

Pipestone County Medical Center & Family Clinic



PCMC — Política de atención de caridad — Ayuda financiera

Política de atención de caridad — Ayuda financiera

Propósito:

La presente Política de ayuda financiera de atención de caridad (la "Política") refleja nuestro compromiso de proporcionar ayuda económica a las personas de nuestra comunidad que necesitan asistencia para cubrir el costo de su atención, como parte de nuestra misión benéfica de mejorar la vida y la salud de todas las personas de nuestra región mediante la prestación de atención médica excelente y centrada en el paciente. Reconocemos que hay personas dentro de nuestra comunidad que requieren servicios de atención médica de emergencia y otros servicios necesarios desde el punto de vista médico, pero que no cuentan con seguro médico, tienen cobertura insuficiente, no son elegibles para programas gubernamentales u otros programas de beneficios, y que, por lo tanto, podrían no contar con los recursos financieros adecuados para cubrir el costo de dichos servicios.

Política:

PCMC se compromete a proporcionar ayuda financiera a los pacientes elegibles que no pueden cubrir el costo total o una parte de sus servicios de atención de emergencia u otros servicios necesarios desde el punto de vista médico. La atención de caridad está disponible para pacientes que no cuentan con seguro médico, tienen cobertura insuficiente, no son elegibles para programas gubernamentales o que no pueden cubrir el costo de su atención en virtud de esta Política. La elegibilidad se determina mediante una evaluación individualizada de las necesidades del paciente y de los recursos a su disposición, de conformidad con esta Política y las leyes y normativas federales y estatales.

La ayuda financiera no sustituye las responsabilidades económicas personales del paciente. Cada año, la junta directiva de PCMC aprueba el compromiso económico de ayuda financiera de atención de caridad, como parte del proceso presupuestario de operaciones. Los pacientes deben cooperar con nuestros procedimientos para la ayuda financiera y contribuir al costo de su atención según su capacidad de pago evaluada de forma individual. No todos los servicios médicos, como los servicios electivos, que proporciona PCMC califican para recibir asistencia en virtud de la presente Política. A ningún paciente se le negará atención de emergencia o necesaria desde el punto de vista médico en función de su cobertura de seguro o situación económica.

Procedimientos:

Elegibilidad para la atención de caridad

La ayuda financiera de atención de caridad se encuentra disponible para pacientes que no cuentan con seguro médico, tienen cobertura insuficiente o no son elegibles para programas gubernamentales y, en determinadas circunstancias, para aquellos que no pueden cubrir el costo de su atención de servicios necesarios desde el punto de vista médico, quienes, tras una evaluación individual, cumplan con los criterios de elegibilidad, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Paga por cuenta propia, no tiene cobertura de atención médica ni asistencia gubernamental, como Medicaid, Family Health Plus o Child Health Plus, y no cumple los requisitos para recibir asistencia gubernamental a pesar de los esfuerzos razonables para obtenerla.
- Los ingresos son iguales o inferiores al 200 % de las Guías Federales de Pobreza (publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos). Sin embargo, se pueden hacer excepciones de manera individual para los ingresos superiores al umbral debido a circunstancias extraordinarias, según lo dispuesto en la presente Política (*consulte <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>*).
- No puede cumplir con sus obligaciones financieras para los servicios necesarios desde el punto de vista médico debido al costo extraordinariamente alto de dichos servicios, según se determina en cada caso particular.

Los pacientes deben solicitar ayuda financiera de atención de caridad en un plazo de 240 días posteriores a la fecha del alta para servicios de hospitalización y a la fecha de atención para servicios clínicos o ambulatorios.

Intentaremos completar la evaluación de elegibilidad para atención de caridad de pacientes sin seguro y de cualquier paciente cuyo estado de cobertura de seguro se desconozca, dentro de un plazo de treinta (30) días posteriores a la recepción de los servicios de atención médica en PCMC. La elegibilidad continua de ayuda financiera de atención de caridad debe reevaluarse: (1) como consecuencia de cada hospitalización; y (2) al menos una vez cada doce (12) meses para servicios ambulatorios.

Además, se debe actualizar la evaluación de elegibilidad si identificamos un cambio en la situación financiera del paciente o si este informa sobre dicho cambio. La elegibilidad de un paciente puede cambiar debido a una nueva fuente de seguro o disponibilidad de fondos para atención médica, un cambio en sus ingresos, un cambio en el tamaño de su grupo familiar, o bien porque parte del monto adeudado por el paciente se considere incobrable o pase a estado de cobranza.

Cuando evaluamos la elegibilidad de un paciente de conformidad con esta Política, nuestras solicitudes al paciente o garante para la verificación de activos o ingresos se limitan a lo siguiente:

- Información que sea razonablemente necesaria y esté fácilmente disponible para determinar la elegibilidad.

- Datos relevantes para determinar la elegibilidad.

Analizaremos la siguiente información con el fin de determinar la elegibilidad del paciente para recibir ayuda financiera de atención de caridad, así como su responsabilidad económica personal en el pago de los servicios:

- a. Determinación del ingreso anual del grupo familiar y del tamaño de la familia.
- b. Uso de la clasificación de las Guías Federales de Pobreza de los Estados Unidos con el fin de determinar la elegibilidad del paciente en virtud del tamaño del grupo familiar.
- c. Determinación de elegibilidad del paciente para un plan de pago extendido en función de los ingresos.
- d. Determinación acerca de la consideración de otros factores a fin de ajustar el monto de la ayuda financiera de atención de caridad que el paciente puede recibir. Nuestro director financiero debe aprobar dichas excepciones de conformidad con esta Política.

Se solicitará a los pacientes que proporcionen comprobantes de ingresos, incluidos, entre otros, declaraciones de impuestos de años anteriores, recibos de pago o constancias de ingresos del empleo actual, comprobantes de salarios por escrito de un empleador, carta de desempleo, cheque del seguro social, cheque por incapacidad u otra documentación razonable que respalde la comprobación de ingresos de forma adecuada.

Elegibilidad presunta para Medicaid a nivel hospitalario

Si bien PCMC participa en el programa de elegibilidad presunta (Presumptive Eligibility, PE) a nivel hospitalario, se nos permite proporcionar cobertura temporal de Medicaid a pacientes que probablemente cumplan los requisitos para Medicaid de Minnesota. Tenemos la obligación de determinar si un paciente que no cuenta con seguro o cuyo estado de cobertura de seguro se desconozca es elegible para recibir la cobertura de elegibilidad presunta a nivel hospitalario. Se presume la elegibilidad de pacientes identificados en función de determinados criterios y son inscritos en Medicaid de forma temporal. La elegibilidad presunta les proporciona a los pacientes acceso inmediato a la atención con pago de los servicios. Luego, ayudaremos al paciente a presentar una solicitud completa de Medicaid.

Requisitos para la evaluación del orientador

Para todo paciente que no cuente con seguro, incluido todo aquel que determinemos elegible para la cobertura presunta a nivel hospitalario y todo aquel cuyo estado de cobertura de seguro se desconozca, debemos:

- Programar una cita para el paciente con un orientador certificado por MNSure antes de proporcionar el alta, a menos que dicha programación de la cita demore el alta; o bien,
- Si la programación de la cita demora el alta o si el paciente rechaza esta cita, proporcionarle la información de contacto de los orientadores certificados por MNSure disponibles que puedan satisfacer las necesidades de los pacientes. PCMC utiliza los servicios de orientadores certificados por MNSure de Avera Marshall (507) 532-9661.

Acciones hospitalarias prohibidas

Mientras se procesa la solicitud de un paciente de ayuda financiera de atención de caridad, PCMC no debe iniciar una (1) o más de las siguientes acciones hasta que determine que el paciente no es elegible para recibir dicha ayuda financiera o deniegue una solicitud para ello:

- Ofrecer al paciente la inscripción en un plan de pago o inscribirlo.
- Cambiar los términos del plan de pago del paciente.
- Ofrecer al paciente un préstamo o una línea de crédito, los documentos para la solicitud de un préstamo o una línea de crédito o ayudarlo a solicitar un préstamo o una línea de crédito para el pago de una deuda médica.
- Remitir la deuda de un paciente para su cobranza, incluida la cobranza interna o a través de terceros, la recuperación de ingresos o cualquier otro proceso para la cobranza de deudas.
- Negar servicios de atención médica al paciente o a cualquier miembro de su grupo familiar debido a una deuda médica pendiente, independientemente de si los servicios se consideran necesarios o pueden estar disponibles a través de otro proveedor.
- Aceptar un pago con tarjeta de crédito superior a los quinientos dólares (\$500) por la deuda médica con el hospital.

PCMC no puede imponer procedimientos de solicitud de ayuda financiera de atención de caridad que supongan una carga excesiva para el paciente individual, considerando las deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales del paciente individual o las barreras lingüísticas que puedan obstaculizar su capacidad para cumplir con los procedimientos de solicitud.

Responsabilidades del paciente y del garante

Es posible que PCMC no pueda determinar la elegibilidad de un paciente a fin de recibir ayuda financiera de atención de caridad u otras opciones de programas de pago de atención médica federales si el paciente, su representante legal o su garante no cooperan con PCMC. Es posible que algunos pacientes que reciban atención médica en PCMC califiquen para dichos programas gubernamentales si proporcionan la información necesaria y completan la solicitud. El personal de PCMC ayudará al paciente a completar una solicitud para cualquier programa gubernamental correspondiente. Sin embargo, el paciente tiene la responsabilidad de proporcionar la información necesaria (de manera precisa y completa) y de firmar todos los documentos requeridos para la solicitud.

Si el paciente se niega a cooperar con nuestros intentos de asistirlo con una ayuda financiera o con una solicitud para programas gubernamentales, incluidas todas y cada una de las renovaciones de elegibilidad, se le puede negar la ayuda financiera de atención de caridad de PCMC. La falta de cooperación de un paciente en virtud de esta Política se anotará en su expediente financiero y se considerará la próxima vez que el paciente solicite servicios médicos electivos.

Rechazo de la ayuda financiera por parte del paciente

Es posible que un paciente se niegue a completar una solicitud para el programa de asequibilidad del seguro, a programar una cita con un asesor de solicitud certificado o con un orientador certificado por MNsure, a aceptar información sobre los servicios del orientador, a participar en el proceso de elegibilidad para la atención de caridad o a solicitar atención de caridad (conjuntamente denominados "servicios de ayuda financiera"). Si un paciente que no cuenta con seguro rechaza los servicios de ayuda financiera, se lo clasificará como "pagador por cuenta propia".

Niveles de aprobación

Si un paciente es elegible para recibir ayuda financiera de atención de caridad en virtud de esta Política, se obtendrán las siguientes aprobaciones en función del nivel de ayuda financiera de atención de caridad:

- El director de Servicios Financieros para Pacientes aprueba o deniega hasta \$10,000.
- El director financiero aprueba o deniega los montos superiores a \$10,000.

Revocación o denegación de las determinaciones de elegibilidad y aprobación

PCMC tiene el derecho de, y puede denegar, revocar, rescindir o modificar las determinaciones de elegibilidad y la aprobación de la ayuda financiera de atención de caridad en función de determinadas circunstancias, incluidas, entre otras, las siguientes:

- Fraude (proporcionar información falsa en la solicitud y en los documentos de respaldo).
- El paciente o su representante legal no responde a las solicitudes de información razonablemente necesaria.
- El paciente o su representante legal se niega a completar la totalidad de la solicitud y a proporcionar la información razonablemente necesaria.
- El paciente o su representante legal se niega a proporcionar la documentación solicitada sobre ingresos y bienes.
- El paciente o su representante legal se niega a cooperar de la manera descrita en esta Política.
- El paciente o su representante legal se niega a cooperar con cualquier acuerdo de pago razonable.
- El paciente o su representante legal se niega a presentar una solicitud a un programa de cobertura de salud público o privado para el que el paciente sea presunta o potencialmente elegible.
- Cambios en la situación financiera del paciente.

Derecho del paciente a apelar la inelegibilidad o revocación de la aprobación

Si se determina que un paciente no es elegible o se le niega la ayuda financiera de atención de caridad en virtud de esta Política, la solicitud denegada y los motivos de la denegación se anotarán en el expediente financiero del paciente. El personal de PCMC le informará al paciente

por escrito de la denegación o inelegibilidad junto con los motivos del director financiero. Asimismo, se le informará con claridad que puede solicitar una reconsideración de elegibilidad dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la carta de rechazo.

Responsabilidades de la junta directiva

Cada año, nuestro director financiero presentará esta Política a la junta directiva para su revisión y aprobación de las actualizaciones necesarias. Estas actualizaciones tendrán como objetivo modificar los procedimientos de la ayuda financiera de atención de caridad utilizados a fin de determinar la elegibilidad de los pacientes, en función de su capacidad financiera para pagar sus facturas médicas y de conformidad con las leyes y normativas federales y estatales correspondientes. Cada año, la junta directiva revisará esta Política junto con la Política de facturación, la Política de créditos y cobranzas, la Política de saldo acreedor, la Política de pagos de pacientes y cualquier otra política correspondiente, para confirmar

que son claras, comprensibles y que se comunican de manera digna, coherente con la misión y los valores de PCMC, protegiendo al paciente sin restringir su acceso a servicios de atención médica necesarios desde el punto de vista médico.

Avisos para el paciente

- Los pacientes recibirán una copia de esta Política en la que se describe la disponibilidad de la ayuda financiera de atención de caridad como parte de su (1) paquete de ingreso personalizado para pacientes hospitalizados y (2) durante el registro para servicios ambulatorios y clínicos.
- Los avisos sobre la ayuda financiera de atención de caridad y las garantías de servicios comunitarios se publican en áreas de fácil acceso para los pacientes, incluidas, entre otras, las áreas de registro e ingreso de pacientes, el Departamento de Emergencias, el Departamento de Servicios Financieros y la oficina de facturación, si los pacientes tienen acceso a ella.
- En nuestro sitio web, tenemos disponibles la versión actual de esta Política, un resumen con lenguaje sencillo y nuestra solicitud de ayuda financiera de atención de caridad.
- Publicaremos los avisos mencionados anteriormente en todos los idiomas que hable más del cinco por ciento (5 %) de la población en el área de servicio de PCMC.
- Las facturas de los pacientes por servicios médicos les proporcionarán información fundamental sobre esta Política y sobre cómo solicitar ayuda financiera de atención de caridad.
- Los avisos proporcionados a los pacientes que indiquen una denegación o inelegibilidad para la ayuda financiera de atención de caridad de conformidad con esta Política deben indicar los motivos para dicha denegación o inelegibilidad y el derecho del paciente a apelar o a solicitar una reconsideración dentro de los treinta (30) días posteriores a dicho aviso.

Capacitación para proveedores y el personal

PCMC proporcionará capacitación todos los años al personal responsable de las admisiones, el registro, la facturación y los servicios de atención directa para pacientes sobre la existencia de esta Política, lo que incluye, entre otros aspectos, cómo informar al paciente sobre la existencia de esta Política, cómo obtener una copia de esta Política para un paciente y cómo indicar a los pacientes que se comuniquen con la oficina de servicios financieros a fin de obtener información detallada y el formulario de solicitud.

Solicitud para atención de caridad

1. Durante el registro o la programación de un paciente, PCMC informará a todos los pacientes que pagan por cuenta propia sobre esta Política y los remitirá al personal de PCMC responsable de asistirlos y determinar su elegibilidad en virtud de esta Política. Un paciente que "paga por cuenta propia" no cuenta con seguro médico ni recibe beneficios de un programa de asistencia gubernamental, como Medicaid. Por lo general, el personal a cargo será alguno de los siguientes:
 - a. El representante de cuentas del paciente para servicios de hospitalización.
 - b. El personal de admisión/registro para servicios ambulatorios o clínicos.
2. Además, todo paciente que no tenga seguro, cuente con una cobertura insuficiente, no sea elegible para programas gubernamentales o no pueda cubrir el costo de la atención necesaria desde el punto de vista médico debido a su situación económica particular, y que solicite a PCMC una revisión de esta Política o asistencia financiera, será remitido al personal correspondiente para recibir ayuda con la revisión de la Política y completar la solicitud.
3. Los pacientes deben solicitar ayuda financiera de atención de caridad en un plazo de 240 días a partir de la fecha del alta de los servicios de hospitalización o de la fecha de prestación de los servicios clínicos o ambulatorios.
4. Si actualmente un paciente no recibe beneficios gubernamentales, como Medicaid o MinnesotaCare, el personal derivará a los pacientes que puedan ser elegibles para dicha asistencia a Servicios Familiares para presentar una solicitud y les proporcionará el número al que deben llamar si necesitan ayuda para completar el formulario. Si se deniega la solicitud del paciente para beneficios gubernamentales o para un programa de salud gubernamental, PCMC evaluará al paciente para recibir ayuda financiera de atención de caridad en virtud de esta Política.
5. El personal de administración/registro debe revisar las obligaciones financieras pendientes del paciente al momento de su llegada para recibir servicios ambulatorios o clínicos. Si un paciente no realizó un pago entre su última visita y la visita actual o dentro de los sesenta (60) días posteriores a su última visita, el caso debe derivarse al representante de cuentas del paciente, o a la persona que haya designado, y, de ser necesario, analizarlo con el director médico, o con la persona que haya designado, para determinar si el paciente debe recibir la solicitud de ayuda financiera de atención de caridad.

6. Se pedirá a los pacientes que pagan por cuenta propia que completen una solicitud de ayuda en virtud de esta Política y de cualquier programa gubernamental correspondiente. Los materiales de solicitud necesarios incluyen documentación que compruebe su identidad, dirección, ingresos y composición del hogar.
7. Una vez que se presente una solicitud completa, incluida la documentación necesaria para atención de caridad o ayuda financiera, el paciente puede hacer caso omiso de cualquier factura enviada hasta que PCMC tome una decisión sobre la solicitud.
8. La elegibilidad de un paciente para recibir ayuda financiera de atención de caridad debe determinarse antes de la orden electiva de servicios de diagnóstico ambulatorios y de los servicios ambulatorios de alto costo, tales como resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI), tomografía axial computarizada (Computerized Axial Tomography, CAT) o cirugías, o antes del alta del paciente hospitalizado, a menos que dicha determinación demore los servicios de emergencia, los servicios necesarios desde el punto de vista médico o el alta del paciente hospitalizado.
9. El personal revisará la solicitud de ayuda financiera de atención de caridad y la documentación completa pertinente a fin de determinar si el paciente cumple los requisitos para recibir atención de caridad o ayuda financiera en virtud de esta Política.
10. Si el paciente es elegible, el personal determinará el nivel de ayuda financiera de atención de caridad que corresponda, así como el compromiso económico del paciente en virtud de esta Política. Se debe informar al paciente, su tutor legal o a la persona financieramente responsable, según corresponda, sobre la determinación, y cada una de estas debe documentarse en el expediente del paciente.
11. Los pacientes aprobados para recibir ayuda financiera de atención de caridad recibirán una factura por los servicios de atención médica que especificará el monto otorgado como atención de caridad o ayuda financiera, así como el monto que es responsabilidad financiera del paciente pagar a PCMC.
12. PCMC enviará una respuesta por escrito al paciente o al garante con la aprobación o la denegación de las solicitudes para atención de caridad o ayuda financiera dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la solicitud completa. Si una solicitud no está completa, PCMC se comunicará con el paciente o su garante para solicitar la información necesaria con el fin de completar la solicitud dentro de un plazo de diez (10) días, a menos que no sea razonable debido a circunstancias específicas correspondientes a un paciente en particular. Si el paciente no proporciona la información solicitada dentro de los plazos permitidos, es posible que se deniegue la solicitud.
13. Los pacientes elegibles para ayuda financiera de atención de caridad también pueden solicitar un plan de pago extendido. Se considerarán pagos en cuotas que dependerán del saldo de la cuenta y del ingreso mensual del paciente. Si un paciente solicita un plan de pago, se aplicará la siguiente guía, la cual podrá modificarse para un paciente en particular en función de circunstancias atenuantes:

Saldo	Porcentaje del saldo	Meses necesarios para que se pague el total
De \$0 a \$300	33.3 %	3
De \$301 a \$700	17.0 %	6
De \$701 a \$3,000	8.33 %	12
De \$3,001 a \$10,000	5.5 %	18
\$10,000 o superior	Se debe conversar con el paciente sobre un acuerdo independiente	

14. Si el paciente o su garante no paga el monto que se determina como su responsabilidad, con o sin ayuda financiera de atención de caridad, los montos pendientes adeudados a PCMC se convertirán en deuda incobrable, y estará sujeta a la Política de facturación, la Política de pago y la Política de créditos y cobranzas.
15. PCMC mantendrá y protegerá la confidencialidad y la seguridad de toda la información que el paciente le proporcione para una solicitud de conformidad con esta Política, en virtud de las leyes federales y estatales y las normativas relacionadas.
16. Independientemente de la determinación de elegibilidad, PCMC no excluirá, denegará beneficios, ni discriminará de ninguna manera a una persona por motivos de sexo, raza, religión, color, discapacidad, edad, origen nacional, orientación sexual o identidad de género, durante la admisión, la participación o la recepción de los servicios y de los beneficios en virtud de cualquiera de sus programas y actividades, ya sea que PCMC los lleve a cabo o se proporcionen a través de un contratista o cualquier otra entidad con la que se coordinen los programas o actividades de PCMC.

La presente Política se desarrolló como una guía para la prestación de servicios de salud y las operaciones comerciales administrativas relacionadas. Esta Política no tiene como propósito definir el estándar para la atención. Esta Política debe utilizarse como una guía para la prestación de servicios; sin embargo, es posible que el personal del hospital no la siga al pie de la letra a fin de brindar el servicio adecuado a cada paciente, siempre en cumplimiento de las leyes, normativas y reglamentos federales y estatales correspondientes.