital. Los servicios provistos por médicos, asistentes médicos, enfermeras licenciadas o demás profesionales médicos y que sean facturados directamente por ellos, en general no están cubiertos por esta política. Los pacientes deben comunicarse directamente con cada profesional para acordar los descuentos en las facturas de los servicios que ellos hayan prestado durante su tratamiento en Madera Community Hospital.

Se adjunta a la presente política una lista de todos los médicos y demás proveedores que pueden brindar servicios profesionales a los pacientes que se atienden en Madera Community Hospital, la cual está vigente a la fecha de esta política. Tal como se observa en la lista, ninguno de los servicios prestados por estos profesionales está cubierto por la presente política. Se recomienda a los pacientes que se comuniquen directamente con el profesional, con el grupo médico al que pertenecen o con la compañía encargada de la facturación para tratar sus posibilidades de pago de los servicios de este tipo que hayan recibido.

Otra

El Gerente de Crédito y Cobranzas mantendrá guardados en forma confidencial todos los registros del Programa de Asistencia Financiera por un mínimo de cinco (5) años. No se distribuirá a ninguna parte fuera del hospital sin autorización previa por escrito del paciente/garante ninguna información acerca de ellos o de la Solicitud, excepto en el proceso de verificación de la información de la Solicitud. La información contenida en la Solicitud o adjunta a ella como documentación de respaldo no podrá ser usada para otros propósitos que la determinación de la calificación para el Programa de Asistencia Financiera del Hospital.

El Director General o el Vicepresidente financiero/CFO están autorizados para hacer excepciones a esta política basándose en circunstancias individuales.

PROCEDIMIENTO:

I. Admisión de Pacientes/Personal de registro y Asesores Financieros (excluyendo Personal de Sala de Emergencia).

1. Al momento del registro de un paciente que afirma que no tiene una fuente de pago primaria para los servicios que recibirá, el personal de admisiones/registro y los asesores financieros deberán preguntarle al paciente acerca de sus calificaciones para los beneficios Medi-Cal/CMSP, otros Programas de Beneficios Públicos o Covered California.
 - a) Si parece que el paciente podría ser elegible para Medi-Cal/CMSP u otros programas, el personal de admisiones/registro o el asesor financiero deberá proporcionar la solicitud adecuada. El asesor financiero debe alentar al paciente a completar la solicitud y debe seguir, de la mejor manera posible, el progreso de la presentación de la solicitud y la aceptación o rechazo por parte del Departamento de Servicios Sociales del Condado de Madera.

- b) Si el paciente no se muestra dispuesto a cooperar con el proceso de solicitud y, por lo tanto, no califica para el Programa de Asistencia Financiera, el paciente debe ser registrado como paciente que paga por su cuenta y el personal de admisiones/registro o el asesor financiero deberá conversar con el paciente sobre sus opciones de pago. El asesor financiero deberá hacer una revisión de la historia reciente de facturación/pagos del paciente para determinar si el paciente tiene otras cuentas impagas sobre las cuales debe hablar en ese mismo momento.
2. El personal de admisiones/registro y los asistentes financieros deberán distribuir copias de las Instrucciones/Solicitud del Programa de Asistencia Financiera y el folleto a aquellos pacientes/garantes que sostienen que carecen de capacidad financiera para pagar por sus servicios de atención de la salud y que de otra manera calificarían para el programa. Esta información puede surgir durante las conversaciones con el paciente/garante durante el proceso de registro o en una fecha posterior.
 3. El personal de admisiones/registro y asesores financieros deberán ayudar a responder cualquier pregunta que el paciente/garante tenga acerca del programa o proceso de solicitud, enfatizando la necesidad de que la documentación de respaldo acompañe a la Solicitud.
 4. Los pacientes que están actualmente admitidos al hospital deben ser orientados acerca del Programa por el asesor financiero y/o el personal de Coordinación de Casos. Si es posible, la Solicitud para Medi-Cal/CMSP o el Programa de Asistencia Financiera debe ser completada y firmada antes del alta del paciente.
 5. Las Solicitudes completas para el Programa de Asistencia Financiera, junto con la documentación de respaldo, debe ser enviada al Gerente de Crédito y Cobranzas, para su aprobación o rechazo.
 6. Las notas adecuadas acerca de las conversaciones con el paciente/garante deben ser documentadas en el sistema de cuenta del paciente para referencia futura.
 7. Para aquellos pacientes que ya han recibido aprobación para el Programa y reciben servicios de salud adicionales durante el período aprobado (dentro de los 90 días desde la fecha de aprobación), el personal de registro debe reconocerlo durante el proceso de registro y completar el registro de paciente como paciente del Programa de Asistencia Financiera. Para aquellos pacientes que están en el programa y no reciben un descuento del 100%, la persona que realiza el registro o el asesor financiero deben analizar con el paciente la necesidad de pagar la porción que no tiene descuento del monto estimado de los cargos por los servicios recibidos. Si el paciente se rehúsa de manera absoluta a pagar su parte de los cargos por la consulta actual, la persona que realiza el registro deberá continuar con el proceso de registro y hacer que un asesor financiero, si se encuentra disponible, se reúna con el paciente para conversar acerca de las condiciones de pago.

II. Personal de Crédito y Cobranzas:

1. Durante el proceso de seguimiento de cobranzas, el personal de Crédito y Cobranzas deberá presentar el Programa de Asistencia Financiera del Hospital a aquellos pacientes/garantes que sostengan que no tienen la capacidad financiera para pagar por sus servicios anteriores de atención de la salud y ofrecerles el envío de una Solicitud para Medi-Cal/CMSP y/o Instrucciones/Solicitud para el Programa de Asistencia Financiera. El personal de Crédito y Cobranzas deberá comunicar al paciente/garante que solo los servicios recibidos dentro del período de los últimos 90 días o en el período de 90 días siguiente a la aprobación de su solicitud son elegibles para un descuento a través del programa.
2. El personal de Crédito y Cobranzas deberá ayudar a responder cualquier pregunta que el paciente/garante tenga acerca del Programa o del proceso de Solicitud. Destacar la necesidad de documentación de respaldo adecuada ayudará al proceso de Solicitud.
3. Las Solicitudes completas, junto con la documentación de respaldo, deben ser enviadas al Gerente de Crédito y Cobranzas, para su aprobación o rechazo.
4. El personal de Crédito y Cobranzas debe informar al paciente/garante que si no califica para el Programa o no coopera con el proceso de solicitud, será económicamente responsable por los cargos acumulados en la cuenta y si no paga la parte que adeuda, su cuenta podrá ser enviada a una agencia de cobranzas para más acciones. El paciente/garante deberá ser

informado acerca del descuento que el hospital aplica a todas las cuentas en las que el paciente paga por cuenta propia.

5. El personal de Crédito y Cobranzas deberá ofrecer y establecer planes de pagos aceptables para la parte de la cuenta que los pacientes/garantes que califican y reciben un descuento parcial, tienen que pagar. Los montos de los pagos mensuales deben basarse en la política/procedimiento relativo a los planes internos de pago.
6. Las notas adecuadas acerca de las conversaciones y progresos con el paciente/garante deben ser documentadas en el sistema de cuenta del paciente, para referencia futura.

III. Gerente, Crédito y Cobranzas:

1. Al recibir la solicitud completa, el Gerente, Crédito y Cobranzas deberá comenzar a completar el Formulario de Aprobación de Solicitud del Programa de Asistencia Financiera (que se adjunta y que forma parte de esta Política). Si el Solicitante cumple con los requisitos de residencia de esta política, el Gerente, Crédito y Cobranzas revisará la Solicitud verificando que esté completa y que tenga la documentación de respaldo y debe registrar esto en el Formulario de Aprobación. Si encuentra que la Solicitud está completa y puede verificar la información relativa a los ingresos y al tamaño de la familia en la documentación de respaldo, deberá determinar el porcentaje de descuento al cual el paciente/garante tiene derecho de acuerdo con la Tabla de Asistencia Financiera (que se adjunta y forma parte de esta Política). El Gerente determinará el monto de descuento primeramente ubicando el tamaño de la familia en la columna izquierda y buscando el rango de montos mensuales o anuales. El porcentaje de descuento se muestra en la parte superior de esa columna.
2. Al momento de la aprobación de una Solicitud, se enviará una carta de aprobación al paciente/garante en la que se establezca la aceptación en el Programa y se informe el porcentaje de descuento al que tiene derecho, el ajuste realizado a la cuenta y el saldo remanente en la cuenta por el cual el paciente/garante es responsable, si existe dicho saldo. La clase financiera del paciente será cambiada a CH y se ingresará una nota en el sistema de cuenta del paciente que indique la fecha de aprobación, la fecha de finalización del período inicial de caridad de 3 meses y cualquier otro hecho relevante que necesite ser documentado.
3. Al rechazar una Solicitud, el Gerente, Crédito y Cobranzas deberá enviar una carta de rechazo al paciente/garante en la que se detallen los motivos del rechazo. Deberá alentarse al paciente/garante a dar información adicional si la Solicitud fue rechazada debido a falta de documentación de respaldo. Si es posible, se ingresarán notas acerca de la solicitud y el rechazo en el sistema de cuenta del paciente para referencia futura.
4. El Gerente, Crédito y Cobranzas, o quien este designe, deberá trabajar con el paciente/garante todo lo que sea posible para ayudarlo a calificar para el Programa. La información de contacto para el paciente/garante podrá ser enviada al contratista externo que asiste a los pacientes del Hospital para calificar para los Programas de Asistencia Pública.
5. Todas las Solicitudes aprobadas deberán ser revisadas con el paciente en el mes en que finaliza su período de asistencia financiera de 90 días. El Gerente, Crédito y Cobranzas o un miembro del personal deberá contactar al paciente para completar una actualización de la información de su Solicitud y determinar si se aprueba al paciente para otro período de 90 días. Los pacientes que tienen saldos impagos de un período anterior aprobado no serán elegibles para un período de renovación hasta que las cuentas se paguen por completo.
6. Al finalizar cada mes, antes de cerrar el sistema financiero del paciente (B/AR) para ese mes, debe sacarse una lista de pacientes que se encuentren en el Programa de Asistencia Financiera y hacer los ajustes apropiados de descuento a aquellas cuentas que hayan acumulado cargos durante ese mes.

PÁGINA DE FIRMA DE POLÍTICA/PROCEDIMIENTO

NOMBRE DE LA
POLÍTICA/PROCEDIMIENTO

Programa de Ayuda Financiera

FECHA DE REDACCIÓN O
REVISIÓN

6/15/16

MARQUE LAS APROBACIONES SEGÚN SE REQUIERA: (MARQUE UN BLOQUE Y OBTENGA LAS FIRMAS REQUERIDAS)

AFECTA AL DEPTO.
UNICAMENTE

OBTENER FIRMA DE LOS
AFECTADOS:

LÍDER(ES) DE
DEPARTAMENTO
(Insertar cargo específico)
VICEPRESIDENTE
DIRECTOR MÉDICO O
CONTACTO

A TODO EL HOSPITAL

OBTENER FIRMAS DE
LOS AFECTADOS:

LÍDER(ES) DE
DEPARTAMENTO
(Insertar cargo específico)
VICEPRESIDENTE
DIRECTOR MÉDICO O
CONTACTO Y
CEO

AFECTA AL PERSONAL
MÉDICO

OBTENER FIRMAS DE
LOS AFECTADOS:

LÍDER(ES) DE
DEPARTAMENTO
(Insertar cargo específico)
VICEPRESIDENTE
DIRECTOR MÉDICO O
CONTACTO
JEFE DE DEPARTAMENTO
DEL PERSONAL MÉDICO Y
CEO
INSERTAR FECHA DE
APROBACIÓN DEL CONSEJO

GERENTE, CRÉDITOS Y
COBRANZAS

FECHA

VP FINANCIERO/CFO

FECHA

VP-SERVICIOS DE ATENCIÓN A
PACIENTES

FECHA

CEO

FECHA

APROBADO POR EL CONSEJO
DE ADMINISTRACIÓN EL: