

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

Implementación: 2010

Asunto: Escala móvil de tasas

Es política del Hospital Comunitario de Ozarks, en todas sus instalaciones y clínicas, descontar los cargos habituales y habituales por los servicios prestados a aquellos que no tienen medios, o medios limitados, para pagar sus servicios médicos. Además, los pacientes tienen derecho a asesoramiento financiero por parte de alguien que pueda entender y ofrecer posibles soluciones para aquellos que no pueden pagar en su totalidad. OCH se adherirá a las pautas de NHSC en todas sus clínicas y notificará a los pacientes del programa OCH Sliding Fee Discount a través del sitio web de la organización, así como también publicará avisos en todas las áreas de espera de la clínica. El descuento de tarifa móvil se ofrece a todos los que no pueden pagar por sus servicios médicos y no discriminarán por motivos de 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 (la cantidad de dicha ganancia recibida en un período de tiempo). 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.

**Hospital Comunitario de Ozarks
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 2024 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 \$5,380 por cada persona adicional.	
1	US \$15,060
2	US \$20,440
3	US \$25,820
4	US \$31,200
5	US \$36,580
6	US \$41,960
7	US \$47,340
8	US \$52,720

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

2024 Anual

Hogar/Tamaño de la familia	100%	200%	300%	400%
1	\$15,060.00	\$30,120.00	\$45,180.00	\$60,240.00
2	\$20,440.00	\$40,880.00	\$61,320.00	\$81,760.00
3	\$25,820.00	\$51,640.00	\$77,460.00	\$103,280.00
4	\$31,200.00	\$62,400.00	\$93,600.00	\$124,800.00
5	\$36,580.00	\$73,160.00	\$109,740.00	\$146,320.00
6	\$41,960.00	\$83,920.00	\$125,880.00	\$167,840.00
7	\$47,340.00	\$94,680.00	\$142,020.00	\$189,360.00
8	\$52,720.00	\$105,440.00	\$158,160.00	\$210,880.00
9	\$58,100.00	\$116,200.00	\$174,300.00	\$232,400.00
10	\$63,480.00	\$126,960.00	\$190,440.00	\$253,920.00

2024 Mensual

Hogar/Tamaño de la familia	100%	200%	300%	400%
1	\$1,255.00	\$2,510.00	\$3,765.00	\$5,020.00
2	\$1,703.33	\$3,406.67	\$5,110.00	\$6,813.33
3	\$2,151.67	\$4,303.33	\$6,455.00	\$8,606.67
4	\$2,600.00	\$5,200.00	\$7,800.00	\$10,400.00
5	\$3,048.33	\$6,096.67	\$9,145.00	\$12,193.33
6	\$3,496.67	\$6,993.33	\$10,490.00	\$13,986.67
7	\$3,945.00	\$7,890.00	\$11,835.00	\$15,780.00
8	\$4,393.33	\$8,786.67	\$13,180.00	\$17,573.33
9	\$4,841.67	\$9,683.33	\$14,525.00	\$19,366.67
10	\$5,290.00	\$10,580.00	\$15,870.00	\$21,160.00

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	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono
¿Estás empleado actualmente?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si no, ¿cómo te estás manteniendo a ti mismo / hogar en este momento?				
Número total de individuos en el hogar:				

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

*Si se necesitan lugares adicionales, por favor indíquelos en la siguiente página.

Fuente	Propio	Esposo	Otro	Total
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.).

Fecha de firma del paciente/parte responsable

SOLO PARA USO EN LA OFICINA:

Nuevo solicitante **Recertificación**

Aprobado por: Clínica y Proveedor: Fecha: _____

Monto de descuento aprobado: Si se vuelve a certificar, ¿cambió la tasa de descuento? _____ Sí No

