

Stevens Community Medical Center	
Asunto: OPCIONES FINANCIERAS DEL PACIENTE (ASISTENCIA FINANCIERA, CUIDADOS DE CARIDAD, CUIDADO COMUNITARIO DE STEVENS)	Página: 1 of: 4
	Fecha de vigencia: 15/09/2017
Departamento : Oficina de servicios de cuentas del paciente	Fecha revisada: 09/2019
	Revisión anual:
Aprobado por: CEO, Oficina de Servicios de Cuentas de Pacientes, Finanzas	

DECLARACIÓN DE POLÍTICA:

La política de Stevens Community Medical Center (SCMC) es garantizar que nuestros pacientes recibirán la atención médica médicamente necesaria que necesitan, independientemente de su capacidad de pago. Trabajamos con excelencia para ayudar a nuestros pacientes con sus preocupaciones financieras de una manera respetuosa y digna. SCMC otorgará asistencia financiera a todos los pacientes que cumplan con las pautas establecidas en esta política. Se ofrece asistencia financiera a los pacientes que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente o que de otra manera tienen dudas sobre su capacidad de pago. Se otorgará asistencia financiera parcial o total en función de la capacidad del paciente para pagar los cargos facturados.

DEFINICIONES SCMC

Pautas federales de pobreza: pautas de ingresos emitidas anualmente cada año en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Las pautas son una simplificación de los umbrales de pobreza para usar con fines administrativos que incluyen, determinar la elegibilidad financiera para ciertos programas federales.

Cantidad generalmente facturada (AGB): a un paciente que se determine que es elegible para Asistencia Financiera no se le puede cobrar más que las cantidades generalmente facturadas por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en comparación con los pacientes que tienen seguro para dicha atención. Este cálculo se aplicará a los cargos brutos. La Oficina de Servicios de Cuentas de Pacientes puede proporcionar detalles sobre la cantidad de descuento porcentual.

Asistencia financiera – también llamado Atención comunitaria de Stevens, atención de caridad, escala de tarifas móviles y atención con descuento

Atención y servicios médicamente necesarios: servicios o suministros de emergencia u otros servicios de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas y que cumplan con los estándares aceptados de medicina. Algunos ejemplos de servicios no médicamente necesarios son la atención, las pruebas o el tratamiento experimental o no tradicional, los procedimientos de derivación gástrica, los servicios minoristas como anteojos o lentes de contacto, servicios electivos, cosméticos, anticonceptivos, transporte, alimentos, equipo médico duradero, circuncisión y prescripciones.

Proveedores no cubiertos: los servicios de accidente cerebrovascular de telemedicina proporcionados en la sala de emergencias (si corresponde para la atención del paciente) no están cubiertos por la Política de asistencia financiera de SCMC y son facturados y provistos por Centracare St. Cloud Hospital. Los proveedores visitantes adicionales (Dr. Unger, Dr. Norgard, Dr. Porter, Rebecca Younk que alquilan espacio de SCMC y brindan atención en una ubicación de proveedor visitante no están cubiertos por la Política de Asistencia Financiera de SCMC.

Proveedores cubiertos: todos los proveedores de SCMC y las clínicas de SCMC están cubiertos con la excepción de los proveedores en la sección No cubierta anterior. Los proveedores de la sala de emergencias en el lugar son parte de la práctica grupal de SCMC y sus servicios están cubiertos por nuestra Política de asistencia financiera.

Determinaciones de cobertura presunta: determinaciones de elegibilidad basadas en software de evaluación financiera u otros medios simplificados, como el historial de pagos anterior. La elegibilidad presunta solo se usa como referencia para asistencia financiera y, a partir de ahí, todos los pacientes deben completar la solicitud de asistencia financiera (se revisará el tamaño de la familia y los ingresos) para determinar la elegibilidad y los descuentos.

Ingresos: ingresos recibidos de forma regular (excluyendo ciertos ingresos monetarios, como ganancias de capital) antes de los pagos de impuestos sobre la renta personal, seguridad social, cuotas sindicales, deducciones de Medicare, etc.

Tamaño de la familia: una familia es un grupo de dos personas o más (una de las cuales es la cabeza de familia) relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que residen juntas; Todas esas personas (incluidos los miembros de la subfamilia relacionados) se consideran miembros de una familia.

Hogar: un hogar incluye a todas las personas que ocupan una unidad de vivienda como su lugar habitual de residencia.

Descuento en el pago inmediato: se ofrece un descuento del 10% si los pacientes lo solicitan para las cuentas pagadas en su totalidad en la facturación del primer estado de cuenta.

Descuento de auto pago: hay un descuento de auto pago aplicado automáticamente para cualquier persona sin cobertura de seguro médico. Porcentaje sujeto a cambio anual basado en el cálculo de AGB. La Oficina de Servicios de Cuentas de Pacientes puede proporcionar detalles sobre el monto del porcentaje de descuento.

PROCEDIMIENTO

Referencias de asistencia financiera

- Los pacientes pueden ser referidos al programa de Asistencia Financiera de varias maneras. Los pacientes pueden autor referirse obteniendo una solicitud de asistencia a través del sitio web, llamando a la Oficina de Servicios de Cuentas de Pacientes y solicitando una por correo o en persona en la Oficina de Servicios de Cuentas de Pacientes de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 4:30 p.m. SCMC tiene letreros para compartir información sobre el programa de Asistencia Financiera ubicado en varios lugares, así como en el sitio web.
- El personal de Servicios de cuentas de pacientes (PAS) revisa periódicamente sus informes de antigüedad y sus listas de trabajo diarias e identificará a pacientes con necesidades financieras potenciales, por ejemplo, pacientes sin seguro, pacientes con un historial de deudas incobrables, potencialmente vulnerables Adultos y pacientes con cobertura anterior de Medicaid que ahora no tienen seguro. El personal enviará las solicitudes a los pacientes a su discreción en un intento de ofrecer oportunidades a los pacientes que pueden beneficiarse de la Asistencia Financiera.
- El personal de SCMC puede referir a los pacientes de manera rutinaria al programa de Asistencia Financiera y el personal de PAS trabajará con los pacientes para evaluar las opciones de seguro y / o ayudarlos con el proceso de Asistencia Financiera.
- A los pacientes del hospital, como pacientes hospitalizados o pacientes de observación, se les pregunta de manera estándar si tienen problemas financieros al ingreso. Si el paciente indica una inquietud, el personal del PAS se reunirá con el paciente con la aprobación del paciente para determinar las opciones de asistencia.
- Las solicitudes de resumen de asistencia financiera en lenguaje sencillo y asistencia financiera están disponibles en el sitio web, en la oficina de PAS, en el lobby de registros y en las ubicaciones de ER.

Proceso de solicitud

- SCMC es un sitio de consejero de solicitud certificado de MNSure que acepta y envía solicitudes de MNSure para ayudar mejor a nuestros pacientes a obtener cobertura de seguro para cumplir con las pautas de ACA y ayudar a nuestros pacientes con una cobertura más amplia.

- SCMC es también un sitio de detección de Elegibilidad Presunta del Hospital (HPE) para inscribir pacientes que cumplen con los criterios en un programa de Asistencia Médica a corto plazo.
- Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera en cualquier momento que haya una necesidad identificada. Los descuentos se basan solo en los ingresos y el tamaño de la familia. Los pacientes deben cooperar y completar el proceso de solicitud y presentar las pruebas requeridas:
 - A. Copia de los recibos de pago más recientes que equivalgan al ingreso de un mes para cualquier asalariado que contribuya al hogar
 - B. Copia de su declaración de impuestos 1040 más reciente. Si la declaración de impuestos no está disponible, entonces necesitamos uno de los siguientes:
 - 1. Carta de adjudicación de seguridad social
 - 2. Prueba de no presentación del IRS (llame al 800-829-1040 para obtener una copia)
 - C. Copia de toda la información del seguro de salud.
 - 1. Si no tiene seguro y es elegible, el paciente debe buscar cobertura active
- Se completa un formulario de gastos como un paso de verificación adicional, esto ayuda en la determinación de casos en los que hay circunstancias pendientes que no pueden explicarse solo con las pruebas requeridas. Por ejemplo, cuando la información sobre salarios o impuestos no proporciona una imagen completa de la capacidad de pago del paciente.
- Es posible que se requieran pruebas adicionales e incluyan otras explicaciones detalladas, como para aquellas personas que trabajan por cuenta propia donde la información fiscal muestra la capacidad de pago pero el paciente indica dificultades, etc.
- Se pide a los solicitantes que informen cualquier cambio en los ingresos, el tamaño de la familia o la cobertura del seguro y SCMC se reserva el derecho de solicitar a los pacientes que vuelvan a presentar una solicitud si tenemos conocimiento de los cambios de elegibilidad que pueden afectar su cobertura de seguro o Asistencia Financiera.
- Si no devuelve la solicitud de Asistencia Financiera dentro de los 30 días a partir de la fecha de envío, se reanudarán los esfuerzos razonables de cobranza.
- La falta de respuesta a las solicitudes de información adicional dentro de los 60 días dará como resultado la denegación de la solicitud actual de Asistencia Financiera y la necesidad de que el paciente vuelva a solicitarla.
- No se realizarán determinaciones de cobertura presuntivas, excepto cuando un paciente tenga un poder notarial o un paciente sea identificado como un adulto vulnerable. Se pueden aprobar pasos alternativos de verificación simplificada en estos dos casos siempre que sean suficientes para determinar una necesidad basada en las pautas.

Determinación de elegibilidad financiera

- La solicitud se procesará dentro de los 30 días. Toda la información presentada se evaluará para determinar la capacidad de pago del paciente. SCMC compara el tamaño de la familia y los ingresos con las pautas de pobreza de SCMC.

Cuando las circunstancias individuales del paciente, incluido el tamaño de la familia y los ingresos por sí solos, no reflejan con precisión la capacidad de pago del paciente, los gastos de vida también se incluirán en la evaluación.

- Una vez que la Oficina de Servicios de Cuentas de Pacientes ha tomado una determinación de elegibilidad, el porcentaje de descuento oscila entre 40-100%. Se enviará una carta y / o llamada telefónica con los resultados de elegibilidad al paciente. El porcentaje de elegibilidad es efectivo durante un año a partir de la fecha de aprobación del paciente.
- Si un paciente califica para un descuento parcial, se necesitan pagos mensuales para mantener la (s) cuenta (s) al día y evitar mayores esfuerzos de cobranza. Los términos del acuerdo de pago se acordarán en el momento de la determinación. SCMC sigue esfuerzos razonables de cobranza y se referirá a una agencia de cobranza cuando no se realicen los pagos; consulte la Política de facturación y cobranza para obtener más detalles.

Dirección Administrativa para Determinaciones

- Los servicios de Courage Cottage se considerarán para la Asistencia financiera solo para pacientes que se consideran pacientes de hospicio y donde las fuentes de financiación se han agotado o están en riesgo de agotarse dentro de los 90 días. Los formularios de gastos se utilizarán para justificar qué parte del pago puede hacer el paciente.
- La Oficina de Servicios de Cuentas de Pacientes evaluará la mejor manera de ayudar a los pacientes con deudas médicas pasadas, y una aplicación retroactiva de asistencia puede aplicarse a cualquier período de 6 meses. Los pacientes pueden volver a solicitar las fechas actuales después de que esta determinación se haya realizado y se haya agotado.
- Los pacientes tienen un período de solicitud de 240 días para solicitar asistencia financiera. La ventana de 240 días comienza el primer día del estado de cuenta posterior al alta. Si se envió una cuenta a una agencia de cobros después de 120 días, la cuenta se devolverá de los cobros por un período de hasta 240 días si se completa el proceso de Solicitud de Asistencia Financiera y se determina la elegibilidad para descuentos
- Las cuentas que superan el período de solicitud de 240 días que se colocan en una agencia de cobranza externa por más de 30 días no son elegibles para la consideración de Asistencia Financiera. Las cuentas en este criterio colocadas menos de 30 días se considerarán para su eliminación de las colecciones si el proceso de solicitud se completa dentro de este plazo.

Archivos adjuntos:

Esfuerzos razonables para agotar las cuentas de los pacientes / Pautas razonables de pago

SCMC 2017

Servicios no cubiertos bajo asistencia financiera (a continuación, referencia)

SCMC 2019

Pautas de pobreza del SCMC

SCMC 2019

Solicitud de asistencia financiera de SCMC y carta de presentación

SCMC 2019

Resumen de asistencia financiera en lenguaje sencillo de SCMC

SCMC 2019

Referencias

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio Sección 501 (r)

Pautas federales de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

National Health Service Corps NHSC Programa de descuento de tarifa variable

<https://nhsc.hrsa.gov/downloads/discountfeeschedule.pdf>

Determinación de la escala de pobreza y los descuentos porcentuales: los descuentos de asistencia financiera se basan en el tamaño de la familia y los ingresos y se compararán anualmente con nuestro AGB calculado. SCMC utiliza Medicare y pagadores comerciales para realizar esta retrospectiva y el correspondiente AGB.

Las pautas de pobreza de SCMC se actualizarán anualmente con las pautas federales de pobreza publicadas actualmente, tal como se publica normalmente a fines de enero en el Registro Federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos.

La escala de pobreza derivada de SCMC tiene rangos de descuentos porcentuales al 100% para pacientes al 100% de las Pautas federales de pobreza, se ofrecen descuentos porcentuales parciales en varios incrementos del 130%, 170% y 200% de las Pautas federales de pobreza y se evaluarán anualmente para asegurar que apoyen a nuestra población de pacientes.

Servicios no cubiertos bajo el Programa de Asistencia Financiera:

Los servicios que se consideran servicios no médicamente necesarios, servicios basados en efectivo o servicios electivos no están cubiertos por la Asistencia financiera.

Algunos ejemplos de estos servicios incluyen, entre otros:

- Procedimientos de derivación gástrica, como la banda bariátrica

- Prueba genética
- Circuncisión
- Suministros y equipo médico duradero (plantillas para zapatos)
- Farmacia o recetas
- control de la natalidad
- Anteojos, suministros o lentes de contacto
- Servicios y suministros cosméticos.
- Transporte
- Comida
- Acceso directo al laboratorio (laboratorios de pago propio)

Además, los servicios excluidos de nuestra política se limitan a; audiología, servicios provistos en la ubicación del médico especialista visitante y servicios brindados a pacientes hospitalizados por SCMC por proveedores que no son de SCMC