

CENTRO MÉDICO REGIONAL DE CULLMAN MANUAL DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

Departamento: Servicios Financieros para Pacientes

N.º de póliza: PFS-141-103.03

Título: Asistencia Financiera

Fecha de entrada en vigencia: 1 de noviembre de 2006

Póliza:

Conforme a nuestra misión de promover el bienestar y proporcionar servicios médicos de excelencia de la forma más eficiente posible, el Centro Médico Regional de Cullman extenderá sus solicitudes de evaluación financiera a pacientes que necesiten servicios médicos y no puedan pagarlos y estén dispuestos/as a proporcionar documentación justificativa. Los servicios médicamente necesarios se definen a menudo como servicios y/o procedimientos que, si el/la paciente no recibe, podría perder un miembro o incluso su vida. Los procedimientos optativos y cosméticos no estarán contemplados bajo esta póliza.

La consideración de asistencia financiera para cubrir medicamentos y productos biológicos de alto costo, así como implantes, equipos, dispositivos ortopédicos y/o otros elementos de índole extraordinaria pueden limitarse únicamente a personas residentes del condado de Cullman. Dichas consideraciones se harán de conformidad con EMTALA y no afectarán la prestación de servicios de emergencia.

Se concederán descuentos completos a quienes califiquen si su ingreso es menor al 200% de los lineamientos federales de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) vigentes al momento. Se otorgarán descuentos parciales según una escala variable de hasta un 350% de las guías federales de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) (consulte la página 5 para conocer dicha escala). Puede que a los/las pacientes que podrían calificar para recibir asistencia pública se les indique que soliciten la asistencia potencial a la agencia correspondiente (aunque no será una exigencia).

Procedimientos:

Cómo solicitar la asistencia

1. En cualquier momento durante la evaluación financiera inicial y el proceso de cobro continuo, e incluso en situación de mora, a los/las pacientes que declaren que no pueden pagar se les ofrecerá una solicitud de evaluación financiera. Se aceptarán solicitudes hasta 240 días del inicio de la primera fecha de facturación. Cualquier actividad de cobro en marcha se suspenderá hasta que se haga una determinación con respecto a la solicitud.

2. Las solicitudes pueden hacerse personalmente en la oficina administrativa del hospital, que se encuentra en el primer piso del edificio principal. La dirección es:

1912 Alabama Hwy. 157
Cullman, AL 35058

Podrá acceder a las solicitudes a través del sitio web del hospital, www.cullmanregional.com o llamando a la línea de atención al cliente de la oficina administrativa al 256-737-2986.

3. Un/a representante de la oficina administrativa le explicará el proceso de solicitud de evaluación financiera y revisará la documentación necesaria con el/la paciente, el/la garante o el/la representante que dicho/a paciente designe. La documentación justificativa incluye, entre otros documentos:
 - Declaración fiscal más reciente
 - Copia de las tarjetas de seguro social o de algún tipo de identificación formal de todos los miembros del grupo familiar considerados en los lineamientos de ingresos
 - Extracto bancario más reciente de su cuenta corriente o caja de ahorro
 - Todos sus compromisos de pago mensuales declarados en la aplicación Los requisitos de documentación para los gastos de rutina se pueden eximir o reducir si se considera razonable según el tamaño del grupo familiar del/la solicitante y su condición de vivienda. Estos incluyen, generalmente, facturas de servicios, gasolina y productos alimenticios.
 - Prueba de ingreso en forma de comprobantes de pago o una declaración certificada de su empleador con el nombre de este último, su dirección y su teléfono
 - Verificación certificada de cualquier ingreso que reciba de amistades, familiares, iglesias, organizaciones de caridad, etc.
 - Verificación escrita de un caso pendiente por incapacidad
4. Se espera que los/las pacientes completen la solicitud de evaluación financiera y cumplan con los requisitos indicados en la solicitud de documentación justificativa. Se requerirá que las solicitudes se entreguen dentro de los 30 días del alta para suspender cualquier medida de cobro innecesaria. Las solicitudes pueden enviarse por correo a P.O. Box 1108, Cullman, AL 35056, o personalmente a la dirección mencionada.

5. Los/las pacientes que no completen una solicitud, no paguen los servicios o no tomen las medidas adecuadas para pagar pueden quedar en situación de mora, a manos de un tercero que se encargue del cobro. Los/las pacientes pueden solicitar la asistencia aún en situación de mora. Solo se considerará que el/la paciente está en situación de mora a los 125 días del primer aviso de reclamación. La política de recolección de datos del hospital se explica en la póliza PFS-141-131.01 y puede consultarlo en la oficina administrativa del hospital o en su sitio web.
6. Los/las pacientes deben saber que puede que otros proveedores no necesariamente coincidan con nuestros criterios de aprobación de asistencia financiera, a menos que dichos proveedores estén empleados por el hospital. Otros proveedores pueden ser, entre otros, radiólogos, patólogos, anestesiastas, médicos de emergencia y/o otros proveedores a los que pueda recurrir en busca de atención especializada. Los/las pacientes deberán contactarse con los demás proveedores en forma directa por consultas con respecto a sus cuentas.

Exclusiones de los Requisitos de Documentación Justificativa

1. Determinación administrativa

- La administración del Centro Médico Regional de Cullman puede, si así lo considera analizando el caso en particular y sin una determinación previa, eximir a un/a paciente de presentar la documentación solicitada ante circunstancias especiales.
- Se documentarán los detalles de dichas situaciones en el informe resumido y con recomendaciones del/la asesor/a financiero/a.

2. Beneficiario/a de Medicaid

- Los/las pacientes que excedan su estadía hospitalaria permitida por Medicaid, según lo indica su aviso de pago, recibirán un ajuste del 100% al saldo de cuenta especificado. El código de ajuste indicará que se ha “agotado” Medicaid y asignará los cargos al número correspondiente del libro mayor de la organización de beneficencia.
- La oficina administrativa confirmará que el número de identificación del/la beneficiario/a es correcto en la declaración que se presentó a Medicaid.
- En caso de que el/la beneficiario/a tenga menos de 21 años, la oficina administrativa confirmará que no se debería haber ordenado ningún examen médico sistemático de detección y tratamiento tempranos (EPSDT, por sus siglas en inglés) en la declaración.

- Los/las beneficiarios/as que califiquen para uno de los programas pero reciban servicios que no se encuentren contemplados en el mismo pueden considerarse para el programa de beneficencia. La determinación estatal de calificación alcanzará como evidencia del estado de la organización de beneficencia.
- Los/las pacientes de Medicaid que reciban servicios que habitualmente se encuentran cubiertos por Medicare o por transportistas comerciales pero no se encuentren contemplados en el programa estatal, podrán considerarse bajo la política de la organización de beneficencia si los servicios son razonables y necesarios.

3. Pacientes de Good Samaritan Health Clinic

- Quienes posean una *tarjeta de identificación como pacientes de Good Samaritan Health Clinic* vigente durante la fecha de servicio para el que se solicita asistencia financiera no necesitarán completar la solicitud de evaluación financiera.
- La documentación justificativa quedará en la Clínica de referencia.

4. Duración

La aprobación de la organización de beneficencia permanecerá en vigencia durante 180 días a partir de la determinación inicial. Se concederán excepciones a pacientes que se encuentren aprobados/as dentro de un programa comunitario de lucha contra el cáncer. Si bien dichos/as pacientes se considerarán “de beneficencia” durante su tratamiento, puede haber circunstancias en las que se necesite algún tipo de actualización durante el período que dure el tratamiento.

Método para Calcular su Atención Gratuita o con Descuento

- Todos/as los/las pacientes pagarán el mismo monto independientemente de su método de pago. Para los/las pacientes que no reciban un descuento completo, el monto que se les facturará será el porcentaje del importe generalmente facturado.
- El importe generalmente facturado (AGB, por sus siglas en inglés) se determinará el 1 de enero de cada año a través de declaraciones pagas de los doce (12) meses anteriores. El porcentaje se actualizará el 1 de febrero de cada año y permanecerá en vigencia hasta el 31 de enero del año calendario siguiente.

- Según la referencia anterior, los pacientes que se encuentren por debajo del 200% de los lineamientos federales de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) recibirán un descuento del 100%. Los/las pacientes con un ingreso familiar mayor al 200% de los lineamientos federales de pobreza pero menos al 351% recibirán descuentos según la escala variable que se muestra a continuación.

Porcentaje del límite	Descuento de beneficencia
201% - 250%	75%
251% - 300%	50%
301% - 350%	25%

Revisión y Evaluación de Beneficencia

1. Los/las asesores/as financieros/as revisarán la solicitud de evaluación financiera con la documentación justificativa, obtendrán un informe crediticio del/la solicitante, resumirán la información y recomendarán su aprobación o rechazo.
 - A los/las pacientes con crédito bancario, tarjeta de crédito u otros medios se les podrá solicitar un depósito equivalente a la mitad de su línea de crédito como máximo.
 - Su índice de deuda a ingresos se calculará como el ingreso neto dividido por las facturas. Si supera o equivale el índice 2:1, se reevaluará la situación del/la paciente y sus opciones de pago.
2. Un/a gestor/a de servicios para pacientes evaluará las recomendaciones y las devolverá al/la asesor/a financiero/a si necesita información adicional. El/la gestor/a de servicios para pacientes puede aprobar casos menores a \$2,500.00. El/la director/a de servicios para pacientes puede aprobar casos de hasta \$10,000.00 y el/la gerente financiero/a, casos que superen los \$10,000.00.
3. El/la asesor/a financiero/a notificará al/la paciente del resultado de la evaluación, solicitará cualquier información adicional que se necesite para procesar la solicitud y explicará si necesita realizar algún pago.

Revisado: 09-18-2014, 12-06-2016, 02-01-18, 03-01-19

Modificado: 01/01/2008, 01/01/2009, 10/10/2009, 10/10/2010, 06/01/2011, 02/28/2012, 08/15/13, 01/15/2014, 12-06-2016, 02-09-18, 04-02-19

Recomendado por: Gene Lee, Director del Ciclo de Facturación

Aprobado por: Kim Albright, Directora Financiera Interina