


POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO – BORRADOR 09.21.2016

	Fecha de entrada en vigencia: septiembre de 2015	Manual general de la política	Política N.º: 2.10
	Original – 1/91 Revisión	Página 1 de 4	Título: Política de asistencia financiera (Programa de atención comunitaria)

I. OBJETIVO:

El objetivo de esta política es ayudar a aquellas personas que no pueden pagar los servicios prestados y cumplir con la misión caritativa de Stoughton Hospital mediante la prestación de servicios de emergencia y otros servicios de atención médica médicamente necesarios para todas las personas, independientemente de su capacidad de pago. Esta política describe las circunstancias bajo las cuales Stoughton Hospital proporcionará atención con descuentos a pacientes con dificultades financieras.

II. POLÍTICA Y ALCANCE:

Stoughton Hospital reconoce que ciertas personas no pueden pagar de manera completa, o parcial, los servicios prestados por la institución. Stoughton Hospital proporcionará asistencia financiera a pacientes elegibles. Dicho proceso se encuentra descrito en esta Financial Assistance Policy (FAP, Política de asistencia financiera). Stoughton Hospital es una organización caritativa exenta de impuestos según el Internal Revenue Code (IRC, Código de Impuestos Internos), 501(c)(3). El Anexo B adjunto describe los servicios y los consultorios de los proveedores que están cubiertos según esta política.

III. FILOSOFÍA:

El programa de atención comunitaria de Stoughton Hospital no es un programa de derecho a subsidio y no se considera un sustituto de responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de Stoughton Hospital para obtener el seguro disponible u otras formas de pago, y que contribuyan con el costo de su atención según su capacidad individual de pago. El programa de atención comunitaria significa atención de caridad ofrecida a los pacientes que, por motivos económicos, sean incapaces de pagar todos los cargos, según lo determinado por Stoughton Hospital. El programa de atención comunitaria se administrará independientemente de la raza, el credo, el color, el sexo, la nacionalidad, la orientación sexual, la discapacidad, la edad o la fuente de ingresos.

IV. DEFINICIONES:

Hospital: Establecimiento que el estado requiere que esté autorizado, registrado o reconocido como un hospital. Los distintos edificios operados por un hospital bajo una única licencia estatal se consideran que forman parte de un único hospital. Para los propósitos de esta política, Stoughton Hospital Home Health, Stoughton Hospital OrthoTeam Clinic, Stoughton Hospital Oregon Rehabilitation and Sports Medicine Clinic and Urgent Care y Stoughton Hospital Stoughton Rehabilitation and Sports Medicine Clinic se incluyen en esta política.

Período de la solicitud: Se define como el tiempo que el hospital les proporciona a los pacientes para completar la solicitud de asistencia financiera. Este comienza el primer día que se proporciona la atención y finaliza el día número 240 después de que el hospital brinde a la persona la cuenta de cobro posterior al alta por la atención prestada.

Tamaño del grupo familiar: El término tamaño del grupo familiar es definido por el Internal Revenue Service (IRS, Servicio de Impuestos Internos) y equivale a la cantidad de personas para las cuales el contribuyente puede realizar una deducción en la declaración de impuestos federales. Si la documentación impositiva del IRS no está disponible, el tamaño del grupo familiar se determinará según la cantidad de familiares documentados y verificados en la solicitud de asistencia financiera.

Nivel de pobreza federal (FPL): La cantidad mínima establecida de ingresos brutos que una familia necesita para alimentos, vestimenta, transporte, vivienda y otras necesidades. Está determinado por el Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos), se ajusta según la inflación y se informa anualmente a través de las pautas de pobreza.

Asistencia financiera: Se define como los servicios de atención médica gratuitos o con descuentos que se proporcionan a una persona que no puede pagar la totalidad o una parte de las responsabilidades financieras del servicio y que cumple con los criterios de la política de asistencia financiera de Stoughton Hospital.

Montos generalmente facturados a personas que tienen seguro (AGB)/limitaciones de los cargos: Stoughton Hospital limita el monto que se cobra por la atención de emergencia y la atención médicamente necesaria prestadas a los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera según esta política, para que no sea mayor que los cargos brutos por atención multiplicado por el porcentaje de Amounts Generally Billed (AGB, montos generalmente facturados). El porcentaje de AGB se determina mediante el uso del método de actualización. Conforme a este método, se utilizan todos los reclamos pagados por Medicare (pago por servicio) durante los últimos 12 meses. Para estos reclamos, la suma de todos los montos de reembolso permitidos se divide por la suma de los cargos brutos asociados. El porcentaje de AGB se calcula, en un mínimo anual, con la implementación de no más de 120 días después de la finalización del período de 12 meses utilizado.

Descuento de AGB = 39 %

Responsabilidad del paciente: El monto que un paciente es personalmente responsable de pagar después de todos los descuentos disponibles, que incluye el descuento para los no asegurados, el descuento de asistencia financiera y el descuento debido a la limitación de cargos a los pacientes según las regulaciones 501(r).

Paciente con seguro insuficiente: El paciente tiene algún nivel de seguro o asistencia de terceros, pero aún tiene gastos de bolsillo que exceden sus capacidades financieras.

Paciente no asegurado: El paciente no cuenta con ningún nivel de seguro o asistencia de terceros para cumplir con sus obligaciones de pago.

Descuento para pacientes no asegurados: El descuento sobre los cargos brutos proporcionado a cualquier paciente que indique en el registro que no cuenta con ninguna tercera parte o institución gubernamental que se haga responsable del pago de su atención. El descuento actual para los no asegurados es del 39 %.

V. PROCEDIMIENTO

A. Servicios elegibles: Para los propósitos de esta política, todos los servicios de emergencia y aquellos médicamente necesarios prestados por el hospital son elegibles.

Los siguientes servicios de atención médica no se consideran médicamente necesarios y no son elegibles según esta política:

- Los tratamientos cosméticos o los procedimientos que no se relacionan con malformaciones congénitas o desfiguraciones físicas graves causadas por lesiones o enfermedades que se determinan que no son médicamente necesarios.
- Los programas Lifeline, Home Health Trusted Hands, de atención de apoyo y cardíacos de la fase III.
- Cualquier otro servicio o procedimiento que un médico con licencia determine que no es médicamente necesario.

B. Elegibilidad:

Elegibilidad según el programa de atención comunitaria: La capacidad del solicitante de pagar la totalidad o parte de los cargos facturados del hospital se determinará según cada caso para las personas que:

- tengan seguro de salud limitado o no tengan seguro de salud;
- cooperen con las políticas y los procedimientos de Stoughton Hospital;
- demuestren necesidad financiera;
- suministren toda la información necesaria para procesar la solicitud; y
- reembolsen al hospital cualquier dinero pagado directamente al paciente por el seguro.

Elegibilidad presuntiva: es posible que a los pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad presuntiva, según esta Sección, se les otorgue asistencia financiera sin completar la solicitud de asistencia financiera. La documentación que respalda la calificación o participación del paciente en un programa que se indica a continuación, según corresponda, debe obtenerse y conservarse en los archivos. La documentación puede incluir una copia de la tarjeta emitida por el gobierno u otra documentación que indique la elegibilidad o calificación, o la impresión de pantalla del sitio web que indique la elegibilidad del paciente. Salvo que se indique lo contrario, el paciente que presuntamente sea elegible, según estos criterios presuntivos, continúa siendo elegible durante los seis

meses posteriores a la fecha de aprobación inicial, excepto que el personal del hospital tenga motivos para creer que el paciente ya no cumple con los criterios presuntivos.

Los pacientes que califican y que reciben beneficios de los siguientes programas pueden ser presuntamente elegibles para recibir el 100 % de la asistencia financiera:

- El *Food Stamp Program (Programa de cupones de alimentos)* del U.S. Department of Agriculture Food and Nutrition Service (Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de Estados Unidos).
- Programa Medicaid.
- Programa de asistencia de nutrición Women, Infants, and Children (WIC, Mujeres, Niños y Bebés).

Los pacientes que se encuentran en las siguientes situaciones pueden ser presuntamente elegibles para recibir el 100 % de la asistencia financiera:

- Han fallecido por condiciones desconocidas.
- Han sido declarados en bancarrota por el tribunal.
- Son indigentes o han recibido atención de una clínica gratuita para indigentes.

Una determinación de asistencia financiera sin la presentación de otra solicitud entrará en vigencia durante un período de hasta 6 meses a partir de la fecha en que se aprobó la solicitud para servicios de urgencia o emergencia e incluirá todas las cuentas por cobrar pendientes, incluidas aquellas de las agencias de deudas incobrables.

Servicios electivos del programa:

Los arreglos para la atención comunitaria para los servicios programados deben realizarse antes de recibir los servicios. El paciente debe comunicarse con el Patient Financial Services Department (Departamento de Servicios Financieros para el Paciente) del hospital para proporcionar la información necesaria.

C. Método para solicitar asistencia financiera

Solicitud: a fin de ser elegible para la consideración de la asistencia financiera, el paciente o el garante deben proporcionarle al hospital una solicitud de asistencia financiera completa y la documentación de respaldo requerida. La solicitud debe completarse mediante el uso de la información recopilada por escrito, de manera oral o mediante una combinación de ambas opciones.

Los pacientes también pueden presentar una solicitud oralmente, ya sea por teléfono con un representante de Patient Financial Services (Servicios Financieros para el Paciente) o personalmente ante un consejero de Patient Financial Services. El representante o consejero de Patient Financial Services documentará las respuestas del paciente en el formulario de la solicitud. Asimismo, el paciente verificará y dará fe de toda la información. Debe suministrarse toda la documentación de respaldo para que la solicitud se considere completa.

Un representante del Patient Financial Services Department determinará la elegibilidad inicial y el director de Finanzas o el vicepresidente sénior de Finanzas dará la aprobación final.

Se aplicarán los siguientes criterios de manera consistente y equitativa:

1. Cobertura de seguro médico.
2. Ingresos personales o familiares.
3. Tamaño de la familia del paciente.
4. Revisión de las responsabilidades del paciente o de la familia.
5. Recursos financieros del paciente o de la familia que no sean ingresos.
6. Una revisión de los bienes, lo que incluye dinero en efectivo, ahorros, acciones y otros bienes líquidos, vivienda y terrenos, vehículos, propiedades personales utilizadas en la producción de ingresos y otras propiedades personales de valor razonable.

Generalmente, a fin de ser elegible para recibir atención comunitaria, deben haberse solicitado y denegado todas las demás fuentes de financiación. Estas incluyen, entre otros, todos los programas municipales, estatales y federales. Cualquier cuenta pendiente de la consideración de elegibilidad de otra fuente de pago se excluirá de la consideración.

Nuestro hospital tiene en cuenta los siguientes factores a la hora de determinar la elegibilidad para la asistencia financiera en situaciones de catástrofe:

- El monto que debe el paciente en relación con sus medios totales.
- El estado médico del paciente o de su familia.
- El potencial de empleo del paciente en virtud de su afección médica o las capacidades en el mercado laboral.
- Si el paciente vive con ingresos fijos.
- Responsabilidades existentes, como hipoteca, matrícula escolar o préstamo para automóvil o la universidad.
- Nivel y tipo de bienes.

A fin de ser elegible según el plan de atención comunitaria, los ingresos familiares combinados del solicitante no deben exceder el nivel establecido anteriormente por el hospital conforme a las pautas del Nivel Federal de Propiedad y al Sistema de Tarifas Uniformes del Estado de Wisconsin, el cual existe en el momento de la solicitud. (Consulte las pautas adjuntas).

El hospital requerirá una copia del formulario W2, la declaración de impuestos u otra prueba de ingresos o bienes del solicitante.

Solicitudes incompletas: todas las solicitudes incompletas recibirán una carta de notificación, donde se detallará la información que es necesaria para satisfacer los requisitos de documentación para la elegibilidad. Si el solicitante envía una documentación incompleta por segunda vez, este recibirá una carta y una llamada telefónica en la que se intentará notificar al paciente acerca de que la solicitud no está completa.

Notificación de aceptación o denegación: Se notificará a los solicitantes de la atención comunitaria por medio de una carta de aceptación o denegación dentro de un período de tiempo razonable cuando se haya determinado si cumplen o no con los requisitos de elegibilidad, y si no son elegibles para los programas gubernamentales municipales, estatales o federales.

Proceso de apelación del paciente:

1. Se le deberá notificar al paciente a quien se le deniegan los fondos para la atención comunitaria debido a que su nivel de ingresos excede las pautas, sobre el derecho que tiene a solicitar una revisión de la determinación inicial.
2. El paciente puede presentar la solicitud de revisión por escrito u oralmente, y debe establecer el motivo de su solicitud.
3. La revisión debe llevarse a cabo por un panel conformado por el director de Finanzas y al menos algún otro miembro de administración. La decisión del panel de revisión será final.

Si el paciente no califica inicialmente para recibir asistencia financiera, puede volver a presentar una solicitud si existiera un cambio en los ingresos, bienes o responsabilidades familiares.

D. Actividad de cobro

Stoughton Hospital no se involucrará en acciones de cobro extraordinarias antes de realizar un esfuerzo razonable para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera según esta política.

Los esfuerzos razonables incluirán las siguientes acciones:

1. Comprobar que el paciente deba las facturas impagas y que todas las fuentes de pago de terceros hayan sido identificadas y facturadas por el hospital.
2. Documentación de que Stoughton Hospital ofreció o intentó ofrecer al paciente la oportunidad de solicitar asistencia financiera en conformidad con esta política y que el paciente no ha cumplido con los requisitos de solicitud del hospital.
3. Documentación de que se ofreció al paciente un plan de pago, pero que este no respetó los términos del plan.

Las acciones de cobranza extraordinarias pueden incluir el informe a las oficinas crediticias nacionales. Si nuestra agencia de cobro identifica que un paciente cumple con los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera, es posible que la cuenta del paciente se considere para recibir asistencia financiera. La actividad de cobro se suspenderá en las cuentas y la solicitud de asistencia financiera se someterá a revisión. Si se ajusta el saldo total de la cuenta, la cuenta se devolverá. Si se realiza un ajuste parcial, el paciente no coopera con el proceso de asistencia financiera o si el paciente no es elegible para la asistencia financiera, la actividad de cobro se reanudará.

E. Información de atención comunitaria proporcionada al público:

Se publicarán avisos adecuadamente y el hospital comunicará la disponibilidad de la atención comunitaria a todos los pacientes y dentro de la comunidad. Las copias de la Política de asistencia financiera 2.10 (atención comunitaria), la solicitud de atención comunitaria y el Resumen de la política en lenguaje sencillo estarán disponibles por correo postal, en el sitio web de Stoughton Hospital y personalmente en los departamentos de recepción del hospital o de Patient Financial Services. El departamento de Patient Financial Services de Stoughton Hospital está disponible por teléfono, llamando al (608) 873-2257, para responder todas las preguntas sobre esta política, o bien, los pacientes deben dirigirse a la oficina de Patient Financial Services del hospital para obtener esta información personalmente.

Stoughton Hospital desarrollará un Plain Language Summary (PLS, Resumen de la política en lenguaje sencillo) de esta política, el cual estará disponible por correo, en el sitio web de Stoughton Hospital y personalmente en el hospital. El PLS se ofrecerá como parte del proceso de admisión o alta del paciente, y se incluirá en el aviso escrito que es posible que se tomen Acciones de cobro extraordinarias contra dicho paciente. La política de asistencia financiera, el Resumen en lenguaje sencillo y todos los formularios de asistencia financiera deben estar disponibles en inglés y en cualquier otro idioma en el que las poblaciones con dominio limitado del inglés (LEP) constituyan al menos 1000 personas o más del 5 % del servicio comunitario por parte del hospital. Estos documentos estarán disponibles en español y albanés. Estos documentos traducidos estarán disponibles por correo, en el sitio web de Stoughton Hospital y personalmente en el hospital.

Estos avisos y documentos pueden proporcionarse de manera electrónica.

VI. COORDINACIÓN:

Propietario: Director de Finanzas

Revisado por:

Director de Finanzas/Vicepresidente sénior de Finanzas
Consejo administrativo
Comité general de revisión de políticas
Junta directiva

Presidente/Director ejecutivo

Fecha

Anexo A: Pautas para los ingresos de atención comunitaria de Stoughton Hospital

2016

La elegibilidad para el Fondo de atención comunitaria de Stoughton Hospital se basa en el nivel de pobreza federal conforme a las siguientes pautas de ingresos anuales:

Tamaño del grupo familiar	FPL	100 % Contabilización de pérdidas 150 % del FPL	80 % Contabilización de pérdidas 160 % del FPL	60 % Contabilización de pérdidas 170 % del FPL	40 % Contabilización de pérdidas 180 % del FPL
1	11,880	17,820	19,008	20,196	21,384
2	16,020	24,030	25,632	27,234	28,836
3	20,160	30,240	32,256	34,272	36,288
4	24,300	36,450	38,880	41,310	43,740
5	28,440	42,660	45,504	48,348	51,192
6	32,580	48,870	52,128	55,386	58,644
7	36,730	55,095	58,768	62,441	66,114
8	40,890	61,335	65,424	69,513	73,602

Para las unidades familiares con más de 8 miembros, agregue \$4,060 por cada miembro adicional.

Anexo B: Programa de proveedores que no sean Stoughton Hospital

(Actualizado 9.21.2016)

Nombre del consultorio del proveedor	Elegible para recibir asistencia financiera según la Política 2.10	No elegible para recibir asistencia financiera según la Política 2.10
Associated Pathologists		X
Médicos de Dean Health Systems		X
Beam Healthcare, S.C.	X	
Madison Radiologists		X
Médicos de Meriter		X
Médicos de Southern WI Emergency Associates, S.C.	X	
Médicos de UW		X

El programa del proveedor se actualiza de manera trimestral.