

LAKES REGIONAL HEALTHCARE

POLÍTICA ADMINISTRATIVA

POLÍTICA: Atención de Caridad/Asistencia Financiera

FECHA DE VIGENCIA: 01/12/1999

FECHAS DE REVISIÓN: 01/04/03, 31/05/07, 03/03/10, 02/10/13, 28/10/15, 11/16

APROBADO POR: Consejo Directivo

1.0 Introducción

- 1.1 Lakes Regional Healthcare (LRH) tiene la misión de mejorar la salud y el bienestar de las personas en la Región de Iowa Great Lakes.
- 1.2 Nuestra filosofía es proporcionar atención médica para pacientes enfermos y con necesidades:
 - 1.2.1 Proporcionar ayuda comunitaria a los pacientes y a las familias cuando los costos por los servicios médicos recibidos crean una carga financiera excesiva.
 - 1.2.2 LRH tiene la responsabilidad de administrar sus recursos financieros mientras se esfuerza por proporcionar un nivel de asistencia apropiado a la mayor cantidad de personas necesitadas.
 - 1.2.3 Crear un proceso para evaluar la capacidad financiera del paciente y otorgar atención de caridad en relación con la situación financiera del paciente.
 - 1.2.4 Proporcionar una práctica de facturación consistente y uniforme y un programa de atención de caridad.

2.0 Alcance

- 2.1 Las personas y los departamentos cubiertos por esta política incluyen Pre-admisión, Defensor Financiero del Paciente, Registradores y Líderes de Acceso al Paciente. Los médicos independientes y otros proveedores y servicios que no son de LRH no están cubiertos. Los pacientes que buscan un descuento en los servicios prestados por un médico independiente o un proveedor que no es de LRH deben contactar directamente a su médico u otro proveedor.
- 2.2 Esta política no es aplicable a los proveedores que no son de LRH, a sus servicios ni a las facturas que ellos entregan a un paciente de LRH. Consultar el Apéndice V con la lista de los proveedores que no son de LRH.

3.0 Propósito

- 3.1 El propósito de esta política es declarar específicamente cómo LRH considera la asistencia financiera, la atención de caridad, cómo se atenderán las solicitudes de atención de caridad, y garantizar que LRH respete y aplique prácticas uniformes de facturación.
- 3.2 Los pacientes que no tienen seguro de salud, o que de otra manera demuestren su incapacidad para pagar por los servicios de atención médica recibidos, pueden calificar para varios programas de asistencia financiera.

4.0 Política

- 4.1 LRH asumió el compromiso de brindar atención de caridad a personas que tienen necesidades de atención médica y no tienen seguro, el seguro es muy bajo, no son elegibles para un programa del gobierno, o de otra manera no pueden pagar por la atención médica necesaria con base en su situación financiera individual.
- 4.2 La atención de caridad no es un sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de LRH para obtener la atención de caridad u otras formas de asistencia financiera y para contribuir con los costos de su atención con base en su capacidad para pagar. Se sugiere a las personas y/o a las familias con la capacidad financiera para adquirir un seguro de salud que lo hagan, como un medio para garantizar el acceso a los servicios de atención médica, para su salud personal en general, y para la protección de sus activos individuales y/o familiares.
- 4.3 Las operaciones de LRH mantendrán una política de puertas abiertas para proporcionar atención médicamente necesaria o de emergencia a la comunidad dentro del significado previsto en la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd). Ninguna limitación o situación para la prestación de la atención se basará en la capacidad del paciente para pagar.
- 4.4 Esta política está específicamente destinada a los pacientes de bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente que cumplen con ciertos requerimientos de elegibilidad y su intención no es ser aplicada a pacientes con seguro o con seguro propio que tienen los recursos para aceptar la responsabilidad por los costos incurridos.
- 4.5 LRH reconoce que ciertas leyes estatales y/o federales requieren que se hagan esfuerzos de buena fe para cobrar todas las cuentas y, por lo tanto, se usarán servicios de agencias de cobranza de conformidad con las prácticas comerciales estándar en la industria.
- 4.6 Adicionalmente, LRH reconoce que ciertas leyes estatales y/o federales no permiten descuentos para todos los pacientes y, por lo tanto, LRH solamente considerará los descuentos de manera individual, si son solicitados por el paciente o por su representante legal o tutor. LRH también reconoce que las leyes pueden impedirle hacer descuentos o renunciaciones a ciertos copagos y deducibles.
- 4.7 Cualquier paciente puede completar una solicitud y pedir asistencia financiera. La asistencia financiera puede incluir ajustes de caridad completos o parciales, Medicaid, y otros programas de asistencia del estado y del condado. El programa de asistencia financiera fue diseñado para cumplir con todos los requerimientos Federales y Estatales.

5.0 Principios Rectores

- 5.1 Proporcionar asistencia comunitaria a los pacientes y a las familias cuando los costos por los servicios hospitalarios/clínicos recibidos crean una carga financiera excesiva.
- 5.2 Crear un proceso en el cual todos los recursos financieros del paciente sean evaluados (incluyendo el ingreso del grupo familiar y de conformidad con algunas leyes estatales, el ingreso de los hijos mayores) y la atención de caridad proporcionada en relación con la situación financiera por completo del paciente incluyendo todas las obligaciones de atención médica.
- 5.3 Proporcionar una práctica de facturación consistente y uniforme y un programa de atención de caridad.

6.0 Definiciones

Una Deuda Mala se define como aquellas cantidades que son incobrables y que no cumplen con los criterios de elegibilidad para los servicios de atención de caridad. Una Deuda Mala es el resultado de los esfuerzos de cobranza no exitosos de las cuentas de pacientes que no desean pagar. LRH usará todos los métodos legalmente disponibles para cobrar las cuentas de los pacientes que tienen los recursos, pero se niegan a pagar. Cualquier descuento y pérdida total causado por una Deuda Mala no contará como atención de caridad.

Atención de Caridad: atención médica 100% gratuita para Servicios de Emergencia o Medicamentos Necesarios proporcionados por LRH. Los pacientes que no tienen seguro o cuyo seguro es insuficiente para un servicio médicamente necesario que no son elegibles para cobertura gubernamental u otras coberturas, y que tienen ingresos familiares que no exceden el 150% de la Línea de Pobreza Federal pueden ser elegibles para recibir 100% de atención de caridad con base en su solicitud de asistencia financiera. LRH puede determinar o re determinar la elegibilidad de un paciente para atención de caridad cada vez que la información sobre la elegibilidad del paciente está disponible.

Indigencia Financiera: Pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que reciben atención sin obligación o con un descuento en la obligación para pagar por los servicios recibidos. Estos pacientes también se definen como pobres o con desventaja económica y tienen ingresos en o por debajo del nivel de pobreza federal.

Indigencia por Diseño: Pacientes a los que se les ofreció un seguro de salud y escogieron no participar en el plan de salud del empleador Y cuyos ingresos exceden el 400% de la Línea de Pobreza Federal. LRH puede, a su sola discreción, otorgar un descuento a los pacientes que considere indigentes por diseño y trabajará con esos pacientes para acordar un cronograma de pago aceptable para ambas partes. LRH usará todos los métodos legalmente disponibles para cobrar las cuentas de los pacientes que son considerados indigentes por diseño. Cualquier descuento en esta categoría no contará como atención de caridad.

Otras situaciones que pueden ser consideradas como Indigencia por Diseño, incluyen sin limitación alguna:

- Pacientes menores de 26 años que califican para inclusión en el plan de seguro de salud de sus padres
- Los estudiantes universitarios que no eligieron el plan de salud estudiantil

Indigencia Médica: Pacientes cuyas facturas médicas o del hospital, después del pago de los terceros pagadores, exceden los recursos financieros disponibles del paciente. El paciente que incurre en gastos médicamente catastróficos es clasificado como médicamente indigente cuando el pago requiere la liquidación de activos críticos para la vida o causaría una carga financiera indebida para el sistema de apoyo familiar. Adicionalmente, la indigencia médica también incluye los gastos médicamente catastróficos de los pacientes si después del pago de los terceros pagadores, la cantidad residual excede los recursos financieros disponibles del paciente.

Médicamente Necesario: Los servicios o productos de atención médica que un médico prudente proporcionaría a un paciente con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, padecimiento o sus síntomas de manera que sea: (a) de conformidad con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica; (b) clínicamente apropiados en términos de tipo, frecuencia, extensión, lugar y duración; y (c) que no sean principalmente para la conveniencia del paciente, del médico o de otro proveedor de atención médica. (Definición de AMA [Asociación Médica Americana] de “necesidad médica” Política H-320.953[3], Compendio de Políticas AMA).

Atención de Caridad Parcial: Atención a una tarifa con descuento para Servicios de Emergencia o Médicamente Necesarios proporcionados por LRH. Los pacientes que no tienen seguro o cuyo seguro es insuficiente para un servicio médicamente necesario, y que tienen ingresos familiares que exceden el 150% de la Línea de Pobreza Federal, son elegibles para recibir Atención de Caridad Parcial en la forma de un descuento de hasta el 90% de los cargos netos por hospitalización, servicios ambulatorios y/o de clínica. No obstante, los pacientes que de otra manera habrían calificado para Atención de Caridad Parcial, pero que tienen suficientes activos líquidos disponibles para pagar por la atención sin llegar a ser Médicamente Indigentes no son elegibles para la Atención de Caridad Parcial. Los Defensores Financieros Autorizados del Paciente, los Servicios Financieros del Paciente y el Personal Senior pueden otorgar un descuento mayor que el permitido en la escala si la situación merece un descuento mayor y puede ser de hasta el 100%.

Paciente - Ingreso Familiar: Quienes son responsables por los pagos por sí mismos o por sus dependientes. Esto no necesariamente está limitado a quienes viven directamente con una sola residencia y puede abarcar cualquier relación de dependencia como con un hijo o un dependiente en una universidad en una ciudad diferente. También puede abarcar a otros dependientes que viven en la misma residencia tales como familiares dependientes que viven dentro de grupo familiar.

Atención de Caridad Presunta: La determinación de que un paciente se presume elegible para Atención de Caridad cuando la información adecuada es proporcionada por el paciente o a través de otros recursos que permiten a LRH hacer la determinación de que el paciente califica para Atención de Caridad. (Ver Apéndice III)

7.0 Elegibilidad (HR3590 (4)(A)(i))

- 7.1 LRH cumplirá con una metodología establecida para determinar la elegibilidad para Atención de Caridad y Atención de Caridad Parcial. La metodología considerará si los servicios de atención médica cumplen con el criterio de Emergencia o Necesidad Médica, así como también, con el ingreso, activos netos, tamaño de la familia y recursos disponibles para pagar por la atención.
- 7.2 Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente cuyo ingreso individual/ingreso familiar no exceda el 150% de la Línea de Pobreza Federal actual pueden recibir el 100% de condonación de sus cargos por la atención de emergencia o medicamento necesaria. Los activos del paciente serán tomados en consideración para la elegibilidad incluso si su ingreso individual/ingreso familiar está en o por debajo del 400% de la Línea de Pobreza Federal. Por ejemplo, un paciente con un ingreso anual de \$10,000 y activos netos positivos de \$100,000 puede tener los recursos para pagar su factura.
- 7.3 Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente cuyo ingreso individual/ingreso familiar supera el 150% de la Línea de Pobreza Federal pueden recibir hasta el 90% de condonación de sus cargos por la atención de emergencia o medicamento necesaria con base en una escala progresiva.
- 7.4 Los pacientes sin seguro, con seguro insuficiente o indigentes por diseño cuyo ingreso individual/ingreso familiar supera el 400% de la Línea de Pobreza Federal pueden ser elegibles para descuento en la atención con base en sus circunstancias particulares. Esos descuentos son a la discreción de la organización y no serán considerados como atención de caridad.
- 7.5 La elegibilidad para la Atención de Caridad y la Atención de Caridad Parcial se extenderá por hasta 180 días desde la fecha de determinación de la elegibilidad, pero puede ser reexaminada en cualquier momento cuando haya nueva información disponible. El periodo de 180 días es contingente a que el paciente trabaje de buena fe con LRH en todos los recursos de pago.
- 7.6 Las circunstancias que pueden descalificar a un paciente para la atención de caridad son:
 - 7.6.1 Fraude (proporcionar información falsa en el Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera e Información Financiera del Paciente).
 - 7.6.2 El paciente o el representante legal/tutor no responde a las solicitudes de información.
 - 7.6.3 Negativa a completar cabalmente el Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera e Información Financiera del Paciente.
 - 7.6.4 Negativa a proporcionar la documentación solicitada de los ingresos y los activos.
 - 7.6.5 Negativa para cooperar con la política de atención de caridad.

7.6.6 Negativa para cooperar con cualquier acuerdo de pago razonable.

8.0 Método de Cálculo (HR3590 (4)(A)(ii))

- 8.1** Todos los recursos financieros disponibles serán evaluados antes de realizar la determinación de la atención de caridad o la atención de caridad parcial. LRH considerará los recursos financieros del paciente, así como también, de otras personas que tienen responsabilidad legal de mantener al paciente (por ejemplo, padres de un menor, cónyuge). Se puede tener una consideración especial con la residencia principal y el vehículo principal del paciente.
- 8.1.1** Si, en el curso de la evaluación de las circunstancias financieras del paciente, LRH determina que el paciente puede calificar para programas federales, estatales o locales o cobertura de seguro, se proporcionará asesoría financiera para ayudar a los pacientes a solicitar la cobertura disponible.
- 8.1.2** La Atención de Caridad y la Atención de Caridad Parcial serán negadas a los pacientes/garantes que no cooperen por completo en la solicitud de la cobertura disponible.
- 8.1.3** Los pacientes con reaseguro de atención médica o Cuentas de Ahorro Médico están asegurados a los fines de esta política y la cantidad en depósito será considerada como un recurso disponible para el pago de los servicios.
- 8.1.4** Si un paciente tiene un reclamo o un reclamo potencial, en contra de un tercero con el cual puede pagarse la factura del hospital, el hospital diferirá la determinación de la Atención de Caridad hasta la disposición del reclamo contra el tercero.
- 8.2** La elegibilidad para la Atención de Caridad o la Atención de Caridad Parcial será determinada usando la escala progresiva en exceso del 150% de los Niveles de la Línea de Pobreza Federal que son publicados anualmente en el Registro Federal, así como también, considerando los activos disponibles y los pasivos y cualquier circunstancia extenuante.
- 8.3** LRH usará el Apéndice IV para asignar la puntuación a las Solicitudes de Atención de Caridad y Asistencia Financiera y aplicará el descuento procedente a la factura del paciente cuando el ingreso del paciente supere el 150% de la Línea de Pobreza Federal.
- 8.4** Los Pacientes/Garantes serán notificados por escrito cuando LRH haga la determinación en relación con la Atención de Caridad o la Atención de Caridad Parcial.
- 8.5** Toda la información obtenida de los pacientes y de los garantes será tratada de manera confidencial en la medida que sea requerido por la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) y cualquier otra ley federal, estatal o local aplicables a la privacidad.

- 8.5.1** Las solicitudes y la documentación de soporte no deben ser almacenadas en los papeles del paciente ni en los registros electrónicos. El almacenamiento debe realizarse en el sistema de gestión de contratos central o en otro archivo electrónico, seguro, central, que pueda ser determinado por el comité.

9.0 Atención de Caridad Presunta (HR3590 (4)(A)(ii))

- 9.1 La Atención de Caridad Presunta es una herramienta de último recurso y aplica solamente después de que todos los otros medios han sido agotados. Hay otras ocasiones cuando un paciente puede parecer elegible para un descuento de atención de caridad, pero no hay un formulario de asistencia financiera en el expediente porque falta documentación que soporte el suministro de asistencia financiera. Esos casos han tenido como resultado que la factura del paciente haya sido asignada a una agencia de cobranza y finalmente reconocida en los registros contables como un gasto por deuda mala, debido a la falta de pago. Esta situación, no obstante, no tiene como resultado una solución justa para el paciente y tampoco un registro contable apropiado de la transacción. Con frecuencia hay información adecuada suministrada por el paciente o a través de otras fuentes, que pueden proporcionar a LRH suficiente evidencia para brindar al paciente el descuento de atención de caridad, sin necesidad de determinar la elegibilidad para la indigencia médica. Esta elegibilidad presunta, cuando está apropiadamente documentada internamente por el personal de LRH, es suficiente para proporcionar el descuento de atención de caridad a los pacientes que califican. Una vez determinada, debido a la naturaleza inherente de las circunstancias presuntas, el único descuento que LRH puede otorgar al paciente es la condonación del 100% del saldo en la cuenta.
- 9.2 Se presume que algunos pacientes son elegibles para el descuento de la atención de caridad con base en las circunstancias de vida individuales (por ejemplo, no tener donde vivir, pacientes que no tienen ingresos, pacientes que han calificado para otros programas de asistencia financiera, tales como cupones para alimentos o WIC). LRH solamente otorgará el descuento del 100% de atención de caridad cuando determine que el paciente tiene la elegibilidad de atención de caridad presunta. LRH documentará internamente todas y cada una de las recomendaciones para proporcionar los descuentos de atención de caridad presunta de los pacientes y de otras fuentes como los médicos, la comunidad o los grupos religiosos, servicio social interno o externo, o personal de asesoría financiera.
- 9.2.1 Para determinar si un evento calificado de conformidad con la elegibilidad presunta es aplicable, el paciente/garante proporcionará una copia de la documentación aplicable fechada dentro de los 30 días desde la fecha del servicio.
- 9.2.2 Para instancias en las cuales el paciente no es capaz de completar una solicitud para asistencia financiera, LRH puede otorgar un descuento de atención de caridad de 100% sin una solicitud formal, con base en circunstancias presuntas, aprobada por el Auditor, el Jefe de Finanzas, el Jefe Ejecutivo o los designados de conformidad con los límites de aprobación que se encuentran en el Apéndice IV.

- 9.2.3 LRH utilizará el Formulario de Solicitud Estandarizado de Descuento de Atención de Caridad del Paciente - Elegibilidad Presunta (consultar Apéndice III).
- 9.2.4 La determinación de la elegibilidad presunta por un descuento de atención de caridad del 100% será realizada por LRH con base en el ingreso del paciente/garante, no solamente con base en el ingreso del paciente afectado.
- 9.2.5 Puede ser que las personas no tengan que completar formularios adicionales o suministrar información adicional si ya han calificado para los programas que, por naturaleza, son administrados para beneficiar a personas sin recursos suficientes para pagar por el tratamiento. Por el contrario, los servicios prestados a esas personas pueden ser considerados atención de caridad y serán considerados como pacientes calificados con base en la elegibilidad presunta. Ejemplos de situaciones del paciente que razonablemente ayudan en la determinación de la elegibilidad presunta se encuentran en el Apéndice III de esta política.
- 9.3 Los pagos previamente realizados a cuenta de la presunción no serán reembolsados al paciente.
- 10.0 Proceso de Solicitud (HR3590 (4)(A)(iii))
- 10.1 Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera contactando a la oficina comercial o visitando www.lakeshealth.org para obtener todos los materiales de la solicitud. El paciente/garante proporcionará copias de los documentos que soportan los niveles de ingresos y activos (por ejemplo, W-2, la Declaración de Impuestos más reciente, el Talón de Pago, y los Estados de Cuentas Bancarias)
- 10.2 El paciente/garante estará obligado a proporcionar información suficiente para que LRH determine si es elegible o no para los beneficios disponibles del seguro, Medicare, Medicaid, Compensación de Trabajadores, responsabilidad de terceros y otros programas federales, estatales o locales. Use el Apéndice I.
- 10.3 En el evento de que LRH determine que un paciente no es elegible para Atención de Caridad o Atención de Caridad Parcial, el paciente puede apelar tal decisión por escrito al Jefe de Finanzas (CFO) o al designado dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de la factura por la cual se solicitó la asistencia financiera. El no apelar tendrá como resultado que la decisión sea definitiva. La determinación del Jefe de Finanzas o del designado no estará sujeta a apelaciones adicionales.
- 10.4 Deben reversarse todas las actividades de cobranza extraordinaria de los pacientes que entregan una solicitud completa y que califican para asistencia financiera de sus cuentas elegibles y recibirán el reembolso de cualquier cantidad que hayan pagado en exceso del nuevo cálculo de su saldo.
- 10.5 Los pacientes que entregan una solicitud incompleta tendrán 10 días hábiles para completar la solicitud y todas las actividades de cobranza extraordinarias serán suspendidas. También se debe enviar al paciente una carta indicando cuál es la

información necesaria para procesar su solicitud y la información de contacto que debe usar si tiene preguntas.

11.0 Procedimiento

11.1 El Defensor Financiero del Paciente identifica a los pacientes ambulatorios y hospitalizados con atención de urgencia que pagan con recursos propios usando los reportes de Meditech.

11.1.1 El Defensor Financiero del Paciente verifica el archivo central de solicitudes de Atención de Caridad para las solicitudes aprobadas, denegadas o pendientes para los pacientes que pagan con recursos propios.

11.2 El Defensor Financiero del Paciente reúne los papeles requeridos por el material de solicitud:

11.2.1 Papeles de la solicitud, Apéndice I

11.2.2 Sobre con dirección propia

11.2.3 Cuestionario de pre-evaluación de elegibilidad para Medicaid, estatal o del condado. También, Apéndices II, III, IV

11.2.4 Panfleto de asistencia financiera u otro material por escrito

11.2.5 Instrucciones por escrito que incluyen dónde entregar o enviar el paquete y un número de teléfono de contacto para asistencia. Las instrucciones no necesitan ser exhaustivas y pueden ser media hoja de papel con una fuente de letra grande:

Por favor, envíe el Paquete de Asistencia Financiera a:

Lakes Regional Healthcare

PO Box AB

Spirit Lake, IA 51360

Contacte al 712-336-1230 por asistencia.

Hospitalización

11.3 El Defensor Financiero del Paciente obtiene la aprobación de la enfermera del paciente para visitar al paciente cuando sea necesario.

11.4 El Defensor Financiero del Paciente visita al paciente en su habitación según sea apropiado por la condición del paciente, hace la introducción y presenta el programa de asistencia financiera:

11.4.1 Discute con el paciente (o el tutor/representante) su situación actual

11.4.2 Describe todos los programas de asistencia apropiados, los cuales pueden incluir:

11.4.2.1 Proporciona información sobre la Línea de Pobreza Federal (FPG, por sus siglas en inglés)

11.4.2.2 Proporciona la Política de Asistencia Financiera y las Prácticas de Facturación de LRH

- 11.4.2.3 Discute los documentos requeridos para validar la elegibilidad
- 11.4.2.4 Discute los lineamientos legales para hacer solicitudes a los programas
- 11.4.2.5 Proporciona información sobre el programa de asistencia financiera de LRH
- 11.5 El Defensor Financiero del Paciente completa el cuestionario de Medicaid, de pre-evaluación de elegibilidad estatal o del condado para determinar si el paciente es elegible para un programa de atención médica.
- 11.6 Si el paciente precalifica y solicita Medicaid y los programas estatales o del condado y el paciente es rechazado, el Defensor Financiero del Paciente refiere al paciente al programa de asistencia financiera de LRH.
- 11.7 El Defensor Financiero del Paciente completa la solicitud de Asistencia Financiera.
 - 11.7.1 Proporciona al paciente una lista de los documentos requeridos para completar el proceso
 - 11.7.2 Proporciona un sobre con la dirección propia para enviar los documentos por correo a LRH
 - 11.7.3 Proporciona los números importantes de contacto para que el paciente llame si tiene preguntas
 - 11.7.4 Informa al paciente que la solicitud, incluyendo todos los documentos requeridos, debe ser completada dentro de 14 días hábiles después del alta
- 11.8 El paciente puede completar la solicitud de Asistencia Financiera en casa y enviarla en el sobre con la dirección propia a LRH para su aprobación o puede obtener una copia en línea en www.lakeshealth.org.
- 11.9 El Defensor Financiero del Paciente obtiene las firmas requeridas del paciente o del cuidador.

Paciente Ambulatorio

- 11.10 Con base en los cargos incurridos, cuando son aprobados, el Defensor Financiero del Paciente contacta a los pacientes dados de alta ambulatorios o en sala de emergencia por teléfono y realiza todos los pasos antes indicados comenzando en 11.4.2.1. Los documentos son enviados por correo al paciente con la misma fecha límite de 10 días para completarla.
- 11.11 Si el paciente no es elegible, el Asesor de Asistencia Financiera envía una carta al paciente explicando la razón del rechazo, el proceso de apelación y la información de contacto.
- 11.12 El Asesor Financiero del Paciente o el líder senior firma la carta de aprobación de la solicitud. Ver Apéndice IV para la determinación de la asistencia financiera y los niveles de autoridad para aprobación.
- 11.13 El Asesor Financiero del Paciente publica el ajuste de asistencia financiera en Meditech.

Clínica (que no sean pacientes ambulatorios)

11.14 Por los servicios prestados en la instalación clínica:

11.14.1 Para los procedimientos estándar (Verificación del Ciclo de Ingresos u otros), se pedirá a todos los pacientes una evidencia de seguro en el momento de la admisión.

11.14.2 Si el paciente declara que no tiene seguro, la recepcionista/persona de admisión ofrecerá un paquete de información consistente con 11.2 arriba.

11.14.3 Si el paciente declara que anteriormente había completado una solicitud de asistencia financiera, la recepcionista/persona de admisión verificará en el archivo central.

Después de Recibir la Solicitud de Asistencia Financiera (Todos)

11.15 Las solicitudes completadas y los documentos adjuntos serán enviados al Asesor Financiero o al Auditor para su procesamiento y puntuación

11.16 Las solicitudes serán calificadas y las cartas de determinación serán enviadas a los pacientes o tutores dentro de las 3 semanas siguientes a la recepción.

11.17 La solicitud, los anexos y la carta de determinación será escaneada en el archivo central con una nota de expiración de 240 días desde la determinación.

12.0 Facturación y Cobranza (HR3590 (4)(A)(iv))

12.1 Al momento de la facturación, la organización proporcionará a todos los pacientes de PAGO CON RECURSOS PROPIOS, de bajos ingresos, sin seguro que califiquen para atención gratuita o con descuento de conformidad con esta política la misma información sobre los servicios y cargos que entrega a todos los otros pacientes que reciben atención. Los pacientes calificados recibirán un descuento por pago con recursos propios y cualquier descuento aplicable por Atención de Caridad. Por lo tanto, los cargos brutos, los descuentos aplicables y el saldo neto serán reflejados en la factura y los cargos netos serán responsabilidad del paciente quien debe pagarlos.

12.1.1 Si el paciente califica para un 100% de atención de caridad, no se enviarán facturas adicionales. En su lugar, se enviará una carta indicando que la factura del paciente ha sido exonerada por completo.

12.2 Cuando se envía una factura a cualquier paciente, la organización incluirá en la factura toda la siguiente información:

12.2.1 Una declaración que indique que si el paciente cumple con ciertos requerimientos de ingreso este puede ser elegible para programas patrocinados por el gobierno o para asistencia financiera de la organización para ayudarlo a pagar por los servicios que fueron brindados; y

12.2.2 Una declaración que indique al paciente el número de teléfono de la organización y la información de contacto del sitio web a través de los cuales el paciente puede obtener información sobre la política de asistencia financiera de

la organización para los pacientes de bajos ingresos sin seguro y cómo solicitar esa asistencia para el pago de los servicios que fueron brindados.

12.2.3 La notificación y la información de contacto debe estar impresa en la cara frontal de las facturas del paciente. La impresión en la factura no requiere ser exhaustiva y puede ser algo similar a “Lakes Regional Healthcare tiene una política de asistencia financiera. Si usted cumple con ciertos requerimientos y no puede pagar su factura puede calificar para un descuento. Esta política, junto con un resumen de la política y los materiales de la solicitud se encuentran en www.lakeshealth.org. Para obtener más información, contacte a la oficina comercial local”.

- 12.3** Si el paciente califica para la política de asistencia financiera de la organización para pacientes con bajos ingresos, sin seguro, y está cooperando con la organización en relación con los esfuerzos para pagar una factura pendiente de pago dentro de los lineamientos y límites de tiempo de la política actual de cobranza para pagos con recursos propios, la organización o sus agentes no enviarán ni amenazarán con enviar, la factura pendiente de pago a cualquier agencia de cobranza externa. En el momento en que la organización envíe la cuenta pendiente de pago a una agencia de cobranza externa, la cantidad enviada a la agencia reflejará el nivel de pago reducido para el cual el paciente era elegible de conformidad con la política de asistencia financiera de la organización para paciente de bajos ingresos, sin seguro. LRH no reporta ningún dato a una agencia de crédito, no obstante, las agencias de cobranza que LRH utiliza pueden hacer el reporte a las agencias de crédito.
- 12.4** Las organizaciones de LRH permitirán 240 días desde el primer estado de cuenta de facturación después del alta para que los pacientes soliciten la asistencia financiera.
- 12.5** Las organizaciones de LRH darán a todos los pacientes 120 días desde el primer estado de cuenta después del alta para que soliciten la asistencia financiera antes de iniciar cualquier actividad de cobranza extraordinaria (ECA, por sus siglas en inglés). LRH considera la colocación con una agencia de cobranza para ECA.
- 12.6** Antes de hacer el envío a una agencia de cobranza, LRH entregará al paciente un estado de cuenta o notificación final que contenga la lista de las acciones de cobranza específicas que se pretende iniciar y la fecha límite después de la cual se pueden iniciar (que no será antes de 30 días desde la fecha en que se entrega la notificación); y un resumen de la FAP también se incluirá con la notificación. El texto que se usará en los estados de cuenta o notificaciones de facturación es: “Se pueden iniciar las actividades de cobranza extraordinaria por la falta de pago en su cuenta dentro de los 30 días desde la fecha de esta notificación. Esta actividad puede incluir la colocación de su cuenta con una agencia de cobranza de deudas. Después de la sentencia, la agencia de cobranza puede decidir proceder con un embargo de sueldo”.
- 12.7** Cualquier plan de pago extendido ofrecido por un hospital o por los representantes del hospital, para transar las facturas pendientes de pago de los pacientes que califican para asistencia financiera serán sin intereses siempre y cuando el cronograma de repago se respete.

13.0 Notificación Pública, Publicaciones y Comunicaciones con los Pacientes. (HR3590 (4)(A)(v))

- 13.1** LRH publicará una notificación, de conformidad con la Disposición de Seguridad Comunitaria de la Ley Hill-Burton y con otros varios requerimientos Estatales, Federales y de la JCAHO [Comisión Conjunta de Acreditación, Atención Médica y Certificación], en relación con la disponibilidad de asistencia financiera para el pago de los servicios brindados para los pacientes de bajos ingresos sin seguro.
- 13.2** La Disposición de Seguridad Comunitaria de la Ley Hill-Burton bajo el Título VI de la Ley de Servicios Públicos de Salud requiere que los receptores de los Fondos Hill-Burton pongan los servicios brindados por la institución a la disposición de las personas que residen en el área de servicio de la institución sin discriminación con base en la raza, color, nacionalidad de origen, credo, o cualquier otra razón que no sea la necesidad de la persona de recibir el servicio o la disponibilidad del servicio necesitado en la institución. La obligación de servicio comunitario no requiere que la institución preste servicios que no son de emergencia a las personas que no pueden pagar por ellos. No obstante, si requiere que la institución ponga a disposición los servicios de emergencia sin importar la capacidad de pago de la persona. Esta garantía está vigente por la vida de la institución solamente si la institución es operada por una entidad pública o sin fines de lucro. Para referencias, por favor visite <http://www.hhs.gov/ocr/hburton.html> y <http://www.hrsa.gov/osp/dfer/obtain/CONSFAQ.HTM>.
- 13.3** Las notificaciones serán publicadas en los lenguajes dominantes en la comunidad de manera visible en los lugares donde hay un alto volumen de admisión/registro de hospitalización o de pacientes ambulatorios, tales como departamentos de emergencia, oficinas de facturación, oficinas de admisión y servicios ambulatorios, así como también, en el sitio web de la organización.
- 13.3.1** Las notificaciones publicadas contendrán la siguiente información:
- 13.3.1.1** Una declaración indicando que la organización tiene una política de asistencia financiera para pacientes con bajos ingresos y/o sin seguro que no pueden pagar sus facturas y que esta política proporciona atención de caridad y pagos reducidos para servicios de atención médica; e
- 13.3.1.2** Identificación de un número de teléfono de contacto al que el paciente pueda llamar para obtener más información sobre la política de asistencia financiera y sobre cómo solicitar esa asistencia.
- 13.4** Adicionalmente, LRH hará que la política de asistencia financiera sea difundida ampliamente dentro de las comunidades que atiende. La publicación puede incluir sin limitación alguna, avisos en periódicos, radio o televisión, sitio web, correo, folletos o distribución en centros o lugares frecuentados por poblaciones indigentes, tales como comedores o albergues.
- 13.5** Tener razonablemente disponible y/o a solicitud, el folleto “Una guía para su factura del hospital y el seguro” tanto de forma impresa como en el sitio web de cada hospital.

- 13.6 LRH publicará en su sitio web o de otra forma pondrá a disposición para el público, de manera razonable, la notificación de que cuenta con un programa de asistencia financiera para pacientes de bajos recursos, sin seguro, y la persona contacto de la organización o el departamento para solicitar la asistencia financiera.
- 13.6 LRH publicará en su sitio web y tendrá disponible para el público esta política o cualquier variación local de esta política.
- 13.7 LRH tendrá disponible un resumen de asistencia financiera por medio de www.lakeshealth.org. Este resumen también será ofrecido antes del alta y con el estado de cuenta de facturación final antes de cualquier actividad de cobranza extraordinaria.
- 13.8 LRH tendrá disponible la traducción de la política de asistencia financiera, el formulario de solicitud y el resumen de la política en el lenguaje hablado por cada grupo de lenguaje LEP [limitado en el idioma inglés] que constituya menos de 1,000 personas o el 5 por ciento de la comunidad atendida por la institución hospitalaria o la población que probablemente sea afectada o que acuda a la institución hospitalaria.
- 14.0 Limitación en Cargos (HR3590 (5)(A) & (B))
- 14.1 LRH reconoce que las regulaciones de Medicare requieren “cargos” uniformes del Hospital a los fines del reporte de costos. En consecuencia, todos los pacientes deben recibir los mismos “cargos” por los mismos servicios.
- 14.2 LRH también reconoce que la Sección 501(r)(5) limita las cantidades de los “cargos” a los pacientes por emergencias u otras atenciones médicamente necesarias a cantidades que no sean superiores a las generalmente facturadas a las personas que tienen cobertura de seguro para esa atención.
- 14.2.1 Esta disposición aplica a los cargos del Hospital. Las Clínicas NO están sujetas a la Sección 501(r)(5).
- 14.2.2 Pensamos que la intención del Congreso es que los pacientes que califican que pagan con recursos propios no reciban facturas por los cargos brutos, sino por los cargos brutos, menos el descuento otorgado, y reciban la factura por la cantidad neta. Consideramos que el Congreso utilizó la palabra “cargo” de forma intercambiable con “factura” lo cual no es correcto en esta instancia.
- 14.2.3 Por lo tanto, LRH FACTURARÁ al 100% de los pacientes que pagan con recursos propios que califican para atención de caridad o asistencia financiera de conformidad con esta política (ingresos hasta o por debajo del 400% de la Línea de Pobreza Federal) no más que el IP & OP combinado de Medicare & Seguro Comercial al promedio de la tarifa de ajuste. Esta tarifa será revisada anualmente.

14.2.4 En los casos donde la regulación o el acuerdo Estatal o Federal o de otra instancia es más estricto que la Sección 501(r)(5), el método prescrito en esa regulación o acuerdo será aplicado.

14.3 El estado de cuenta enviado al paciente mostrará los cargos brutos, los descuentos por pago con recursos propios, cualquier descuento por atención de caridad o de asistencia financiera y el monto neto que el paciente tiene que pagar.

14.4 Las clínicas facturan la mejor tarifa por los cargos para los pagos con recursos propios y la factura no necesariamente muestra los cargos brutos y el descuento por pago con recursos propios, sino solamente el mejor cargo neto.

15.0 Requerimientos de Compilación de Datos y Reporte

15.1 La Asociación de Hospitales de Iowa y Lakes Regional Healthcare anualmente compilarán y publicarán en su sitio web o de otra forma pondrán a disposición del público de manera razonable los siguientes datos de conformidad con los lineamientos del Servicio de Rentas Internas (IRS):

15.1.1 La cantidad de atención de caridad brindada con base en el costo.

15.1.2 Los costos no reembolsados de atención brindada a los beneficiarios de programas del gobierno, incluyendo sin limitación alguna, Medicaid y programas de indigencia del condado, y estos rubros serán definidos como déficits entre los costos y las liquidaciones de reembolso/ingresos que el hospital experimenta al brindar atención.

15.1.3 Los costos no reembolsados de atención brindada a los beneficiarios de Medicare, y este rubro será definido como déficit entre los costos y las liquidaciones de reembolso/ingresos que el hospital experimenta al brindar atención. Este rubro no será incluido como Beneficios a la Comunidad salvo en una nota separada.

15.1.4 La cantidad de Deuda Mala incurrida con base en el costo. Este rubro no será incluido como Beneficios a la Comunidad salvo en una nota separada.

Lakes Regional Healthcare
 Solicitud de Asistencia Financiera e
 Información Financiera del Paciente

Este formulario es para proporcionar información para ayudarlo a cumplir con su obligación financiera con Lakes Regional Healthcare.

Nombre del Solicitante _____

Nombre del Cónyuge u otra Persona Significativa _____

Dirección Actual _____ Alquilada _____ Comprada _____ Años que ha vivido en _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono de la Casa _____

Estatus Conyugal: Soltero Casado Viudo Divorciado Separado Otro

Seguro Social del Solicitante # _____ Seguro Social del Cónyuge # _____

Fecha de Nacimiento del Solicitante _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge _____

Por favor, indique los dependientes: (adjunte hojas separadas si es necesario)

Nombre	Edad	Relación	Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Empleador del Solicitante _____

Empleador del Cónyuge u otra Persona Significativa _____

Cargo _____ Años Empleado _____ Cargo _____ Años Empleado _____

¿Ha solicitado o tiene cobertura de Medicaid? Sí _____ No _____ Si es no, ¿por qué? _____

¿Actualmente es un estudiante? Sí _____ No _____

Si tiene menos de 26 años de edad, ¿el empleador de su padre ofrece cobertura de atención médica para usted?
 Sí _____ No _____

Los solicitantes deben solicitar Medicaid y cualquier otro programa de asistencia financiera potencial antes de completar esta solicitud de Asistencia Financiera. Si usted es residente del Condado Dickinson, también debe solicitar la Exoneración de Pobreza del Condado antes de solicitar la Asistencia Financiera. Si usted tiene preguntas en relación con la asistencia financiera o la información requerida en esta solicitud, por favor, contacte al Defensor Financiero del Paciente en Lakes Regional Healthcare al 712-336-1230.

Al presentar esta solicitud de asistencia, entiendo que la organización Avera puede recibir y compartir esta solicitud y la documentación relacionada con otras organizaciones Avera que están involucradas con mi tratamiento o pueden haber brindado tratamiento por separado.

Ingresos Mensuales del Grupo Familiar	Solicitante	Cónyuge/Otros Miembros del Grupo Familiar	Gastos Mensuales del Grupo Familiar	Solicitante/Cónyuge/Otros Miembros del Grupo Familiar
Empleo (Bruto/Pago Neto)	\$ _____	\$ _____	Renta/Hipoteca	\$ _____
Seguro Social/Discapacidad	\$ _____	\$ _____	Alimentos	\$ _____
Pensión de Jubilación/Veterano (todas las fuentes)	\$ _____	\$ _____	Pagos de Automóvil	\$ _____
Compensación de Desempleo	\$ _____	\$ _____	Cuidado Infantil	\$ _____
ADC/WIC/Cupones de Alimentos	\$ _____	\$ _____	Gastos de transporte/automóvil	\$ _____
Pensión de Alimentos/Pensión de Menor	\$ _____	\$ _____	Médico/Dental*	\$ _____
Inversiones/Ingreso por Intereses	\$ _____	\$ _____	Seguro (automóvil, médico, etc.)	\$ _____
Otro (Indique _____)	\$ _____	\$ _____	Tarjeta de Crédito (_____)	\$ _____
Ingreso Mensual Total	\$ _____	\$ _____	Agencias de Cobranza	\$ _____
Ingreso Mensual Neto	\$ _____	\$ _____	Ropa	\$ _____
Ingreso Total últimos 12 meses	\$ _____	\$ _____	Otro (Indique _____)	\$ _____
Se requiere copia de la Declaración de Impuesto y de los 2 últimos talones de pago.			Total de Gastos Mensuales	\$ _____

ACTIVOS (valor actual de mercado)

Efectivo en mano/Banco/Ahorros	\$ _____
Inversiones/Certificados de Depósito (Valor de Mercado)	\$ _____
Préstamo/Valor en Efectivo del Seguro de Vida	\$ _____
Residencia: total de sq ft _____	\$ _____
Precio de Compra	\$ _____
Valor Estimado Actual	\$ _____
Vehículo Principal: Año/Modelo _____	\$ _____
Vehículo: Año/Modelo _____	\$ _____
Bienes Raíces Granja: # de acres _____	\$ _____
Equipos para la Granja	\$ _____
Ganado	\$ _____
Bienes Alquilados	\$ _____
Negocio	\$ _____
Otros _____	\$ _____
Total Activos	\$ _____

OBLIGACIONES

Factura Médica* _____	\$ _____
Factura Médica* _____	\$ _____
Factura Médica* _____	\$ _____
Tarjeta(s) de Crédito	\$ _____
Préstamo por muebles y electrodomésticos	\$ _____
Préstamo del Hogar (saldo actual)	\$ _____
Préstamo de Vehículo (saldo actual)	\$ _____
Préstamo de Bienes Raíces (saldo actual)	\$ _____
Cantidad debida por equipos para la granja	\$ _____
Cantidad debida por ganado	\$ _____
Préstamo sobre Bienes Alquilados	\$ _____
Préstamo Comercial	\$ _____
Cantidad debida por otros	\$ _____
Cantidad debida a Agencias de Cobranza	\$ _____
Total Pasivos	\$ _____

* Gastos u Obligaciones en efectivo solamente (neto de cualquier seguro, descuento, responsabilidad de terceros o cualquier otro reclamo potencial)

¿Su empleador le ofreció un seguro de salud? Sí No

¿Su empleador le negó un seguro de salud? Sí No

¿Es elegible para los beneficios de COBRA? Sí No

Por medio de este documento reconozco que la información proporcionada a LRH es cierta y correcta. Autorizo a LRH para que verifique la información aportada por mí. Proporcionaré documentación sobre esta información cuando lo soliciten.

Firma _____ Fecha _____

Firma _____ Fecha _____

SOLAMENTE PARA USO INTERNO

Puntos _____ Completo _____ Parcial _____

Aprobado _____ Fecha _____ Negado _____ Fecha _____

APÉNDICE II

Lakes Regional Healthcare

CONSENTIMIENTO PARA ENTREGAR INFORMACIÓN AL CONDADO DE RESIDENCIA

Yo, quien suscribe, entiendo que voy a recibir o que he recibido servicios en la institución de atención médica antes mencionada y que, al momento del tratamiento, yo no tenía cobertura de seguro, y/o no tenía conocimiento de cualquier cobertura de seguro, comercial o de otra naturaleza, ante el cual la organización de atención médica pudiera presentar los reclamos en mi representación con el propósito de obtener el pago y/o los beneficios relacionados por mi tratamiento médico. También afirmo que no soy elegible para los beneficios de Servicios de Salud Indios y que tampoco soy miembro de una tribu Nativa Americana y que por lo tanto los Servicios de Salud Indios y/o el Departamento de Asuntos Indios no tienen los recursos potenciales para que el hospital presente reclamos para mi tratamiento médico en mi representación. También afirmo que no he prestado servicio en ninguna de las ramas de la milicia por ningún periodo, o que, en caso de haber prestado servicios en una rama de la milicia, la atención médica que estoy recibiendo no es elegible o no está cubierta por la Administración de Veteranos.

Entiendo que puedo o no tener los recursos financieros personales para pagar los costos del tratamiento de atención médica y los cuidados recomendados por mi médico asistente/tratante y que, por lo tanto, firmo este formulario para autorizar a todas las personas, agencias o instituciones (incluyendo esta organización de atención médica y a mis médicos) para entregar al director de bienestar, al auditor, a los abogados estatales y/o a los comisionados del condado de mi condado de residencia, la información relativa a mi número de seguro social, la información médica relacionada con mi tratamiento de atención médica, y la información financiera relativa a los miembros de mi grupo familiar o a mí. Esta información será requerida por mi condado de residencia para procesar los beneficios en mi representación para los cuales pueda ser elegible.

Al firmar, indico que entiendo por completo este Consentimiento de Entrega de Información y que lo firmo voluntariamente más abajo.

Fechado el día _____ de _____ del año _____.

*Número de Seguro Social del Paciente

*Condado de Residencia

*Paciente

Representante del Paciente

*Testigo

Testigo

*Cuenta #
*Obligatorio

APÉNDICE III

Lakes Regional Healthcare
Solicitud de Asistencia Financiera
Elegibilidad Presunta

Nombre del Paciente: _____ NSS del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ Número de Cuenta del Paciente: _____

Criterios de elegibilidad que pueden ser considerados:

Coloque sus iniciales en caso afirmativo	Razón para la Elegibilidad
	Sin vivienda o recibió atención en una clínica para indigentes
	Sin ingresos
	Participa en los Programas Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
	Elegibilidad para cupones de alimentos
	Elegibilidad para el programa de subsidio del almuerzo escolar
	Elegibilidad para otros programas de asistencia estatal o local que no tienen fondos (por ejemplo, Medicaid pago con descuento)
	Los familiares o amigos del paciente proporcionaron información para establecer la incapacidad del grupo familiar para pagar
	Una vivienda de bajos ingresos/subsidiada es declarada como dirección válida
	El paciente falleció sin patrimonio hereditario conocido
	El paciente/garante está en prisión, no tiene activos y no es elegible para libertad condicional dentro de los próximos 18 meses.
	Otros (describa):

Verificación

Documentación adjunta o declaraciones por escrito que demuestran elegibilidad

Firma del presentante: _____ Fecha: _____

Nombre en letra imprenta del presentante: _____ Cargo: _____

APÉNDICE IV

Tabla de Descuento

Total, debido al hospital	\$ _____
Total, debido a la clínica	\$ _____
Gran total	\$ _____

Porcentaje de descuento para cargos del hospital y clínica*

Una puntuación de 0 califica para 100% de descuento.

	Total de Puntos (ver página 2)						
	1-2	3-5	6-8	9-11	12-14	15-17	18-20
Menos de \$500	25%	25%	25%	20%	10%	DNQ*	DNQ
\$500 a \$1,000	50%	40%	30%	20%	10%	DNQ	DNQ
Gran Total \$1,000 a \$1,999	60	50	40	30	20	10	0
\$2,000 a \$2,999	70	60	50	40	30	20	10
\$3,000 a \$3,999	80	70	60	50	40	30	20
\$4,000 a \$4,999	90	80	70	60	50	40	30
Más de 5,000	90	90	80	70	60	50	40

Pacientes con 21+ puntos no califican para ningún descuento.

Límites Aprobados

< \$5,000	Auditor
\$5,001 a \$10,000	Auditor y Jefe de Finanzas
>\$10,000	Auditor, Jefe de Finanzas, Jefe Ejecutivo

*DNQ (No Califica para Descuento, por sus siglas en inglés)

Asignación de Puntos:

Ingreso Bruto en exceso de 150% del nivel de pobreza*		Solamente Activos Neto del Hogar	Activos Netos Excluyendo la Casa:		
Ingreso	Puntos	Cantidad	Puntos	Cantidad	Puntos
0 a 1,999	0	0 a 60,000	0	0 a 2,499	0
2,000 a 3,999	1	60,000 a 69,999	1	2,500 a 4,999	1
4,000 a 5,999	2	70,000 a 79,999	2	5,000 a 7,499	2
6,000 a 7,999	3	80,000 a 89,999	3	7,500 a 9,999	3
8,000 a 9,999	4	90,000 a 99,999	4	10,000 a 12,499	4
10,000 a 11,999	5	100,000+	5	12,500 a 14,999	5
12,000 a 13,999	6			15,000 a 17,499	6
14,000 a 15,999	7			17,500 a 19,999	7
16,000 a 17,999	8			20,000 a 22,499	8
18,000 a 19,999	9			22,500 a 24,999	9
20,000 a 21,999	10			25,000 a 27,499	10
22,000 a 23,999	11			27,500 a 29,999	11
24,000 a 25,999	12			30,000 a 32,499	12
26,000 a 27,999	13			32,500 a 34,999	13
28,000 a 29,999	14			35,000 a 37,499	14
30,000 a 31,999	15			37,500 a 39,999	15
32,000 a 33,999	16			40,000 a 42,499	16
34,000 a 35,999	17			42,500 a 44,999	17
36,000 a 37,999	18			45,000 a 47,499	18
38,000 a 39,999	19			47,500 a 49,999	19
40,000 a 41,999	20			50,000 a 52,499	20
42,000 y más	21			52,500 y más	21

2015 Lineamientos de Pobreza HHS**

Tamaño de la Familia	48 Estados & DC		
	100%	150%	400%
1	\$11,770	\$17,655	\$47,080
2	15,930	23,895	63,720
3	20,090	30,135	80,360
4	24,250	36,375	97,000
5	28,410	42,615	113,640
6	32,570	48,855	130,280
7	36,730	55,095	146,920
8	40,890	61,335	163,560
Por cada persona adicional añadir	4,160	6,240	16,640

*Use los lineamientos de pobreza al año actual

** Fuente: <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.shtml#latest> acceso del 28 de mayo de 2014
Página 2 de 2

APÉNDICE V

Provedores No LRH

- Physician Labs
- Northwest Iowa Surgeons Group
- Northwest Iowa Bone, Joint, and Sports Surgeons Group
- Dickinson County Anesthesia Services, PC
- Midwest Iowa Radiology
- Northwest Iowa Ear, Nose and Throat
- Avera Medical Group Allergy and Asthma
- Avera Medical Group Dermatology
- Avera Medical Group Neurosurgery
- Avera Medical Group Obstetrics and Gynecology
- Avera Medical Group Oncology and Hematology
- Avera Medical Group Pediatric Specialists
- Avera Medical Group Pulmonary and Sleep Medicine
- Avera Medical Group Rheumatology
- Hangar Orthopedics and Prosthetics
- Dr. Jean Paul Haulard, DPM
- Neurology Associates
- North Central Heart
- Northwest Iowa Urologists, PC
- Siouxland Hematology and Oncology Associates

