

SOUTHERN OHIO MEDICAL CENTER POLÍTICA/PROCEDIMIENTO	NÚMERO: PFS 01.03
	SECCIÓN DEL MANUAL: PROCEDIMIENTOS DE CONTABILIDAD DE PACIENTES
	EN VIGOR: FECHA DE REVISIÓN, APROBACIÓN: 2/10/2020
	SUSTITUYE A: 11/09/11
	DESARROLLADO POR: Deanie Merrifield/Jay Jacobs
	DISTRIBUCIÓN: MANUAL DEL DEPARTAMENTO
POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA (Beneficencia)	APROBADO: JAY JACOBS _____ Fecha _____
	APROBADO: JULIA MCGRAW _____ Fecha _____

I. :

POLÍTICA Southern Ohio Medical Center (SOMC) se compromete a dar asistencia financiera a personas con necesidades de atención médica y que no tengan seguro, este sea insuficiente, no sean elegibles para programas gubernamentales o no puedan pagar la atención médica necesaria en función de su situación financiera individual. En consonancia con su objetivo de proporcionar a nuestra región servicios de atención médica compasivos, de alta calidad y asequibles, SOMC se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de las personas que necesiten servicios de atención médica no les impida buscar o recibir dicha atención.

SOMC prestará, sin discriminación, atención médica para urgencias médicas a las personas, independientemente de su elegibilidad para asistencia financiera o asistencia gubernamental.

- Esta política escrita:
- Incluye los criterios de elegibilidad para recibir asistencia financiera: atención gratuita y con descuento (beneficencia parcial)
- Describe la base para calcular los importes cobrados a los pacientes elegibles para asistencia financiera bajo esta política
- Describe el método por el cual los pacientes podrán solicitar asistencia financiera
- Describe cómo divulgará el hospital ampliamente la política dentro de la comunidad atendida por el hospital

Limita los importes que el hospital cobrará por la atención de urgencias u otra atención médicamente necesaria ofrecida a las personas elegibles para asistencia financiera al importe generalmente facturado (recibido) por el hospital, para pacientes asegurados comercialmente o de Medicare. La asistencia financiera no se considera un sustituto de las responsabilidades personales. Se espera que los pacientes colaboren con los procedimientos de SOMC para obtener caridad u otras formas de asistencia financiera y que contribuyan al coste de su atención, según su capacidad individual de pago.

Se animará a las personas con la capacidad de comprar un seguro médico a que lo hagan como un medio para garantizar el acceso a los servicios de atención médica, para su salud personal general y para la protección de sus activos individuales.

II. Para gestionar sus recursos de manera responsable y permitir que SOMC proporcione el nivel adecuado de asistencia al mayor número de personas necesitadas, la Junta Directiva establece las siguientes pautas para la provisión de asistencia financiera para pacientes (beneficencia).

DEFINICIONES Atención caritativa/HCAP: Servicios de atención médica que se han prestado o se prestarán, pero que nunca se espera que generen entradas de efectivo. La atención caritativa es el resultado de la política de un proveedor en cuanto a proporcionar servicios de atención médica gratuitos o con descuento a las personas que cumplan con los criterios establecidos.

El Programa de Garantía de Atención Hospitalaria (HCAP) solo está disponible para los residentes de Ohio. Familia: Usando la definición de la Oficina del Censo, un grupo de dos o más personas que residan juntas y que estén relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Según las normas del Internal Revenue Service,

Si el paciente reclama a alguien como dependiente en su declaración de la renta, se le puede considerar como dependiente a los fines de la provisión de asistencia financiera.

Ingresos familiares:

- Los ingresos familiares se determinan usando la definición de la Oficina del Censo, que utiliza los siguientes ingresos al calcular las directrices federales de pobreza:
- Incluye ingresos, paro, compensación laboral, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pensiones de veteranos, prestaciones por supervivientes, ingresos por pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos por propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia externa al hogar y otras fuentes diversas;
- Los beneficios no monetarios (como cupones de alimentos y subsidios para vivienda) no cuentan;
- Determinado sobre una base antes de impuestos;

Excluye ganancias o pérdidas de capital. Sin seguro:

El paciente no tiene ningún nivel de seguro o asistencia de una tercera parte para ayudar a cumplir con sus obligaciones de pago. Subasegurado:

El paciente tiene cierto nivel de seguro o asistencia de una tercera parte, pero aún tiene gastos de su propio bolsillo que exceden sus capacidades financieras.. Método de cálculo a pasado:

Los descuentos se calculan en función de todos los servicios prestados a la combinación de pacientes asegurados comercialmente y de Medicare, totalmente adjudicados al final de un período de revisión reciente de 12 meses que termina, como mucho, 120 días antes de la fecha de entrada en vigor de la póliza o cada 1 de julio después de eso. Cargos en bruto:

Se aplican los cargos totales a los precios establecidos de la organización para la prestación de servicios de atención al paciente, antes de las deducciones de los ingresos. Situaciones de urgencia:

Definido según el significado de la sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395dd). Médicamente necesario:

III. Según lo definido por Medicare (servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión).

. POLÍTICA DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA DE URGENCIAS Todos los pacientes que se presenten al Departamento de Urgencias para su tratamiento serán evaluados independientemente de la capacidad de pago del paciente.

Un médico o un extensor médico realizará un examen médico al paciente y seguirá las directrices establecidas por la ley EMTALA/COBRA.

IV. La política completa titulada Política de exámenes médicos se encuentra en el Departamento de Urgencias.

A. Las instalaciones del hospital no permiten acciones que desmotiven a las personas a buscar atención médica.

PROCEDIMIENTOS .

- Servicios elegibles bajo esta política:
- A los fines de esta política, "beneficencia" o "asistencia financiera" se refiere a los servicios de atención médica proporcionados por SOMC, sin cargo alguno o con un descuento para los pacientes que opten a él.
- Los siguientes servicios son elegibles para asistencia financiera:
- Servicios médicos de urgencias proporcionados en un entorno de sala de emergencia; urgencias;
- Servicios para una enfermedad o lesión que, si no se trata adecuadamente, provocaría un cambio adverso en el estado de salud de un individuo;

B. Servicios no electivos proporcionados en respuesta a circunstancias que amenacen la vida en un entorno de sala que no sea de urgencias; y

Servicios médicamente necesarios, evaluados caso por caso, a la discreción de SOMC. La atención que no sea de urgencias y que no sea médicamente necesaria no estará cubierta por esta FAP.

C. Elegibilidad para asistencia financiera

La elegibilidad para asistencia financiera se considerará para aquellas personas que no tengan seguro, que tengan un seguro insuficiente o que no cumplan con los requisitos para ningún programa gubernamental de beneficios de atención médica y que no puedan pagar sus servicios

médicos, según una determinación de necesidad financiera y de acuerdo con esta política (consulte la Sección E). La concesión de asistencia se basará en una determinación individualizada de la necesidad financiera y no tendrá en cuenta la edad, el género, la raza, la condición social o estatus de inmigrante, la orientación sexual ni la afiliación religiosa. Elegibilidad presuntiva para la asistencia financiera Southern Ohio Medical Center utiliza una plataforma de evaluación flexible que se apoya en varias variables demográficas, de comportamiento y financieras para realizar una revisión financiera integral y determinar la asistencia financiera y la elegibilidad para los descuentos, en lugar de los datos proporcionados por el paciente. Se utilizan varias fuentes de datos, incluyendo los datos históricos, los datos del censo y los datos del informe de crédito. Los resultados se entregan puntual y eficientemente, lo que permite que el hospital ofrezca descuentos adecuados y mantenga la documentación para la auditoría. No hay ningún impacto del informe de crédito. La utilización de dicha tecnología permite a Southern Ohio Medical Center revisar la mayor cantidad posible de pacientes para recibir asistencia financiera, de conformidad con la Ley de Atención Médica Asequible.

En base a esta evaluación presuntiva, los pacientes pueden optar a un descuento del 60 %, 75 % o 100 %.

Todos los pacientes no asegurados optan a recibir un descuento mínimo de autopago del 40 % de los cargos brutos. Los pacientes que opten a un descuento presuntivo que sea menor que la asistencia más generosa aún tendrán la oportunidad de solicitar un descuento mayor, según las directrices de solicitud a continuación.

- a. D. Método por el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera
- b. 1.
- c. Además de la asistencia presuntiva descrita anteriormente, la asistencia financiera puede determinarse de acuerdo con los procedimientos que implican una evaluación individual de la necesidad financiera; y puede:
- d. .
- e. Incluir un proceso de solicitud en el que se requiera que el paciente o el garante del mismo cooperen y proporcionen información personal, financiera y de otro tipo, así como documentación relevante para hacer una determinación de necesidad financiera;
- f. Incluir la verificación de ingresos en forma de recibos salariales, cartas de los empleadores o cartas de fuentes fiables;

Incluir el uso de fuentes de datos externas disponibles al público que aporten información sobre la capacidad del garante del paciente o del paciente para pagar Incluir los esfuerzos razonables de SOMC para explorar fuentes alternativas apropiadas de pago y cobertura de los programas de pago públicos y privados, y para ayudar a los pacientes a solicitar dichos programas; Tener en cuenta los activos disponibles para los pacientes y todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente; y

E. Incluir una revisión de las cuentas por cobrar pendientes del paciente por los servicios prestados anteriormente y el historial de pagos del paciente.

2. Los valores de SOMC respecto a la dignidad humana y la administración se reflejarán en el proceso de solicitud, la determinación de la necesidad financiera y la concesión de asistencia.

Size	HCAP Yearly Income	Charity Yearly Income					
	100% Discount	100% Discount		75% Discount		63% Discount	
1	\$ 12,760	\$ 12,760	\$ 15,950	\$ 15,951	\$ 21,550	\$ 21,551	\$ 27,150
2	\$ 17,240	\$ 17,240	\$ 21,550	\$ 21,551	\$ 27,150	\$ 27,151	\$ 32,750
3	\$ 21,720	\$ 21,720	\$ 27,150	\$ 27,151	\$ 32,750	\$ 32,751	\$ 38,350
4	\$ 26,200	\$ 26,200	\$ 32,750	\$ 32,751	\$ 38,350	\$ 38,351	\$ 43,950
5	\$ 30,680	\$ 30,680	\$ 38,350	\$ 38,351	\$ 43,950	\$ 43,951	\$ 49,550
6	\$ 35,160	\$ 35,160	\$ 43,950	\$ 43,951	\$ 49,550	\$ 49,551	\$ 55,150

Add \$4,480 for each additional family member with more than 6 members for HCAP
Add \$5,600 for each additional family member with more than 6 members
Charity
Discount effective date 2/10/2020

F. La solicitud se aceptará en cualquier momento, antes de la admisión, durante la admisión o después del alta.

Criterios de elegibilidad e importes cargados a los pacientes Los servicios elegibles bajo esta política se prestarán al paciente en una escala móvil de precios, de acuerdo con la necesidad financiera según lo determinado en referencia al 125 % de los niveles federales de pobreza (FPL) vigentes en el momento de la determinación.

Comunicación del programa de asistencia financiera a pacientes dentro de la comunidad El aviso sobre asistencia financiera disponible de SOMC estará disponible por varios métodos que pueden incluir, entre otros: la publicación de avisos sobre facturas de pacientes, la publicación de avisos en el Departamento de Urgencias, en los paquetes de Admisión, en Centros de Urgencias, departamentos de admisión y registro, oficinas de negocios de hospitales y otros lugares públicos que SOMC podrá elegir. SOMC también publicará ampliamente un resumen de esta política de asistencia financiera en los sitios web de las instalaciones (www.SOMC.org), en folletos disponibles en sitios de acceso de pacientes y otros lugares dentro de la comunidad a los que atiende el hospital.

G. Dichos avisos y resúmenes se ofrecerán en los idiomas principales de los servicios de población de SOMC.

<http://www.SOMC.org> Cualquier miembro del personal o el personal médico de SOMC podrá derivar a los pacientes para que reciban asistencia

financiera. El paciente o miembro de la familia, amigo cercano o asociado del paciente podrá hacer una solicitud de asistencia, sujeta a las leyes de privacidad aplicables. Un representante del departamento de Contabilidad del paciente puede ayudar a cualquier paciente con el proceso de solicitud llamando directamente al (740) 356-7639. Relación con políticas de recaudación

- Puede encontrar una copia de la Política de facturación y cobro en nuestro sitio web en www.SOMC.org.
- Para los pacientes que opten a recibir asistencia financiera y que cooperen de buena fe para resolver sus facturas hospitalarias con descuento, SOMC puede ofrecer planes de pago ampliados.
- SOMC no impondrá acciones extraordinarias de cobro, como embargos salariales, gravámenes en residencias principales u otras acciones legales para cualquier paciente, sin antes hacer esfuerzos razonables para determinar si ese paciente opta recibir atención de la beneficencia bajo esta política de asistencia financiera.
- Los esfuerzos razonables incluirán:

H. <http://www.SOMC.org>

Validar que el paciente adeude las facturas impagas y que el hospital haya identificado y facturado todas las fuentes de pago de terceros; Documentación de que SOMC haya intentado ofrecer al paciente la oportunidad de solicitar asistencia financiera de conformidad con esta política, y que el paciente no haya cumplido con los requisitos de la solicitud del hospital; Documentación de que el paciente no opta a recibir asistencia financiera presuntiva;

I. Acciones que pueden aplicarse en caso de impago

Las acciones aplicadas en caso de impago se describen en la Política de facturación y cobro: cuentas de autopago. Se puede obtener una copia gratuita de esa política en nuestro sitio web:

J. www.SOMC.org o una copia en papel contactando con un representante de Contabilidad del paciente al (740) 356-7639.

<http://www.SOMC.org>

Servicios cubiertos/no cubiertos

Esta política cubre los servicios de SOMC para pacientes hospitalizados, ambulatorios y de urgencias.

Consulte el Anexo B para obtener una lista de las entidades cubiertas y no cubiertas por esta política.

Requisitos reglamentarios Al implementar esta Política, la gerencia y las instalaciones de SOMC deberán cumplir con todas las demás leyes, normas y reglamentos federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas de conformidad con esta Política. ANEXO A CÁLCULO DEL IMPORTE GENERALMENTE ADEUDADO A LAS PERSONAS ELIGIBLE PARA ASISTENCIA FINANCIERA

SOMC limita el importe adeudado por personas elegibles bajo esta Política de Asistencia Financiera, quienes recibieron servicios, excepto por procedimientos cosméticos y optativos, a un importe generalmente facturado (AGB) a pacientes cubiertos por Medicare y aseguradoras privadas. Además, SOMC también limita la responsabilidad financiera del paciente elegible a un importe menor que los cargos totales.

SOMC deberá actualizar periódicamente, al menos una vez al año, el cálculo del AGB y volver a evaluar el método utilizado.

El AGB se basará en todos los servicios prestados a pacientes con seguro privado y Medicare, adjudicados por completo y al final de un período de revisión reciente de 12 meses que finalice, como mucho, 120 días antes de la fecha de entrada en vigor de la póliza o cada 1 de julio en adelante.

El cálculo del AGB actual es el siguiente:

$$\frac{\text{Total Medicare and Private Insured Allowed Reimbursement}}{\text{Total Medicare and Private Insured Gross Charges}} = \text{AGB Percentage}$$

(Current AGB is 37% effective February 10, 2020)

Reembolso total permitido de Medicare y de la aseguradora privada/Total de cargos brutos de Medicare y de la aseguradora privada = Porcentaje de AGB

(El AGB actual es del 40 %, efectivo el 1 de octubre de 2017)

La responsabilidad financiera de la persona eligible se calcula de la siguiente manera y solo se aplica a la responsabilidad del paciente

- (Excluyendo cualquier parte asumida o pagada por el seguro u otras entidades en nombre del paciente):
- Total de cargos brutos por los servicios prestados X Porcentaje de AGB = responsabilidad financiera del paciente
- ANEXO B
- Entidades del sistema SOMC HealthCare

Servicios cubiertos por la política de asistencia financiera de SOMC

- Servicios médicos de urgencias proporcionados en un entorno de sala de urgencias.

Servicios para una enfermedad o lesión que, si no se trata adecuadamente, provocaría un cambio adverso en el estado de salud de una persona.

- Servicios no optativos proporcionados en respuesta a circunstancias que amenacen la vida en un entorno de sala que no sea el de urgencias.
- Servicios médicamente necesarios, evaluados caso por caso, a la discreción de SOMC.
- Servicios no cubiertos por la política de asistencia financiera de SOMC
- La atención no urgente y no necesaria desde el punto de vista médico no estará cubierto bajo esta FAP.
- Proveedores no cubiertos por la Política de Asistencia Financiera de SOMC
- SOMC Medical Care Foundation
- Cualquier servicio de médico con consulta privada