

Asistencia financiera y otros descuentos de cuenta del paciente	Política # 2-22
Desarrollado por: Organización Unificada de Impuestos	Fecha: 1 de julio 2014
 Aprobado por _____ James G. Fitzpatrick President and Chief Executive Officer	Fecha 5/2016
Scope: Housewide	
Fecha / Revisiones: 9/21/15, 11 de mayo de 2016 Reemplaza a: Políticas Administrativas: 2-11	 A member of Mercy Health Network

Asistencia financiera y otros descuentos de cuenta del paciente

I. OBJETIVO:

Trinity Health es una comunidad de personas que cumplen juntos en el espíritu del Evangelio como una presencia curativa, compasiva y transformadora dentro de nuestras comunidades. Alineados con nuestros valores fundamentales, en particular el de "compromiso con aquellos que son pobres", proporcionamos atención a las personas que están en necesidad y prestar especial atención a aquellos que son más vulnerables, incluyendo aquellos que no pueden pagar y aquellos cuyos recursos limitados hacen que sea extremadamente difícil cumplir con los gastos médicos realizados. Trinity Health se compromete a:

- Proporcionar acceso a los servicios de salud de calidad con compasión, dignidad y el respeto de aquellos a quienes servimos, en particular los pobres y los más necesitados en nuestras comunidades;
- Cuidado para todas las personas, independientemente de su capacidad para pagar los servicios; y
- Ayudar a los pacientes que no pueden pagar la totalidad o parte de la atención que reciben.

Esta política y procedimiento proporciona orientación sobre el equilibrio de la asistencia financiera a las responsabilidades fiscales y facilita a Mercy Medical Center-Sioux City con los requisitos de Trinity Health de asistencia financiera para el médico, cuidados intensivos y servicios de atención post-agudos. Mercy Medical

Center - Sioux City (MMC-SC) ha adoptado la política de "Sistema Espejo "asistencia financiera a pacientes" y desarrollado procedimientos operativos locales en el cumplimiento de estos requisitos.

II. DEFINICIONES:

El Plazo de solicitud comienza el día en que la atención es proveída y termina 240 días después de que el primer estado de cuenta se proporciona al paciente o –

ii. Al final del período de 30 días que los pacientes que calificaron para menos de la ayuda más generosa disponible en base a estados de compatibilidad de presunción o antes de la elegibilidad de FAP se proporcionan para solicitar la ayuda más generosa.

iii. Plazo previsto en un aviso por escrito después de lo cual se pueden iniciar acciones de cobranza.

Las cantidades que generalmente se facturan ("AGB, por sus siglas en inglés") significa las cantidades que generalmente se facturan de emergencia u otra atención médica necesaria a los pacientes que tienen seguro de salud el cual cubre dicho cuidado, MMC-SC cuidados intensivos y cuidado médico AGB se calculará utilizando la metodología de calcular la suma de reclamaciones abonadas por Medicare divididas entre los cargos en total "bruto" para reclamaciones por parte de la oficina del sistema o MMC-SC anualmente utilizando doce meses de los siniestros pagados con un retraso de 30 días desde la fecha de informe a la fecha más reciente que se le haya dado de alta.

Amounts Generally Billed ("AGB") means the amounts generally billed for emergency or other medically necessary care to patients who have insurance covering such care, MMC-SC's acute and physician AGB will be calculated utilizing the look back methodology of calculating the sum of paid Medicare claims divided by the total or "gross" charges for those claims by the System Office or MMC-SC annually using twelve months of paid claims with a 30 day lag from report date to the most recent discharge date.

Cuidado de descuento significa un descuento parcial de la cantidad adeudada para los pacientes que califican bajo el FAP.

Servicios médicos emergentes son aquellos que se necesitan para una condición que pueda ser peligrosa para la vida o el resultado de una lesión grave y que requiere atención médica inmediata. Esta condición médica rige en general por Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés).

Equipo de Liderazgo Ejecutivo ("ELT", por sus siglas en inglés) significa que el grupo que se compone de más alto nivel de gestión en Trinity Health.

Acciones de cobranza extraordinarias ("ECA", por sus siglas en inglés) incluyen las siguientes acciones tomadas por MMC-SC (o un agente de cobro en su nombre):

- Diferir o negar, o requerir un pago antes de proporcionar la atención médica necesaria por falta de pago de una o más facturas por cuidado proporcionado anteriormente en las instalaciones del hospital cubierto bajo la política de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés). Cuando MMC-SC requiere el pago antes de atender a una persona con una o más facturas pendientes, dicho requisito de pagos se

presume que es debido a la falta de pago de la persona de la factura (s) pendiente a menos MMC-SC puede demostrar que requiere el pago por parte del individuo basado en otros factores aparte de, y sin tener en cuenta, su falta de pago de facturas anteriores.

- Presentación de informes deudas pendientes con agencias de crédito.
- iniciar una acción legal para cobrar un fallo (es decir, embargo de salario, examen del deudor).
- La colocación de gravámenes sobre la propiedad de los individuos

Familia (tal como se define por la Oficina del Censo de EE.UU.) es un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción. Si un paciente reclama a alguien como dependiente en su declaración de impuestos, de acuerdo con las reglas del Servicio de Impuestos Internos, pueden ser considerados como un dependiente para el propósito de determinar la elegibilidad bajo la política de asistencia financiera.

Ingreso Familiar - Ingresos de la familia de una persona incluye los ingresos de todos los miembros adultos de la familia en el hogar. Para los pacientes menores de 18 años de edad, ingresos familiares incluye el de los padres y/o padrastos, o ingresos anuales de familiares encargados por los últimos 12 meses o el año fiscal anterior, como se muestra en las declaraciones de pagos recientes o declaraciones de impuestos y otra información. Los ingresos pueden ser determinados por la anualización de los ingresos familiares del año hasta la fecha, teniendo en cuenta la tasa de ganancias actuales.

Política de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés) significa una política escrita y que cumpla con los requisitos descritos en §1.501 (R) -4 (b).

Política de asistencia financiera ("FAP", por sus siglas en inglés) solicitud significa que la información y la documentación adjunta que un paciente somete al solicitar ayuda financiera bajo FAP MMC-SC. MMC-SC se puede obtener información de un individuo por escrito o por vía oral (o una combinación de ambos).

Apoyo Financiero significa apoyo (caridad, descuentos, etc.) proporcionado a los pacientes para los que sería una dificultad pagar el costo total de los servicios médicos necesarios proporcionados por Trinity Health quienes cumplan con los criterios de elegibilidad para este tipo de asistencia.

Cuidado Gratuito significa un descuento total de la cantidad adeudada para los pacientes que califican bajo la política de asistencia financiera.

Ingresos incluyen salarios, sueldos, salarios e ingresos por cuenta propia, compensación por desempleo, compensación del trabajador, pagos de seguridad social, asistencia pública, beneficios de veteranos, pensiones, prestaciones de supervivencia, pensiones, ingresos de jubilación, pagos de seguros y anualidades regulares, ingresos de propiedades y fideicomisos, rentas recibidas, intereses / dividendos, e ingresos derivados de otras fuentes.

Necesidad médica se define como se documenta en el manual del proveedor de Medicaid del estado en MMC-SC.

Política: una exposición de dirección de alto nivel sobre asuntos de importancia estratégica para Trinity Health o

una declaración que interpreta más documentos de gobierno de Trinidad Salud. Directivas del sistema pueden ser independientes o reflejar políticas designadas por dicho organismo.

Declaración en lenguaje simple sobre la política de asistencia financiera notifica a un paciente que la instalación hospitalaria ofrece ayuda financiera bajo FAP y proporciona la siguiente información adicional en lenguaje claro, conciso y fácil de entender:

- i. Una breve descripción de los requisitos de elegibilidad y la asistencia que ofrece el FAP.
- ii. Un breve resumen de cómo solicitar asistencia bajo el FAP.
- iii. La dirección web directa (o URL) y ubicaciones físicas donde el paciente puede obtener copias de la FAP y solicitud FAP.
- iv. Las instrucciones sobre cómo el paciente puede obtener una copia gratuita del formulario de solicitud FAP y FAP por correo
- v. La información de contacto, incluyendo número de teléfono y ubicación física, de la oficina de un centro hospitalario o departamento que puede proporcionar información acerca de la FAP y proporcionar ayuda con el proceso de solicitud FAP
- vi. Una declaración de la disponibilidad de las traducciones de FAP, formulario de solicitud FAP, y debería citarse como de la FAP en otros idiomas, en su caso
- vii. Una declaración de que un paciente FAP-elegibles no se puede cargar más de AGB de emergencia u otro cuidado médico necesario

Procedimiento un documento diseñado para implementar una política o una descripción de las acciones o procesos específicos requeridos.

Ministerio Regional de Salud ("RHM", por sus siglas en inglés) significa una subsidiaria, afiliada u operativas de las divisiones de Trinity Health primer nivel (directo) que mantiene un órgano de gobierno que supervisa la gestión del día a día de una parte designada de operaciones del Sistema Trinity Health. El Ministerio Regional de Salud se puede basar en un mercado geográfico o dedicación a una línea de servicio o negocio.

Área de servicio es la lista de los códigos postales que comprenden el mercado de servicios del ministerio regional de salud constituyendo una "comunidad de necesidad" para los servicios de atención primaria de salud.

Normas o directrices significan instrucciones y orientaciones que ayudan en la aplicación de procedimientos , incluyendo las desarrolladas por otros organismos de acreditación o profesionales

Filial de una entidad jurídica en la que un Ministerio de Salud Regional de Trinity Health es el único miembro corporativo o accionista único.

Paciente no asegurado significa una persona que no tiene seguro, al no tener cobertura de terceros por un asegurador comercial de terceros, un plan ERISA, Un Programa Federal de Atención de la salud (incluyendo, sin limitaciones, Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), compensación de trabajadores, u otra ayuda de terceros para cubrir la totalidad o parte del costo de la atención, incluyendo reclamaciones contra terceros cubiertos por el seguro a la que Trinity Health queda subrogado, pero sólo si el pago se hace realmente por dicha compañía de seguros.

Urgente (nivel de servicio) son los servicios médicos necesarios para una condición que no es mortal, pero que requiere servicios médicos oportunos.

III. POLÍTICA:

En relación con su declaración de misión, MMC-SC mantendrá las prácticas de facturación justa y equitativa que tratan a todos los pacientes con dignidad, respeto y compasión. MMC-SC servirá a las necesidades de atención médica de emergencia de todos los que buscan tratamiento, independientemente de su capacidad de pago. MMC-SC se llevará a esfuerzos afirmativas para ayudar a los pacientes a aplicar para los programas públicos y privados para los cuales pueden calificar y que pueden ayudarles a obtener y pagar por los servicios de salud. Adicionalmente, MMC-SC proporcionará asistencia financiera para servicios médicos necesarios recibidos por los pacientes que residen dentro de su área de servicio o para aquellos pacientes de fuera de la zona de servicio que se presentan con una condición urgente, de emergencia o potencialmente mortal, teniendo en cuenta la capacidad de cada individuo para contribuir a costa de su / su cuidado.

IV. PROCEDIMIENTO:

MMC-SC como Ministerio de Salud Trinidad Regional de Salud (RHM) va a establecer y mantener la asistencia financiera a pacientes ("FAP") procedimiento descrito a continuación. El FAP está diseñado para hacer frente a las necesidades del paciente para la asistencia financiera y apoyo a medida que buscan servicios a través de Trinity Health y sus ministerios. Se aplica a todos los servicios elegibles según lo dispuesto en las leyes estatales o federales. RHM que operan en los estados que han establecido las necesidades de asistencia financiera específicos del estado adicionales incorporará dichos requisitos adicionales en sus procedimientos locales. La elegibilidad para ayuda financiera y el apoyo de la RHM se determinará sobre una base individual utilizando criterios específicos y evaluado en una evaluación del paciente y / o necesidades de cuidado de la salud de la familia, recursos y obligaciones financieras.

I. Criterios de elegibilidad para asistencia financiera

Servicios elegibles para el apoyo financiero:

Todos los servicios médicos necesarios, incluidos los servicios médicos y de apoyo proporcionados por MMC-SC, serán elegibles para el apoyo financiero.

Se proporcionaran servicios de atención médica de emergencia a todos los pacientes que acudan al departamento de urgencias de MMC-SC, independientemente de la capacidad del paciente para pagar. Esa atención médica continuará hasta que la condición del paciente se ha estabilizado - antes de cualquier determinación de arreglos de pago.

Servicios que no son elegibles para el apoyo financiero:

Servicios cosméticos y otros procedimientos electivos y servicios que no son médicamente necesarios.

Cosmetic services and other elective procedures and services which are not medically necessary.

Los servicios no prestados y facturados por MMC-SC (por ejemplo, servicios de médicos independientes, enfermería privada, transporte en ambulancia, etc.).

Tal como se establece en la Sección II, MMC-SC ayudara a los pacientes en forma proactiva a aplicar para programas públicos y privados. MMC-SC puede negar apoyo financiero a aquellos individuos que no cooperen a solicitar ayuda de programas que pueden pagar por sus servicios de atención médica.

MMC-SC puede excluir los servicios que están cubiertos por un programa de seguro en otro lugar de proveedor, pero no están cubiertos en los hospitales Trinity Health RHM después de que se hagan para educar a los pacientes sobre las limitaciones de cobertura de los programas de seguro y siempre que las obligaciones del tratamiento médico de emergencia federal y la Ley de Trabajo Activo (EMTALA) estén satisfechos.

Los requisitos de residencia

MMC-SC proporcionará apoyo financiero a los pacientes que residen dentro de sus áreas de servicio y que califican bajo el procedimiento FAP.

MMC-SC puede identificar áreas de servicio en su FAP e incluir la Área de Servicio de información en el diseño de procedimientos y formación con un requerimiento de residencia en el área de servicio que iniciará con la lista de códigos postales proporcionados por el Sistema de Oficina de Planificación Estratégica que definen las áreas de servicio de MMC-SC. MMC-SC verificará áreas de servicio en consulta con el departamento local de beneficio para la comunidad. La elegibilidad será determinada por MMC-SC utilizando el principal código postal de residencia del paciente.

MMC-SC proporcionará apoyo financiero a los pacientes de fuera de sus áreas de servicio que califiquen bajo FAP y que se presenten con una condición urgente, emergentes o una condición que amenace la vida.

MMC-SC proporcionará apoyo financiero a los pacientes identificados como necesitados de servicios por los programas de médicos de misión extranjera llevados a cabo por el personal médico activo para el cual la aprobación previa se ha obtenido del Presidente de MMC-SC o la persona designada.

Documentación para el establecimiento de ingresos

La información proporcionada por el paciente y / o familia debe incluir los ingresos obtenidos, incluyendo los salarios brutos mensuales, salarios e ingresos por cuenta propia; ingreso no ganado incluso manutención, beneficios de jubilación, dividendos, intereses e ingresos de cualquier otra fuente; número de dependientes en el hogar; y otra información requerida en la solicitud FAP.

MMC-SC mostrará una lista de la documentación de respaldo requerida para solicitar la ayuda financiera en la FAP o la aplicación FAP tales como talones de cheques, declaraciones de impuestos, y la historia de crédito. MMC-SC no puede negar apoyo financiero basado en la omisión de información o documentación que no esté requerida específicamente por el FAP o formulario de solicitud FAP.

MMC-SC les proporcionara a los pacientes que presenten una solicitud incompleta FAP un aviso por escrito que describa la información y / o documentación adicional que debe presentarse dentro de los 30 días desde la fecha de la notificación por escrito para completar la solicitud de FAP. El aviso proporcionará información de contacto para preguntas relativas a la información que falta. MMC-SC puede iniciar las ACE si el paciente no presenta la información y / o documentación que falta en el plazo de una nueva presentación de 30 días y que sea por lo menos 120 días a partir de la fecha que MMC-SC proporcionó el primer estado de cuenta después del alta de la atención. MMC-SC debe procesar la solicitud FAP si el paciente proporciona la información faltante / o documentación durante el período de aplicación de 240 días (o, si fuera posterior, dentro del período de la nueva presentación de 30 días).

Consideración de los bienes del paciente

MMC-SC también se establecerá un nivel de umbral de los bienes por encima de los cuales se utilizarán los bienes del paciente / de la familia para el pago de los gastos médicos y pasivos para ser considerado en la evaluación de los recursos financieros del paciente.

Protección de ciertos tipos de bienes y la protección de ciertos niveles de bienes debe ser proporcionada en el FAP.

Bienes protegidos:

- i. Capital de vivienda en la residencia primaria hasta un \$ 50.000;
- ii. Vehículos de uso comercial;
- iii. Herramientas o equipos utilizados para los negocios; equipamiento razonable necesario para permanecer en el negocio;
- iv. La propiedad de uso personal (ropa, artículos para el hogar, muebles);
- v IRA, 401K, planes de jubilación de valor en efectivo.;
- vi. Premios financieros recibidos de emergencias catastróficas no médicas;
- vii. Los fideicomisos irrevocables para entierro, planes funerarios pre-pagados; y / o
- viii. Planes de ahorro para la universidad administrados por el Federal / Estado

Otros bienes se considerarán disponibles para el pago de los gastos médicos. Bienes disponibles por encima de un cierto umbral pueden ya sea ser utilizados para pagar los gastos médicos o, alternativamente, MMC-SC puede contar el exceso de bienes disponibles como el Ingreso del año en curso en establecer el nivel de descuento que se ofrezca al paciente. Una cantidad mínima de bienes disponibles debe ser protegida. La cantidad mínima está fijada en \$ 5.000.

Apoyo presuntivo

MMC-SC reconoce que no todos los pacientes son capaces de proporcionar información financiera completa. Por

lo tanto, la aprobación de la ayuda financiera puede ser determinada con base en la información limitada disponible. Cuando se concede dicha autorización se clasifica como "Apoyo presuntivo".

El modelo predictivo es uno de los esfuerzos razonables que serán utilizados MMC-SC para identificar pacientes que puedan calificar para la ayuda financiera antes de iniciar las acciones de cobranza, es decir cancelación de una cuenta del paciente a una deuda incobrable y la remisión a la agencia de colección. Este modelo predictivo le permite a MMC-SC identificar sistemáticamente a pacientes con necesidad económica.

Ejemplos de casos presuntivos incluyen:

- i. Pacientes fallecidos sin conocimiento de sucesión
- ii. Pacientes sin hogar
- iii. Pacientes desempleados
- iv. Servicios médicamente necesarios no cubiertos proveídos a pacientes que califican para programas de asistencia pública
- v. Pacientes en banca rota
- vi. Miembros de organizaciones religiosas quienes han tomado un voto de pobreza y carecen de los recursos de forma individual o por medio de la orden religiosa

Para los pacientes que no cumplan con proceso de solicitud de FAP, otras fuentes de información, si está disponible, se deben usar para hacer una evaluación individual de las necesidades financieras. Esta información permitirá a MMC-SC tomar una decisión informada sobre la necesidad económica de los pacientes que no respondan.

Con el propósito de ayudar a los pacientes con necesidad económica, un tercero puede ser utilizado para llevar a cabo una revisión de la información del paciente para evaluar la necesidad económica. Esta evaluación utiliza un modelo predictivo de cuidado la salud reconocido por la industria, que se basa en las bases de datos de registros públicos. Estos registros públicos permiten a MMC-SC evaluar si el paciente es característico de otros pacientes que han calificado históricamente para la asistencia financiera en el marco del proceso de aplicación tradicional. En los casos en que existe una falta de información proporcionada directamente por el paciente, y después de que se agoten los esfuerzos para confirmar la disponibilidad de cobertura, el modelo predictivo proporciona un método sistemático para conceder presunta elegibilidad para los pacientes con necesidad económica.

En el caso de que un paciente no califique bajo el modelo predictivo, el paciente puede seguir proporcionando información de apoyo dentro de los plazos establecidos y ser considerado en el marco del proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera.

Cuentas de los pacientes estados de compatibilidad de presunción concedida se ajustarán usando códigos de transacción financiera presuntivo de apoyo en el momento en que la cuenta sea considera incobrable y antes de acudir a la colección o dado de baja de la morosidad. El descuento otorgado será clasificado como el apoyo financiero; la cuenta del paciente no se enviará a la agencia de cobranza y no anotará como un "gasto por deuda

incobrable" en MMC-SC.

MMC-SC notificará a los pacientes determinados elegibles para menos de la ayuda más generosa disponible bajo la FAP que él o ella puede solicitar la ayuda más generosa disponible bajo la FAP dentro de los 30 días siguientes a la notificación. La determinación de un paciente de ser elegible para menos de la ayuda más generosa se basa en el estado de compatibilidad de presunción o una determinación de elegibilidad de FAP previa. Además, MMC-SC puede iniciar o reanudar ECA si el paciente no aplica para la asistencia más generosa dentro de los 30 días siguientes a la notificación si se trata de al menos 120 días a partir de la fecha que MMC-SC proporcionó el primer estado de cuenta después del alta de la atención. MMC-SC procesará cualquier nueva solicitud FAP que el paciente presente a finales del período de solicitud 240 días o, si más tarde, al final del período de 30 días dado a solicitar ayuda más generosa.

Cronograma para establecer la elegibilidad financiera

Debe hacerse todo lo posible para determinar la elegibilidad de un paciente para el apoyo financiero antes o en el momento del ingreso o servicio. FAP solicitudes deben ser aceptadas en cualquier momento durante el período de aplicación. El período de solicitud comienza el día en que se proporciona el cuidado y termina la tarde de 240 días después de que el primer estado de cuenta después del alta al paciente o bien:

- i. Al final del período de tiempo que un paciente que es elegible para menos de la ayuda más generosa disponible, basada en el estado de presunción de soporte o una determinación de elegibilidad FAP previa, y que ha solicitado ayuda financiera más generosa; o
- ii. el plazo previsto en un aviso por escrito después del cual acciones de cobranzas extraordinarias pueden ser iniciadas.

MMC-SC puede aceptar y procesar la solicitud FAP de un individuo presentado fuera del período de aplicación sobre una base caso por caso, según lo autorizado por los niveles de aprobación establecidos de MMC-SC.

MMC-SC (u otra fuente autorizada) reembolsará cualquier suma que el paciente haya pagado por atención que excede la cantidad que él o ella está decidido a ser personalmente responsable del pago como paciente elegible del FAP, a menos que dicha cantidad sea menos de \$ 5 o cualquier otra suma fijada por notificación u otra guía publicada en el Boletín de Impuestos internos). La devolución de pagos sólo es requerida para los episodios de atención a los que cuales la solicitud FAP aplica.

Las determinaciones de ayuda financiera se harán después de que todos los esfuerzos para que el paciente reciba asistencia financiera gubernamental u otros programas se hayan agotad

MMC-SC hará todo lo posible para hacer una determinación de Apoyo Financiero de manera oportuna. Si se están buscando otras vías de apoyo financiero, la RHM se comunicará con el paciente en relación con el proceso y el calendario previsto para la determinación y no intentará cobrar mientras se realiza dicha determinación.

Una vez que se ha determinado la clasificación para el apoyo financiero, las evaluaciones posteriores para elegibilidad continua para los servicios posteriores deben hacerse después de seis (6) meses a partir de la cualificación inicial de apoyo financiero.

Nivel de apoyo financiero

MMC-SC seguirá las pautas de ingresos establecidos a continuación en la evaluación de la elegibilidad de un paciente para el apoyo financiero. Un porcentaje de las Directrices de nivel federal de pobreza (FPL, pos sus siglas en inglés), que se actualizan anualmente, se utilizan para determinar la elegibilidad de un paciente para el apoyo financiero. Sin embargo, hay otros factores que deben ser considerados como el estado financiera del paciente y / o capacidad de pago como se determina a través del proceso de evaluación.

Se espera que MMC-SC implemente el nivel recomendado de apoyo financiero establecido en este procedimiento. Se reconoce que la demografía local y las políticas de asistencia financiera que ofrecen otros proveedores de la comunidad pueden exponer algunas mediadoras a grandes riesgos financieros y una carga financiera que podría amenazar la capacidad a largo plazo Ministerio Regional de Salud para proporcionar una atención de alta calidad. El Ministerio Regional de Salud puede solicitar permiso para aplicar umbrales que son menores o mayores que las cantidades recomendadas del director financiero de Trinity Health.

Ingreso familiar por debajo del 200% de la Guía nivel federal de pobreza:

- Se ofrecerá un descuento del 100% de todos los gastos de los pacientes no asegurados cuyos ingresos familiares están por debajo del 200% de las más recientes directrices federales de pobreza.

Los ingresos familiares entre el 201% y el 400% de la Guía nivel federal de pobreza:

- Se ofrecerá un descuento sobre los Cargos totales igual a la media de ajuste contractual de cuidados agudos de MMC-SC para Medicare para los pacientes de cuidados agudos cuyo ingreso familiar es de entre 201% y 400% de las pautas federales de pobreza.
- Se ofrecerá un descuento sobre los Cargos totales iguales para el médico ajuste contractual del MMC-SC para Medicare para pacientes ambulatorios ubicación cuyo ingreso familiar es de entre 201% y 400% de las pautas federales de pobreza.

MMC-SC's acute and physician contractual adjustment amounts for Medicare will be calculated utilizing the look back methodology of calculating the sum of paid claims divided by the total or "gross" charges for those claims by the System Office or MMC-SC annually using twelve months of paid claims with a 30 day lag from report date to the most recent discharge date.

Los pacientes con un ingreso familiar hasta e incluyendo el 200% del nivel federal de nivel de pobreza serán elegibles para el apoyo financiero para la co-pagos, deducibles y co-seguros cantidades, siempre que los acuerdos contractuales con la aseguradora del paciente no prohíban proporcionar dicha asistencia.

Apoyo a médicamente Indigentes /catástrofes: También se prestará ayuda financiera a los pacientes médicamente indigentes. Indigencia médica se produce cuando una persona es incapaz de pagar una parte o la totalidad de sus facturas médicas debido a que sus gastos médicos superan un cierto porcentaje de los ingresos de familia o del hogar (por ejemplo, debido a los gastos o condiciones catastróficas), independientemente de si tienen ingresos o bienes que de otra manera exceden los requisitos de elegibilidad financiera para el cuidado gratis o con descuento de atención en el marco del MMC-SC FAP. Costos o condiciones catastróficas ocurren cuando hay una pérdida de empleo, la muerte del principal proveedor de ingresos, gastos médicos excesivos u otros eventos desafortunados. Indigencia médica / circunstancias catastróficas serán evaluadas caso por caso, que incluye una revisión de los ingresos, gastos y bienes del paciente. Si un paciente asegurado afirma circunstancias catastróficas y solicita ayuda financiera, los gastos médicos por un episodio de atención que superan el 20% de los ingresos se clasificarán del paciente asegurado co-pagos y deducibles para asistencia de cuidado de la caridad catastrófica. Descuentos para el cuidado médico indigente para los no asegurados no serán menos de la cantidad del ajuste contractual promedio para Medicare de MMC-SC por los servicios prestados o una cantidad para a los pacientes de gastos médicos catastróficos para que los pacientes puedan regresar al ingreso promedio de 20%. Apoyo a médicamente Indigentes /catástrofes será aprobado por el CFO de MMC-SC y se dará él informa a la Oficina del director financiero del sistema.

Si bien el apoyo financiero debería hacerse de acuerdo con los criterios establecidos por escrito de MMC-SC, se reconoce que de vez en cuando habrá la necesidad de otorgar apoyo financiero adicional a los pacientes basado en consideraciones individuales. Tales consideraciones individuales serán aprobadas por el CFO de MMC-SC y reportadas a la Oficina del director financiero del sistema.

Contabilidad y Presentación de informes de apoyo financiero

De acuerdo con los Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados, el apoyo financiero proporcionado por Trinity Health se registra de manera sistemática y precisa en los estados financieros, como deducciones del ingreso en la categoría de "Cuidado de Caridad". Para propósitos de presentar informes de Beneficio Comunitario, se informa de atención de caridad a un costo estimado asociado a la prestación de servicios de "Atención de Caridad", de acuerdo con la Asociación Católica de la Salud.

Las siguientes pautas se proporcionan para el registro de los estados financieros de Apoyo Financiero:

El apoyo financiero proporcionado a los pacientes en virtud de las disposiciones del "Programa de asistencia financiera", incluyendo el ajuste de cantidades generalmente aceptadas como medio de pago para los pacientes con seguro médico, será registrado bajo "La Rebaja del Cuidado de Caridad."

La cancelación de los cargos para los pacientes que no han calificado para el apoyo financiero en virtud de este procedimiento y que no paguen por los servicios recibidos serán registrados como "Mala Deuda".

Descuentos por pago puntual serán registrados bajo "Asignación contractual."

Cuentas inicialmente canceladas por mala deuda y posteriormente regresadas de las agencias de colección donde se determinó que el paciente reunía los criterios para apoyo financiero basado en la información obtenida por la agencia de colección serán reclasificadas de "mala deuda" a "Rebaja de Cuidado de Caridad "

Asistir a los pacientes que pudieran calificar para cobertura

MMC-SC hará esfuerzos afirmativos para ayudar a los pacientes a aplicar para programas públicos o privados para los que pudieran calificar y que pudieran ayudarles a obtener y pagar los servicios del cuidado de salud. Asistencia con las primas también se puede otorgar de forma discrecional de acuerdo con el procedimiento de Trinity Health de " Pagos de la prima QHP y cuentas por pagar del paciente".

MMC-SC tendrá procedimientos por escrito comprensibles, para ayudar a los pacientes a determinar si reúnen los requisitos para los programas de asistencia pública o la FAP.

Comunicaciones Efectivas

MMC-SC proporcionará asesoría financiera a los pacientes sobre sus cuentas del cuidado de la salud relacionada con los servicios que reciben y hará que sepan de dicha disponibilidad del asesoramiento.

MMC-SC responderá con prontitud y cortesía a las preguntas de los pacientes sobre sus facturas y solicitudes de asistencia financiera.

MMC-SC utilizará un proceso de facturación que sea clara, concisa, correcta y agradable para el paciente.

MMC-SC hará q la información disponible de los cargos por servicios sea presentada en un formato comprensible.

MMC-SC colocara carteles y folletos de visualización que proporcionen información básica acerca de su FAP en lugares públicos (como mínimo, la sala de emergencias (si existe) y en áreas de admisión).

MMC-SC pondrá a disposición una copia impresa del resumen en términos sencillos de la FAP a los pacientes como parte del proceso de admisión o de alta. MMC-SC no fallara en dar a conocer ampliamente su FAP porque un individuo rechace un resumen en términos sencillos que le fue ofrecido en el ingreso o antes del alta o indique que él o ella preferiría recibir un resumen en términos sencillos electrónicamente.

MMC-SC hará que la FAP, un resumen en lenguaje llano de la FAP y el impreso de solicitud FAP disponible para los pacientes que lo soliciten, en los lugares públicos (como mínimo, la sala de emergencias (si existe) y en áreas de admisión), por correo y en su página web. Cualquier persona que tenga acceso a Internet debe ser capaz de ver, descargar e imprimir una copia de estos documentos. MMC-SC debe proporcionar a toda persona que pida cómo tener acceso a una copia de la FAP, formulario de solicitud FAP, o un resumen en lenguaje sencillo de la FAP en línea con la dirección directa de la página web o URL, donde están publicados estos documentos.

MMC-SC mostrará una lista de los nombres de médicos individuales, grupos de práctica, o cualesquiera otras entidades que están proporcionando atención de emergencia o médicamente necesaria en la instalación por el nombre que se utiliza ya sea para contratar con el hospital o para facturar a los pacientes por la atención proporcionada. Alternativamente, un hospital puede especificar los proveedores en función de un departamento o de un tipo de servicio si la referencia deja en claro cuales servicios y proveedores son cubiertos por la FAP.

Estos documentos estarán disponibles en Inglés y en el idioma principal de cualquier población con dominio limitado del Inglés que constituye al menos 1.000 individuos o 5 por ciento de la comunidad atendida por MMC-SC.

MMC-SC tomará medidas para notificar a los miembros de la comunidad servida sobre la FAP. Tales medidas pueden incluir, por ejemplo, la distribución de hojas informativas que resumen la FAP a las agencias locales públicas y las organizaciones sin fines de lucro que atienden las necesidades de salud de las poblaciones de bajos ingresos de la comunidad.

MMC-SC incluirá un aviso claramente visible por escrito en las facturas que avise e informe a los destinatarios acerca de la disponibilidad de asistencia financiera en el marco de la FAP e incluya el número de teléfono del departamento que puede proporcionar información acerca de la FAP, el proceso de solicitud FAP y la dirección del sitio web directa (o URL), donde se pueden obtener copias de la FAP, formulario de solicitud FAP, y un resumen en términos sencillos de la FAP.

MMC-SC se abstendrá de iniciar la CEPA (s) hasta 120 días después de proporcionar a los pacientes el primer estado de cuenta después del alta para el episodio de atención, incluyendo los más recientes episodios de atención para las cuentas pendientes, que se agregan para la facturación al paciente. MMC-SC también asegurará que todos los contratos con los proveedores para socios de negocios que realizan la actividad de cobro contendrá una cláusula o cláusulas que prohíben la CEPA (s) hasta 120 días después de proporcionar a los pacientes el primer estado de cuenta después del alta para el episodio de atención, incluyendo los más recientes episodios de cuidado de las cuentas pendientes, que se agregan para la facturación al paciente.

MMC-SC proporcionará a los pacientes un aviso escrito que indica la ayuda financiera disponible para los pacientes elegibles, identifica la ECA (s) que MMC-SC (u otra parte autorizada) tiene la intención de iniciar para obtener el pago para el cuidado, y establece una fecha límite después de lo cual tales ECA (s) se puede iniciar que es no antes de 30 días después de la fecha en que se proporciona el aviso por escrito. MMC-SC incluirá un resumen en términos sencillos de la FAP con el aviso por escrito y hacer un esfuerzo razonable para notificar por vía oral al paciente acerca de la FAP y de cómo el paciente puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de FAP.

En el caso de diferir o negar, o de requerir un pago por el suministro, la atención médica necesaria por falta de pago de un individuo de una o más facturas por atención recibida anteriormente tratadas en la FAP, MMC-SC podrá notificar a la persona acerca de su FAP menos de 30 días antes de iniciar el TCE. Sin embargo, a acogerse a esta excepción, MMC-SC debe cumplir varios requisitos. debe MMC-SC:

- i. Proporcionar al paciente un formulario de solicitud FAP (para asegurar que el paciente puede aplicar inmediatamente, si es necesario) y notificar al paciente por escrito acerca de la disponibilidad de asistencia financiera para las personas elegibles y la fecha límite, en su caso, después de lo cual la instalación hospitalaria ya no aceptará y procesará una solicitud FAP presentado por el paciente a la atención recibida previamente en cuestión. Este plazo debe ser no antes de 30 días después de la fecha en que se proporciona el aviso por escrito o 240 días después de la fecha en que se proporcionó el primer estado de cuenta después del alta de la atención recibida previamente. Por lo tanto, aunque la ECA que implica el aplazamiento o la denegación de atención puede ocurrir inmediatamente después de que el requisito escrito (y oral) se proporciona notificación, el paciente debe

conceder al menos 30 días después de la notificación para presentar una solicitud de FAP para la atención recibida previamente.

ii. Notificar al paciente acerca de la FAP, proporcionando un resumen en lenguaje claro de la FAP y mediante notificación por vía oral al paciente acerca de FAP del centro hospitalario y acerca de cómo el paciente puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de FAP.

iii. Procesar la solicitud de manera expedita, para asegurar que la atención médica necesaria no se retrase innecesariamente si se presenta una solicitud.

No son necesarios los esfuerzos razonables modificados descritos anteriormente en los siguientes casos:

i. Si los 120 días han pasado desde la primera factura después del alta de la atención recibida previamente y MMC-SC ya ha notificado al paciente acerca de las ACE previstos.

ii. Si MMC-SC ya había determinado si el paciente era elegible para el FAP por la atención recibida previamente basados de una solicitud completa FAP o presuntamente había determinado que el paciente era elegible para FAP por la atención recibida previamente.

MMC-SC dará una notificación de que nada se le debe si un paciente se determina que es elegible para la Atención Gratuita por escrito.

MMC-SC proporcionara a los pacientes que son determinados ser elegibles para asistencia que no sea de atención gratuita, con un estado de cuenta que indica la cantidad el paciente debe para el cuidado de un paciente elegible para FAP. La declaración también describirá cómo se determinó que la cantidad o la forma en que el paciente puede obtener información sobre cómo se determinó la cantidad.

Facturación justa y prácticas de colección

MMC-SC implementará prácticas de facturación y cobro de las obligaciones de pago de los pacientes que sean justas, coherentes y que cumpla con las regulaciones estatales y federales

MMC-SC pondrá a disposición de todos los pacientes que califican a un plan de pago sin interés a corto plazo con los plazos de pago definidos en función del saldo de la cuenta pendiente. MMC-SC también ofrecerá un programa de préstamos para los pacientes que reúnen los requisitos.

MMC-SC contara con procedimientos escritos que describen cuándo y bajo qué autoridad una deuda paciente se hace avanzar a las actividades de recolección externos que sean consistentes con este procedimiento.

Las siguientes actividades de recolección pueden ser perseguidas mediante la Trinidad Salud RHM o por un agente en su nombre:

Comunicarse con los pacientes (llamadas, correspondencia escrita, fax, correo electrónico, texto, etc.) y sus representantes en el cumplimiento de la Ley de colecciones de deuda justa, identificando claramente la RHM. Las comunicaciones de los pacientes también cumplir con las normas de privacidad de HIPAA.

Solicitar el pago de la parte de la obligación de pago estimado del paciente en el momento del servicio, en cumplimiento de la normativa EMTALA y las leyes estatales.

Proporcionar programa de préstamos de bajo interés para el pago de las deudas pendientes de los pacientes que tienen la capacidad de pago, pero no pueden cumplir con los requisitos de pago a corto plazo.

Informar de las deudas pendientes a las agencias de crédito sólo después de que todos los aspectos de este procedimiento se han aplicado y después de los esfuerzos de recolección razonables se han hecho en conformidad con FAP del RHM.

MMC-SC pondrá a disposición de todos los pacientes que califican a un plan de pago sin interés a corto plazo con los plazos de pago definidos en función del saldo de la cuenta pendiente. MMC-SC también ofrecerá un programa de préstamos para los pacientes que reúnen los requisitos.

MMC-SC contará con un procedimiento escrito que describa cuándo y bajo qué autoridad una deuda del paciente se hará avanzar a las actividades de recolección externos que sean consistentes con este procedimiento.

Las siguientes actividades de recolección pueden lograrse mediante el ministro regional de salud de Trinity o por un agente en su nombre:

Comunicarse con los pacientes (llamadas, correspondencia escrita, fax, correo electrónico, texto, etc.) y sus representantes en el cumplimiento de la ley de prácticas justas en el cobro de deudas identificando claramente el ministerio de salud regional. Las comunicaciones de los pacientes también cumplirán con las normas de privacidad de HIPAA.

Solicitar el pago del estimado del paciente en el momento del servicio, en cumplimiento de la normativa EMTALA y las leyes estatales.

Proporcionar programa de préstamos de bajo interés para el pago de las deudas pendientes de los pacientes que tienen la capacidad de pagar, pero no pueden cumplir con los requisitos de pago a corto plazo.

Informar de las deudas pendientes a las agencias de crédito sólo después de que todos los aspectos de este procedimiento se han aplicado y después de los esfuerzos de recolección razonables se han hecho en conformidad con el ministerio regional de salud y la política de asistencia financiera.

Iniciar acciones legales para personas que tienen los medios para pagar, pero no pagan, o que no están dispuestos a pagar. La acción legal también puede llevarse a cabo por la parte de la cantidad no pagada después de la aplicación de la FAP del RHM. La aprobación de Trinity Health o CEO RHM / CFO o el líder funcional de Servicios Financieros del Paciente para esas mediadoras que utilizan el centro de servicios compartidos Trinity Health, debe

obtenerse antes de iniciar un procedimiento legal o de proceder con una acción legal para cobrar un fallo (es decir, de su sueldo, examen del deudor).

Gravámenes puestos en la propiedad de las personas que tienen los medios para pagar, pero no pagan, o que no están dispuestos a pagar. Gravámenes pueden ser colocados por la parte de la cantidad no pagada después de RHM's FAP. La colocación de un derecho de retención requiere la aprobación de Trinity Health o CEO RHM / CFO o el líder funcional para Servicios Financieros del Paciente para aquellos RHM's que utilicen el centro de servicios compartidos. Gravámenes sobre la residencia principal sólo pueden ejercerse sobre la venta de bienes y protegerán cierto valor activo en la propiedad como se documenta en el Procedimiento de cada RHM. Trinidad Salud recomienda que proteja al 50% del capital de hasta \$ 50.000.

.

MMC-SC (o un agente de cobro en su nombre) no deberá iniciar una acción contra la persona del deudor, tales como órdenes de detención o "adjuntos corporales." Trinidad Health reconoce que un tribunal de justicia puede imponer una orden de detención u otra acción similar contra una persona acusada por el incumplimiento de la orden de un tribunal o por otras violaciones de la ley relacionadas con un esfuerzo de recolección. Mientras que en casos extremos de evasión intencional y falta de pago de un importe debido justamente cuando se dispone a hacerlo recursos adecuados, una orden judicial puede ser emitida; en general, el RHM utiliza en primer lugar sus esfuerzos para convencer a las autoridades públicas no tomar tal acción y, si no tiene éxito, considerar la procedencia de cesar el esfuerzo de recolección para evitar una acción contra la persona del deudor.

MMC-SC (o un agente de colección en su nombre) tomarán todas las medidas razonablemente disponibles para revertir las ACE relacionados a cantidades ya no debidas por los pacientes elegibles para la FAP.

MMC-SC puede tener un acuerdo aprobado por la oficina del sistema con una agencia de colección, siempre que tal acuerdo cumpla con los siguientes requisitos:

El acuerdo con la agencia de colección debe ser por escrito;

Ni MMC-SC ni la agencia de colección pueden, en cualquier momento iniciar acciones contra la persona del deudor, tales como órdenes de arresto o "adjuntos corporales;"

El acuerdo debe definir las normas y alcance de las prácticas para ser utilizado por los agencias de colección externas que actúen en nombre de MMC-SC, todos los cuales deben estar en conformidad con este procedimiento;

Ninguna acción legal puede ser realizada por la agencia de colección sin la previa autorización por escrito de MMC-SC;

Los servicios legales de Trinity Health deben aprobar todos los términos y condiciones del contrato de los abogados para representar a MMC-SC en la colección de cuentas de los pacientes;

Todas las decisiones en cuanto a la manera en que el reclamo es manejado por el abogado, si la demanda ha de ser reducida, si el reclamo se ve comprometido o se haya asentado, si la reclamación ha de ser devuelto a MMC-SC, y cualquier otros asuntos relacionados con la resolución de la reclamación por el abogado serán tomadas por MMC-SC en consulta con los servicios legales de Trinity Health.

Cualquier solicitud de acciones legales para cobrar un fallo (es decir, gravamen, embargo, el examen de deudor) debe ser aprobada por escrito y por adelantado con respecto a cada cuenta por el representante de MMC-SC autorizado apropiado como se detalla en la sección (IV)(d)(v);

MMC-SC debe reservarse el derecho de suspender las acciones de colección en cualquier momento con respecto a cualquier cuenta específica; y

MMC-SC must reserve the right to discontinue collection actions at any time with respect to any specific account; and

Implementación de Políticas precisa y consistentes

Los representantes de MMC-SC Servicios Financieros del Paciente y los departamentos de acceso al paciente educaran a los miembros del personal que trabajan en estrecha colaboración con los pacientes (incluidos los que trabajan en el registro de pacientes y de admisión, ayuda financiera, atención al cliente, facturación y colecciones, consultorios médicos) sobre la facturación, asistencia financiera, las políticas de colección y prácticas, y el tratamiento de todos los pacientes con dignidad y respeto, independientemente de su estado de seguro médico o su capacidad para pagar los servicios.

MMC-SC cumplirá los compromisos de apoyo financiero que fueron aprobados bajo las directrices anteriores de asistencia financiera.

Otros descuentos

Descuentos por pago puntual: MMC-SC pueden desarrollar un programa de descuentos por pago puntual que se limitará a los saldos iguales o mayores de \$ 200.00 y será no más del 20% del saldo adeudado. El descuento pago puntual se va a ofrecer en el momento del servicio y registrado como un ajuste contractual y no puede reportarse como cuidado de la caridad en los estados financieros.

Descuentos por Auto-Pago : MMC-SC aplicará un descuento estándar de auto-pago en los cargos de todos los pacientes registrados como auto-pago que no califiquen para asistencia financiera (por ejemplo, > 400% del FPL) en base a la tasa comercial de más alto pago.

Descuentos adicionales: Los ajustes superiores a los porcentajes de descuento descritos en este procedimiento

podrán formular sobre una base caso por caso, en una evaluación de la posibilidad de cobro de la cuenta y autorizadas por los niveles de aprobación establecidos del ministerio regional de salud.

Si alguna disposición de FAP está en conflicto con el requisito de la ley del estado en el que opera el ministerio de salud Trinity Health, la ley estatal sustituirá a la disposición en conflicto y el ministerio regional de salud actuará de conformidad con las leyes estatales aplicables.

ÁMBITO / APLICABILIDAD

Este procedimiento se aplica a todos mediadoras de Trinity Health que operan con licencia hospitales libres de impuestos. Las organizaciones de salud que no estén exentas de impuestos pueden establecer sus propios procedimientos de asistencia financiera para otros servicios de salud que prestan y se les anima a utilizar los criterios establecidos en este procedimiento FAP como orientación.

Este procedimiento se basa en una "política de espejo" de Trinity Health Por lo tanto, todos mediadoras y Subsidiarias de Trinity Health que operan con licencia libres de impuestos están obligados a adoptar un procedimiento local que "refleje" (es decir, es idéntico a) el procedimiento de trabajo Sistema . Las preguntas en este sentido deben ser remitidas a la Oficina de Salud Trinidad del Consejo General.

V. REFERENCIAS:

- Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible Ley estatutaria sección 501 (r)
- Servicio de Impuestos Internos Anexo H (Formulario 990)
- Departamento de Hacienda, Servicio de Impuestos Internos, Requisitos adicionales para Hospitales de Beneficencia; Propuesta de norma: Volumen 77, Nº 123, Parte II, 26 CFR, Parte 1

- Patient Protection and Affordable Care Act statutory section 501(r)
- Internal Revenue Service Schedule H (Form 990)
- Department of Treasury, Internal Revenue Service, Additional Requirements for Charitable Hospitals; Proposed Rule: Volume 77, No. 123, Part II, 26 CFR, Part 1

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS Y OTROS MATERIALES

- Trinity Health Ingresos Política de Excelencia N ° 1: "Asistencia financiera a los pacientes" ("FAP")
<http://intranet.trinity-health.org/web/policies-procedures/table-of-contents#finance>
- Trinity Health Ingresos Política de excelencia N° 2: "El pago de las primas QHP y Cargas Paciente"
<http://intranet.trinity-health.org/web/policies-procedures/table-of-contents#finance>
- Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible: Sección Estatutario 501 (r)
- Servicio de Impuestos Internos Anexo H (Formulario 990)
- Departamento de Hacienda, Servicio de Impuestos Internos, Requisitos adicionales para Hospitales de Beneficencia; Regla Final: Volumen 79, Nº 250, Parte II, 26 CFR, Parte 1
- Políticas de EMTALA individual RHM
- Trinity Health Revenue Excellence Policy No. 1: "Financial Assistance to Patients" ("FAP")
<http://intranet.trinity-health.org/web/policies-procedures/table-of-contents#finance>
- Trinity Health Revenue Excellence Policy No. 2: "Payment of QHP Premiums and Patient Payables"
<http://intranet.trinity-health.org/web/policies-procedures/table-of-contents#finance>
- Patient Protection and Affordable Care Act: Statutory Section 501(r)
- Internal Revenue Service Schedule H (Form 990)
- Department of Treasury, Internal Revenue Service, Additional Requirements for Charitable Hospitals; Final Rule: Volume 79, No. 250, Part II, 26 CFR, Part 1
- Individual RHM's EMTALA Policies