Hospital Comunitario de Ozark

Política y procedimiento de financiamiento del paciente

Revisado: 9/11, 8/12, 8/13, 8/14, 6/15, 8/16, 10/17, 2/18, 3/19 **Política: 250.100.002**

Revisado: 15/11, 16/01, 16/10, 17/2, 17/5, 17/10, 18/01, 1/19, 9/19, 6/20, 1/21, 9/21, 1/22. 4/23, 2/24, 10/24, 1/25, 1/26 **Implementación: 2010**

Asunto: Escala móvil de tasas

Es política del Hospital Comunitario de Ozarks, en todas sus instalaciones y clínicas, descontar los cargos usuales y habituales por los servicios prestados a aquellos que no tienen medios, o tienen medios limitados, para pagar sus servicios médicos. Además, los pacientes tienen derecho a recibir asesoramiento financiero por parte de alguien que pueda entender y ofrecer posibles soluciones para aquellos que no pueden pagar en su totalidad. A los pacientes de OCH no se les negarán los servicios debido a la incapacidad de pago.

OCH se adherirá a las pautas del NHSC en todas sus clínicas y notificará a los pacientes sobre el programa de descuento de tarifa variable de OCH a través del sitio web de la organización, así como también publicará avisos en todas las áreas de espera de las clínicas. El descuento de tarifa variable se ofrece a todos los que no pueden pagar sus servicios médicos y no discriminará por edad, género, raza, orientación sexual, credo, religión, discapacidad u origen nacional. La elegibilidad para el descuento se determina en función del tamaño del hogar (aquellos que viven bajo el mismo techo y componen una familia) y los ingresos (el monto de dicha ganancia recibida en un período de tiempo).

Ozarks Community Hospital también aceptará miembros del hogar no emparentados al calcular el tamaño de la familia.

un. La familia se define como: un grupo de dos personas o más (una de las cuales es el cabeza de familia) relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que viven juntas; Todas estas personas (incluidos los miembros de la subfamilia relacionada) se consideran miembros de una familia. Ozarks Community Hospital también aceptará miembros del hogar no emparentados al calcular el tamaño de la familia.

b. Los ingresos incluyen: salarios brutos; Salarios; Consejos; ingresos de negocios y trabajo por cuenta propia; compensación por desempleo; compensación de trabajadores; Seguridad social; Seguridad de Ingreso Suplementario; pagos a veteranos; prestaciones de supervivencia; ingresos de pensión o jubilación; interés; Dividendos; derechos de autor; ingresos de propiedades de alquiler, fincas y fideicomisos; pensión alimenticia; manutención de los hijos; asistencia desde fuera del hogar; y otras fuentes misceláneas. Es posible que se requieran copias de declaraciones de impuestos, talones de pago u otra información que verifique los ingresos antes de que se apruebe un descuento. La hoja de trabajo de elegibilidad debe completarse cada seis meses o si la situación financiera del paciente cambia.

Elegibilidad: Los descuentos se basarán únicamente en los ingresos y el tamaño de la familia. No requerimos que los pacientes soliciten Medicaid/seguro de salud o que hagan pruebas de activos para calificar para el programa de descuento de tarifa variable. La familia se define como: un grupo de dos personas o más (una de las cuales es el cabeza de familia) relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que viven juntas; todas esas personas (incluidos los miembros de la subfamilia relacionada) se consideran miembros de una familia.

La solicitud de servicios con descuento puede ser hecha por pacientes, familiares, personal de servicios sociales u otras personas conscientes de las dificultades financieras existentes.

El paciente/parte responsable debe completar la solicitud del Programa de Descuento de Tarifa Variable. El personal de OCH estará disponible, según sea necesario, para ayudar al paciente/parte responsable con la solicitud. Al firmar la solicitud del Programa de Descuento de Tarifa Variable, las personas confirman sus ingresos a OCH como se indica en el formulario de solicitud.

En ciertas situaciones, si los pacientes no pueden pagar la tarifa con descuento. La renuncia a los cargos debe ser aprobada por el Director del ciclo de ingresos de OCH y la explicación de la razón debe anotarse en la cuenta del paciente.

Los solicitantes que hayan sido aprobados para el Programa de Descuento de Tarifa Variable se registrarán en el sistema de gestión de prácticas de OCH, anotando los nombres de los solicitantes, las fechas de cobertura y el porcentaje de cobertura.

OCH mantendrá un registro de todos los pacientes del Programa de Descuento de Tarifa Variable con descuentos porcentuales y fechas en el programa de Descuento de Tarifa Variable.

El Director del Ciclo de Ingresos mantendrá un registro mensual adicional en el que se identificarán los beneficiarios del Programa de Descuento de Tarifa Variable y los montos en dólares.

También se registrarán las denegaciones y las solicitudes no devueltas.

Hospital Comunitario de O zarks
Escala de tarifas móvil

Se requerirá que el paciente proporcione documentación al personal para su verificación de acuerdo con la Hoja de Trabajo de Elegibilidad. El descuento se aplicará de la siguiente manera:

Descuento sobre el precio de autopago:

- En o por debajo del nivel de pobreza del 100%
  - Descuento máximo sobre el precio de autopago (100% de descuento)
- Nivel de pobreza igual o inferior al 200%
  - 75% de descuento sobre el precio de autopago
- Nivel de pobreza igual o inferior al 300%
  - 50% de descuento sobre el precio de autopago
- Nivel de pobreza igual o inferior al 400%
  - 25% de descuento sobre el precio de autopago

PAUTAS DE POBREZA 2026 PARA LOS 48 ESTADOS CONTIGUOS Y EL DISTRITO DE COLUMBIA	
Personas en la familia/hogar	**Directriz sobre la pobreza**
Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue $5,680 por cada persona adicional.	
1	**$15,960**
2	**$21,640**
3	**$27,320**
4	**$33,000**
5	**$38,680**
6	**$44,360**
7	**$50,040**
8	**$55,720**

Pautas de pobreza, todos los estados (excepto Alaska y Hawái)

2026 Anual

Hogar/Tamaño de la familia	100%	200%	300%	400%
1	$15,960.00	$31,920.00	$47,880.00	$63,840.00
2	$21,640.00	$43,280.00	$64,920.00	$86,560.00
3	$27,320.00	$54,640.00	$81,960.00	$109,280.00
4	$33,000.00	$66,000.00	$99,000.00	$132,000.00
5	$38,680.00	$77,360.00	$116,040.00	$154,720.00
6	$44,360.00	$88,720.00	$133,080.00	$177,440.00
7	$50,040.00	$100,080.00	$150,120.00	$200,160.00
8	$55,720.00	$111,440.00	$167,160.00	$222,880.00
9	$61,400.00	$122,800.00	$184,200.00	$245,600.00
10	$67,080.00	$134,160.00	$201,240.00	$268,320.00

2026 Mensual

Hogar/Tamaño de la familia	100%	200%	300%	400%
1	$1,330.00	$2,660.00	$3,990.00	$5,320.00
2	$1,803.33	$3,606.67	$5,410.00	$7,213.33
3	$2,276.67	$4,553.33	$6,830.00	$9,106.67
4	$2,750.00	$5,500.00	$8,250.00	$11,000.00
5	$3,223.33	$6,446.67	$9,670.00	$12,893.33
6	$3,696.67	$7,393.33	$11,090.00	$14,786.67
7	$4,170.00	$8,340.00	$12,510.00	$16,680.00
8	$4,643.33	$9,286.67	$13,930.00	$18,573.33
9	$5,116.67	$10,233.33	$15,350.00	$20,466.67
10	$5,590.00	$11,180.00	$16,770.00	$22,360.00

HOJA DE TRABAJO DE ELEGIBILIDAD

Es la política de Ozarks Community Hospital proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos en función del tamaño de la familia y los ingresos anuales. Complete la siguiente información y regrese a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento. El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica, pero no a aquellos servicios o equipos que se compren desde el exterior, incluidas las pruebas de laboratorio de referencia , los medicamentos recetados y la interpretación de rayos X por parte de un radiólogo consultor y otros servicios similares. El pago de cualquier cantidad descontada facturada al paciente después del servicio, se espera treinta (30) días después de la fecha de la factura. Este formulario debe completarse cada seis meses o si su situación financiera cambia.

Nombre del solicitante (nombre y apellido)		**Fecha de Nacimiento**	**¿Estás empleado actualmente?**
1			☐ **Yes** ☐ **No**
2			☐ **Yes** ☐ **No**
3			☐ **Yes** ☐ **No**
4			☐ **Yes** ☐ **No**

Calle	**Ciudad**	**Estado**	**Código postal**	**Número de teléfono**

Si no, ¿cómo te estás manteniendo a ti mismo / hogar en este momento?	
Número total de individuos en el hogar:	

Fuente	**Solicitantes**				**Total**
	1	**2**	**3**	**4**	
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.					
Ingresos de negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes					
Compensación por desempleo, compensación de trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobrevivientes, pensión o jubilación					
Intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de sucesiones, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia de fuera del hogar u otras fuentes diversas					
Ingresos totales del hogar					

**** Todas y cada una de las formas de verificación de ingresos deben proporcionarse en cantidades mensuales o anuales. ****

Certifico que tengo medios limitados para pagar por los servicios médicos y que la información proporcionada anteriormente es correcta y fiel a mi leal saber y entender. Acepto proporcionar documentación aceptable como prueba de los ingresos de mi hogar. También autorizo a la clínica a divulgar esta información a otros proveedores de atención médica según sea necesario para calificarme para tarifas reducidas por servicios externos (laboratorios, etc.).

_____ _____

Solicitante #1/Firma de la parte responsable Fecha

_____ _____

Solicitante #2/Firma de la parte responsable Fecha

_____ _____

Solicitante #3/Firma de la parte responsable Fecha

_____ _____

Solicitante #4/Firma de la parte responsable Fecha

HOJA DE TRABAJO DE ELEGIBILIDAD

MIEMBROS ADICIONALES DEL HOGAR — NO SOLICITAR UNA ESCALA DE TARIFAS AJUSTABLE

Utilice esta sección para listar a los miembros del hogar que no solicitan la tarifa ajustable. Cualquier persona que solicite debe figurar en la sección de solicitantes en la página 1. Si no hay suficiente espacio, complete una solicitud adicional.

Nombres de TODOS en el hogar (nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante

SOLO PARA USO EN LA OFICINA (OFFICE USE ONLY):

☐ **New Applicant** ☐ **Recertification**

Approved by: _____ Clinic & Provider: _____ Date: _____

Approved Discount Amount: _____ If recertifying, did the discount rate change? ☐ Yes ☐ No