Póliza y procedimiento de asistencia financiera

PROPÓSITO

De acuerdo con nuestra Declaración de Misión, Visión y Valores, Astria Sunnyside Hospital (ASH) cree que es imperativo brindar a nuestros pacientes no solo la mejor cuidado médico y accesibilidad que podemos brindar, sino también extender nuestro compromiso con nuestros pacientes durante todo el proceso de facturación de acuerdo con 501 (r) (4A) y el Código Administrativo de Washington (WAC), Capítulo 246-453. El objetivo de ASH es brindar cuidado de salud de calidad, independientemente de la capacidad del paciente para pagar por los servicios. Entendemos que los costos de atención médica generalmente son inesperados y también pueden ser muy abrumadores; sin embargo, nuestra capacidad para brindar atención no compensada es limitada. El proceso de solicitud no pretende imponer una carga indebida a la parte responsable teniendo en cuenta cualquier deficiencia sensorial, física o mental que pueda obstaculizar la capacidad de la parte responsable de cumplir con los procedimientos de la solicitud. Los solicitantes deberán recibir 14 días a partir de la fecha de la solicitud para proporcionar la documentación, tiempo durante el cual no se realizarán esfuerzos de recolección.

AUDIENCIA

Las personas que reciben cuidado en el Astria Sunnyside Hospital, consejeros financieros y el personal de admisión apropiado.

CONCEPTOS Y TÉRMINOS CLAVES

Para los fines de esta póliza, los términos a continuación se definen de la siguiente manera:

Cuidado de caridad: Servicios de atención médica que han sido o serán brindados por un proveedor y donde nunca se espera que resulten en entradas de efectivo. El cuidado de caridad es el resultado de la póliza de un proveedor para proporcionar servicios de atención médica gratuitos o con descuento para personas que cumplan con los criterios establecidos.

Familia: Usando la definición de la Oficina del Censo, un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las reglas de Servicio de Impuestos Internos (IRS), si el paciente reclama a alguien como dependiente en su declaración de impuestos, puede ser considerado un dependiente para los fines de la prestación de asistencia financiera.

Ingreso familiar: El ingreso familiar se determina utilizando la definición de la Oficina del Censo, que utiliza los siguientes ingresos al calcular las pautas federales de pobreza:

* Incluye ganancias, compensación por desempleo, compensación a los trabajadores,

Seguridad Social, Ingreso de Seguridad Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, sobreviviente beneficios, pensiones o ingresos de jubilación, intereses, dividendos, alquileres, ingresos de fincas, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia de fuera del hogar, y otras fuentes diversas - determinadas sobre una base antes de impuestos.

* Si una persona vive con una familia, incluye el ingreso de todos los miembros de la familia. (No parientes,tales como compañeros de casa, no cuentan.)

Sin seguro: El paciente no tiene un nivel de seguro o asistencia de terceros para ayudar con cumplir sus obligaciones de pago.

Seguro insuficiente: El paciente tiene algún nivel de seguro o asistencia de terceros, pero todavía tiene gastos de bolsillo que excedan sus capacidades financieras.

Cargos brutos: Los cargos totales a las tarifas establecidas plenas de la organización para la provisión de servicios de atención al paciente antes de la deducción de los ingresos se aplican.

Condiciones médicas de emergencia: Definidas en el sentido de la sección 1867 de la Ley de Seguridad Social. (Social Security Act) (42 U.S.C. 1395dd).

Médicamente necesario: Según lo define Medicare (servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión).

Pautas de pobreza: Las pautas de pobreza son una versión simplificada de los umbrales estadísticos de pobreza del gobierno Federal utilizados por la Oficina del Censo para preparar su estimaciones estadísticas del número de personas y familias en situación de pobreza. Las pautas de pobreza se utilizan principalmente con fines estadísticos. Sin embargo, el Departamento de Salud y Servicios Humanos utiliza los umbrales para la asistencia administrativa o los servicios de un federal programa determinado. Otros programas, como nuestro Programa de Asistencia Financiera (FAP), utilizan las pautas para el dar prioridad a las personas o familias de bajos ingresos en la prestación de asistencia o servicios. Nuestras pautas de pobreza se basan en el aumento de los precios del año pasado (calendario) como medido por el Índice de Precios al Consumidor. Las pautas de pobreza se publican en el Federal Register y son revisados anualmente.

Montos generalmente facturados (AGB): Ninguna persona elegible para asistencia financiera bajo la FAP se cobrará más por la atención médicamente necesaria que los montos generalmente facturados (AGB) para las personas que tienen un seguro que cubre dicho cuidado. ASH determina AGB basado en todas las reclamaciones pagado en su totalidad a ASH por Medicaid

y / o aseguradoras de salud privadas durante un período de 12 meses, dividido por los cargos brutos asociados a dichas reclamaciones.

PÓLIZA

Como cortesía y conveniencia para nuestros pacientes, nuestro Departamento de Servicios Financieros ofrece asistencia financiera a pacientes calificados que están exentos de seguro de conformidad con el ACA (Affordable Care Act) o tienen un seguro insuficiente y no tienen los recursos adecuados para pagar servicios médicamente necesarios que han sido provistos. Vea el Apéndice A para los servicios que están elegible para cobertura bajo el Programa de Asistencia Financiera (FAP). Las solicitudes para asistencia financiera se procesan de acuerdo con la póliza. Cualquier cuenta que haya ocurrido mas de los 180 días anteriores no será considerado para asistencia financiera. Ningún paciente / residente que cumpla con estos requisitos se le negará atención médica no compensada basada en la raza, credo, color, sexo, origen nacional, orientación sexual, discapacidad, edad o fuente de ingresos.

Nuestro programa es un pagador de último recurso y si el paciente califica para otro programa, que incluye, pero no se limite a: seguro patrocinado por el gobierno, planes de seguro del ACA (Affordable Care Act) y ha optado por no utilizar el programa (s); no son elegibles para nuestra programa de asistencia financiera. El ACA establece que todos deben tener seguro, pero ASH

considera la dificultad y el índice de deuda para aquellos que no tienen seguro y no califican para

planes de seguro subsidiados (es decir, Medicaid). Si el consejero financiero cree que otro

programa podría ser utilizado y fue rechazado, se solicitará una denegación antes de que se pueda considerar ser dado. Si no se puede obtener la denegación, nuestros consejeros financieros trabajarán con el paciente para acordar las condiciones de pago, en función de las circunstancias únicas y de conformidad con la póliza de pago de ASH.

El programa de asistencia financiera de ASH se administra junto con Pautas del Programa Federal de Pobreza que se utilizan en todo el país y que se refieren a los servicios médicos proporcionados en ASH solamente. Estas pautas incorporan razones para la edad, el número y las edades de los dependientes y proporcionan definiciones de familia y ingreso bruto. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos establece las Pautas Federales de Ingresos de Pobreza y aplica revisiones anuales para tener en cuenta

aumentos en el Índice de Precios al Consumidor.

ASH utiliza los niveles de ingresos de pobreza federales para propósitos de elegibilidad. El ingreso bruto del hogar del garante se compara con este nivel de pobreza. Si este total está por debajo del nivel del 150%, el 100% del saldo de la responsabilidad del paciente en las cuentas aprobadas será perdonado. Las cantidades serán perdonadas en base a la siguiente escala móvil.

NIVELES PORCENTAJE DE AJUSTE:

0-150% 100%

151-174% 75%

175-224% 50%

225-300% 25%

Above 300% 0%

PROCEDIMIENTO

Requisitos de elegibilidad

1. El programa de asistencia financiera de Astria Sunnyside Hospital deberá ser constante y administrado equitativamente de acuerdo con los requisitos de elegibilidad establecidos.

2. Todos los pacientes con un saldo de auto-pago pueden ser elegibles para asistencia financiera que puede incluir atención gratuita o con descuento como se indica en el Anexo B. Sin embargo, la asistencia generalmente excluye la atención que no se considera médicamente necesaria, o rechazada por pagadores del gobierno o de terceros, incluidos los procedimientos considerados electivos, experimentales o cosmética en la naturaleza.

3. El proceso completo de solicitud debe completarse, preferiblemente por el paciente / parte responsible. Falsificación de la información de la aplicación, falta de divulgación completa de todos los activos y / o los ingresos, o la negativa a cooperar dará lugar a la denegación de beneficios de asistencia financiera.

4. Todos los recursos de terceros y programas de ayuda financiera no hospitalarios, incluyendo la asistencia pública disponible a través del programa estatal de Medicaid deben agotarse antes que se puede considerar la asistencia financiera. Si un individuo ha solicitado y aún no ha recibido una determinación, la elegibilidad para asistencia financiera se pospondrá hasta se ha realizado la determinación de elegibilidad de Medicaid.

5. Astria Sunnyside Hospital se reserva el derecho de revisar el estado de elegibilidad en cualquier momento, y para modificar o anular la determinación de beneficio anterior si las circunstancias financieras han cambiado.

6. Prima Facie Write Offs: En el caso de que la identificación de la parte responsable como una persona indigente es obvia para el personal de Astria Sunnyside Hospital y pueden establecer que el ingreso de los solicitantes está claramente dentro del rango de elegibilidad, Astria Sunnyside Hospital otorgará asistencia de caridad basándose únicamente en esta determinación inicial. En estos casos, no se requiere que Astria Sunnyside Hospital complete una verificación completa o documentación. (de acuerdo con WAC 246-453-030 (3)).

**Método para solicitar asistencia financiera**

La solicitud de asistencia financiera (Anexo C) se puede completar antes o después de que los servicios están provistos. La solicitud debe ser recibida dentro de los 180 días posteriores al alta. Esta cláusula no cumple con WAC 246-453-020 (10), que establece que se puede hacer una designación en cualquier momento.

Los formularios pueden ser completados por el solicitante en el hogar o en el sitio con la asistencia de personal de Servicios Financieros del Paciente. Toda la documentación de respaldo requerida debe incluirse junto con el solicitud.

La solicitud se puede obtener como se describe en la siguiente sección:

1. Teléfono: 509-837-1554

2. Dirección: Astria Sunnyside Hospital, 1016 Tacoma Avenue, Sunnyside, WA

98944

3. Sitio web: <https://www.astria.health>

No se diferirá ni se negará a un paciente la atención médicamente necesaria por falta de pago de

atención prestada anteriormente, si aún no se ha determinado la asistencia financiera.

**Acciones extraordinarias de cobro (ECA):**

Astria Sunnyside Hospital no tomará ninguna acción extraordinaria de cobro sin hacer un esfuerzo razonable para determinar la elegibilidad de asistencia financiera del paciente de acuerdo con las limitaciones descritas en la póliza.

**Medidas para difundir ampliamente esta póliza dentro de la comunidad atendida por la instalación.**

1. Los consejeros financieros harán copias en papel de la póliza de asistencia financiera, solicitud, adjunto B) y resumen en lenguaje sencillo (Adjunto A).

• Las copias en papel están disponibles previa solicitud y sin cargo.

• Los documentos están disponibles durante el horario comercial, ya sea directamente del consejero financiero o por correo.

• Cada documento está disponible en inglés y en el idioma primario de cualquier

población con un dominio limitado del inglés que constituya más que cualquiera de

(a) 1,000 individuos o (b) 5% de los residentes de la comunidad servida por la

instalación.

2. Como parte del proceso de admisión o alta, a los pacientes se les ofrece un Paquete de Información del Paciente que describe las opciones del plan de pago y la información de la Póliza de Asistencia Financiera incluyendo el Resumen en lenguaje sencillo (Adjunto A).

3. Notificar e informar a los miembros de la comunidad atendida por las instalaciones del hospital sobre la Póliza de Asistencia Financiera con la información disponible en cada estado de cuenta.

4. La información de contacto de asistencia financiera de ASH se publica en la página de inicio del Sitio web de la instalación en <https://www.astria.health>

5. Se puede acceder a los documentos de asistencia financiera, descargarlos, verlos e imprimirlos. desde el sitio web.

**Administración / Pautas del Programa de Asistencia Financiera:**

1. Se administrará el Programa de Asistencia Financiera de Astria Sunnyside Hospital (ASH)

de acuerdo con las siguientes pautas:

 a. El hospital tomará una determinación inicial de elegibilidad potencial basada en el

solicitud verbal de atención caritativa. Pendiente determinación de elegibilidad final, el

hospital no iniciará esfuerzos de recolección o solicitudes de depósitos, siempre que

la parte responsable coopera con los esfuerzos del hospital para obtener el pago de

otras fuentes, incluyendo Medicaid.

b. El hospital proporcionará una solicitud e instrucciones a la parte responsable.

cuando se solicita atención de caridad, o cuando la evaluación financiera indica necesidad potencial. La parte responsable devolverá una solicitud completa tan pronto como

posible, pero sin exceder de 14 días a partir de la fecha de la solicitud.

c. La información de la solicitud, junto con toda la documentación requerida será

revisado por el consejero financiero del paciente.

d. El consejero financiero del paciente completará la Hoja de trabajo para el Ingreso Anual, Hoja de trabajo para el Cálculo de Ingresos y Activos, y Hoja de trabajo para el Cálculo de Descuento.

e. Después de revisar la solicitud, el CFO o su designado determinará si el

paciente / parte responsable califica para asistencia financiera basada en la

documentación justificativa y recomendación del Consejero Financiero

del Paciente que verificó la información contenida en la solicitud.

f. El personal de Entrada de Datos de Cuentas de Pacientes cancelará los montos aprobados de la cuenta del paciente según procedimientos establecidos.

g. El paciente / parte responsable será notificado por escrito dentro de los treinta (30) días

desde la solicitud (cuando se haya recibido toda la documentación) si fueron aprobados

para asistencia financiera.

h. La solicitud se mantendrá archivada durante siete (7) años.

i. Si las finanzas del paciente / parte responsable cambian significativamente entre

temporadas de impuestos, los ingresos actuales para el hogar tal como se definen en el Anexo C determinarán la elegibilidad en lugar de los requisitos del impuesto federal de ingresos. Una solicitud aprobada será una subvención de una sola vez.

j. Si un solicitante habitualmente no cumple con las pautas del programa y esfuerzos de asistencia realizados por los consejeros financieros y el personal, el solicitante

caerá bajo un estado de penalización y no podrá volver a solicitar durante 6 meses o pueda que se requiere presentar una solicitud completa con todos los documentos requeridos antes de un servicio no emergente. Durante este período de estado de penalización saldos de pacientes serán elegibles para cobro y reporte de crédito después de 30 días a partir de la fecha de servicio.

Proceso de apelación:

1. El paciente / parte responsable tiene el derecho de apelar la decisión de asistencia financiera.

2. La apelación debe ser recibida dentro de los treinta (30) días de la determinación.

3. La apelación debe incluir pruebas documentadas que justifiquen por qué el paciente / parte responsible no puede pagar

4. La apelación se envía al gerente de la oficina comercial y se revisa con el CFO.

5. El paciente / parte responsable será notificado dentro de los sesenta (60) días a partir de la fecha de envío de la apelación si son aprobados.