

Bozeman Health

TÍTULO	Asistencia financiera (de beneficencia)		
SECCIÓN	Administrativa	<input checked="" type="checkbox"/>	Organizacional
		<input type="checkbox"/>	Específica del Departamento
UBICACIONES APLICABLES		Seleccione todo lo que corresponda	
<input checked="" type="checkbox"/>	SISTEMA: Deaconess Hospital, Big Sky Medical Center y todas las demás ubicaciones del sistema	<input checked="" type="checkbox"/>	POLÍTICA
<input type="checkbox"/>	DEACONESS HOSPITAL	<input checked="" type="checkbox"/>	PROCEDIMIENTO
<input type="checkbox"/>	BIG SKY MEDICAL CENTER	<input type="checkbox"/>	PAUTA
<input type="checkbox"/>	GRUPO MÉDICO	<input type="checkbox"/>	PLAN
<input type="checkbox"/>	URGENT CARE		
COLABORADORES	Oficina de Negocios/Servicios Financieros para Pacientes, Departamento de Cumplimiento, Departamento Legal	FECHA ACTUAL	9/22
APROBADA POR	Comité de Gestión de Políticas	REEMPLAZA	5/05, 1/06, 10/06, 1/07, 1/08, 8/09, 5/11, 2/14, 10/13/15, 11/23/15, 11/15, 10/18

PROPÓSITO:

Como organización sin fines de lucro, Bozeman Health y sus afiliados se comprometen a brindar acceso a servicios de atención médica asequibles de emergencia y médicamente necesarios a todos los pacientes, independientemente de su capacidad financiera para pagar. La intención de esta política es establecer un proceso para su uso en circunstancias en las que se ofrecerá asistencia financiera, que cumpla con todas las leyes federales, estatales y locales, a quienes reciben servicios de Deaconess Hospital, Big Sky Medical Center o UrgentCare. La política aborda:

- Criterios de elegibilidad para asistencia financiera
- Instrucciones para solicitar asistencia financiera
- Determinación y notificación al paciente
- El método de cálculo de los montos cobrados a las personas que califican para recibir asistencia según esta política
- Medidas para dar amplia publicidad a la política

ALCANCE:

Esta política se aplica a todos los servicios de emergencia y médicamente necesarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios prestados a pacientes que califican para recibir asistencia de acuerdo con los términos y condiciones indicados en esta política. Una determinación de la calificación para recibir asistencia financiera cubrirá los servicios prestados como pacientes hospitalizados y ambulatorios. Para estos fines, la política también cubre la prestación de servicios profesionales por parte de médicos y otros proveedores empleados o contratados, como se indica en el documento "Proveedores que brindan atención en Bozeman Health cubiertos por esta política". Cualquier otro médico o proveedor de atención no está sujeto a esta política y cada paciente será responsable de la satisfacción o resolución de cualquier factura emitida por dichos médicos o proveedores por sus servicios profesionales.

Los servicios de atención médica se prestarán a quienes necesiten atención de emergencia o médicamente necesaria, independientemente de la capacidad del paciente para pagar dichos servicios e independientemente de si dichos pacientes pueden calificar para recibir asistencia financiera según esta política.

No se realizan acciones que desalientan a las personas a buscar atención médica de emergencia, como exigir que los pacientes en el Departamento de Emergencias paguen antes de recibir tratamiento o permitir actividades de cobro de deudas en el Departamento de Emergencias u otras áreas donde dichas actividades podrían interferir en la prestación de atención de emergencia de manera no discriminatoria.

Cualquier servicio que se considere que no es médicamente necesario no será elegible para aplicarse a la asistencia financiera.

DEFINICIONES:

Servicios de atención médica médicamente necesarios: cualquier procedimiento razonablemente determinado para prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o evitar el empeoramiento de condiciones que ponen en peligro la vida; causar sufrimiento o dolor, provocar enfermedades o dolencias; amenazar con causar o agravar una discapacidad; o causar deformidad física o mal funcionamiento; si no hay otro tratamiento igualmente eficaz, más conservador o menos costoso disponible.

Montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB): los montos generalmente facturados por servicios de atención médica de emergencia o médicamente necesarios prestados a pacientes que tienen seguro. Los AGB se determinarán anualmente mediante el uso de un período de medición de 12 meses utilizando un método de retrospectiva.

Período de elegibilidad: el período durante el que se aceptan las solicitudes de asistencia financiera. Este período será desde la fecha de servicio hasta 240 días después de que el paciente reciba el primer estado de cuenta posterior al alta por la atención brindada.

Acciones de cobro extraordinarias: aquellas acciones que pueden adoptarse en caso de falta de pago después la expiración del período de notificación. Estas pueden incluir la presentación de información adversa sobre la persona a agencias de informes de crédito al consumidor u oficinas de crédito, el embargo de los salarios de una persona o el inicio de una acción civil legal contra una persona.

Asistencia financiera: reducción total o parcial de los cargos a los pacientes por servicios de atención médica de emergencia o médicamente necesarios, en el caso de pacientes que han calificado para recibir asistencia financiera, son médicamente indigentes o son presuntamente elegibles según se definen esos términos en esta política. La asistencia financiera no incluye deudas incobrables o déficits contractuales de programas gubernamentales, pero puede incluir copagos de seguros, deducibles o ambos.

Médicamente indigentes: pacientes cuyo seguro médico no proporciona cobertura completa para todos sus gastos médicos, en relación con sus ingresos, y se convertirían en indigentes si se les exigiera pagar cargos completos por sus gastos médicos.

Período de notificación: el período durante el que se harán todos los esfuerzos razonables para informar al paciente de la disponibilidad de asistencia financiera según esta política antes de iniciar acciones de cobro extraordinarias. Este período será desde la fecha de servicio hasta 120 días después de que el paciente reciba el primer estado de cuenta posterior al alta por la atención brindada.

Pacientes: la persona que recibe los servicios o la persona que es legalmente responsable del pago de dichos servicios.

Presuntamente elegible: un paciente que no ha presentado una Solicitud de asistencia financiera completada, pero que está sujeto a uno o más de los siguientes criterios:

- Sin hogar.
- Fallecido sin patrimonio.
- Mentalmente incapacitado sin nadie que actúe en su nombre.
- Elegible para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o para servicios no cubiertos.
- Inscrito en uno o más programas gubernamentales para personas de bajos ingresos que tienen criterios de elegibilidad iguales o inferiores al 200 % de las Pautas Federales de Pobreza.
- Encarcelamiento en una institución penal.
- Los pacientes derivados para recibir servicios de Community Health Partners (CHP) calificarán automáticamente para la misma cobertura permitida por CHP. CHP proporcionará información sobre sus pacientes cuando se realice la derivación.
- No tiene seguro y ha recibido atención para detectar, prevenir o tratar una enfermedad infecciosa durante una emergencia de salud pública (Public Health Emergency, PHE) activa para la que la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) ha declarado que existe una PHE en relación con un brote significativo de enfermedad infecciosa.

El supervisor de Servicio al Cliente revisará rutinariamente los criterios anteriores con los pacientes, antes de pedirles que completen la Solicitud de asistencia financiera. Los programas de software o los sistemas automatizados también se pueden utilizar para determinar la presunta elegibilidad. Los pacientes que cumplan con cualquiera de los criterios anteriores para la presunta elegibilidad se considerarán elegibles para un descuento del 100 %, y no se les pedirá ni se les exigirá que presenten una Solicitud de asistencia financiera.

PROCEDIMIENTO:

Notificación al paciente:

Se harán todos los esfuerzos razonables para notificar a un paciente sobre la disponibilidad de asistencia financiera según esta política al:

1. Intentar determinar si un paciente tiene cobertura de terceros para cualquier parte del servicio de atención médica de emergencia o médicamente necesario prestado.
 - a. Si un paciente no tiene cobertura de terceros, un defensor del paciente examinará todos los casos de pacientes hospitalizados y cualquier caso ambulatorio que exceda los \$1000 en cargos totales para determinar si el paciente califica para fondos de terceros.
 - b. Si un paciente no tiene o no califica para fondos de terceros, el defensor del paciente le explicará la Política de asistencia financiera, le proporcionará una Solicitud de asistencia financiera y le brindará asistencia para completar la solicitud, si lo desea.
2. Ofrecer al paciente un resumen en lenguaje sencillo de la asistencia financiera disponible según esta política en el momento de la admisión o antes del alta.
3. Proporcionar la información durante el período de notificación sobre la disponibilidad de la asistencia financiera en al menos tres (3) estados de cuenta posteriores al alta y todas las demás comunicaciones escritas al paciente.
4. Informar a los pacientes durante el Período de notificación sobre la disponibilidad de asistencia financiera durante las comunicaciones orales con respecto al monto debido por la atención que ocurrió.
5. Proporcionar al paciente, ya sea directamente o a través de su agencia de cobro contratada, al menos un aviso escrito informando al paciente sobre las acciones de cobro extraordinarias que pretendemos realizar si el paciente no presenta una Solicitud de asistencia financiera o no paga el monto adeudado por lo menos treinta días después de la fecha del aviso. El aviso incluirá una copia del resumen en lenguaje sencillo y no se enviará por correo ni se entregará a un paciente antes de 30 días previos al final del período de notificación.
6. No se realizarán acciones de cobro extraordinarias durante el período de notificación de 120 días, tiempo durante el que haremos todos los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera. Después del período de notificación de 120 días, se realizará una acción de cobro extraordinaria solo si el paciente ha recibido el aviso escrito de 30 días descrito anteriormente.

Criterios de elegibilidad del paciente:

1. Se otorgará asistencia financiera para servicios de atención médica de emergencia o médicamente necesarios a pacientes que califiquen según la información proporcionada a través de la Solicitud de asistencia financiera o a pacientes que se haya determinado que son presuntamente elegibles. Además, la asistencia financiera puede proporcionarse en otras circunstancias según el caso, como lo determine el director financiero del sistema.
2. El supervisor de Servicio al Cliente del sistema supervisará el proceso de solicitud de asistencia financiera. La asistencia financiera según esta política es un apoyo de último recurso y se proporciona a los pacientes con una incapacidad demostrada para pagar. Si un paciente proporciona información que es inexacta o engañosa, se puede considerar que el paciente no es elegible para recibir asistencia financiera y, en consecuencia, se puede esperar que pague su factura en su totalidad.
3. Los pacientes que deseen ser considerados según la Política de asistencia financiera deben solicitar asistencia financiera y completar la Solicitud de asistencia financiera en la mayor medida posible revelando la información financiera requerida.
 - a. Excepciones:
 - i. Si un paciente obtuvo aprobación previa para recibir asistencia financiera según esta política, se considerará elegible durante seis (6) meses después de la fecha de servicio para la que se presenta la solicitud. Los pacientes deben volver a solicitar asistencia financiera cada seis (6) meses, excepto que se determine lo contrario.

- ii. Los pacientes derivados para recibir servicios de Community Health Partners (CHP) calificarán automáticamente para la misma cobertura permitida por CHP. CHP proporcionará información sobre sus pacientes cuando se realice la derivación.
 - iii. Si se ha determinado que un paciente es presuntamente elegible para recibir asistencia financiera según esta política.
- b. La Solicitud de asistencia financiera se puede obtener en los siguientes lugares:
 - i. Sitio web: <http://www.bozemanhealth.org>.
 - ii. Correo electrónico: businessoffice@bozemanhealth.org.
 - iii. En persona: Patient Financial Services (PFS), ubicado en 1600 Ellis Street, Bozeman, MT 59715 (al otro lado de Highland Blvd desde el Hospital en el Legacy Building); en Patient Financial Services (PFS) Customer Service, ubicado en 915 Highland Blvd, Bozeman, MT 59715 (en el vestíbulo de Registro de Pacientes cerca del Departamento de Emergencias).
- c. Los pacientes que necesiten asistencia para completar la Solicitud de asistencia financiera deben comunicarse con Servicio al Cliente al:
 - i. 406-414-1720.
 - ii. Por correo electrónico escribiendo a businessoffice@bozemanhealth.org.
 - iii. O en persona en Patient Financial Services (PFS), ubicado en 1600 Ellis Street, Bozeman MT 59715 (al otro lado de Highland Blvd desde el hospital en el Legacy Building).
- d. Es posible que se requiera que los pacientes que buscan asistencia financiera según esta política soliciten, y puedan solicitar, asistencia para solicitar Medicaid u otros programas gubernamentales antes de presentar una Solicitud de asistencia financiera.
- e. Las solicitudes de asistencia financiera completadas deben devolverse durante el período de elegibilidad de cualquiera de las siguientes maneras:
 - i. En persona en Patient Financial Services Customer Service, ubicado en 1600 Ellis Street, Bozeman MT 59715 (al otro lado de Highland Blvd desde el hospital en el Legacy Building).
 - ii. Por correo a Patient Financial Services Customer Service, 1600 Ellis Street, Bozeman, MT 59715.
 - iii. Por fax a ATTN: Credit Supervisor al (406) 414-5423.
 - iv. Solicitud de asistencia financiera de MyChart.

Proceso de solicitud del paciente:

1. **Solicitudes completadas:** en el caso de que se reciba una Solicitud de asistencia financiera completada durante el período de elegibilidad, se suspenderán las acciones de cobro extraordinarias. La solicitud debe estar completa e ir acompañada de los documentos justificativos enumerados en la Solicitud de asistencia financiera.
 - a. El hecho de no proporcionar esta información puede dar lugar a la denegación de asistencia financiera según esta política.
 - b. La asistencia al paciente no se denegará según esta política por no proporcionar información que no se requirió presentar en esta política ni en la Solicitud de asistencia financiera.
2. **Solicitudes incompletas:** en el caso de que se reciba una Solicitud de asistencia financiera incompleta durante el período de elegibilidad, se suspenderán las acciones de cobro extraordinarias que puedan estar vigentes, siempre que se realice lo siguiente a más tardar 30 días:
 - a. Proporcionar al paciente un aviso escrito que:
 - i. Describa la información adicional requerida para hacer una determinación de elegibilidad y un resumen en lenguaje sencillo de esta política.
 - ii. Informe al paciente sobre las acciones de cobro extraordinarias que pueden iniciarse o reanudarse si no se completa la Solicitud de asistencia financiera.
 - iii. Otorgue al paciente 30 días para responder el aviso escrito.
 - b. Si después del aviso escrito, según lo dispuesto anteriormente, el paciente no completa la Solicitud de asistencia financiera dentro de los 30 días, se pueden iniciar o reanudar las acciones de cobro extraordinarias.

Notificación de determinación para el paciente:

1. Se notificará al paciente por escrito la determinación dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la solicitud completada. La notificación incluirá lo siguiente:
 - a. Si se aprueba la asistencia financiera según la disposición de esta política:
 - i. Descontar los cargos brutos al AGB como se describe en la sección "Método de cobro" de esta política.
 1. Los descuentos de asistencia financiera se aplicarán a los AGB de acuerdo con el Programa de Descuentos de Cargos de AGB descrito en la sección "Descuentos" de esta política.
 - ii. Proporcionar al paciente un estado de cuenta que indique la cantidad que el paciente debe, si no es elegible para recibir atención gratuita.
 - iii. Reembolsar cualquier exceso de pagos realizados por la persona en cuentas elegibles, si es necesario.
 - iv. Tomar todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier acción de cobro extraordinaria que haya ocurrido.
 - b. Si no se aprueba la asistencia financiera según la disposición de esta política:
 - i. Proporcionar al paciente instrucciones sobre cómo establecer un plan de pago y una fecha límite para evitar iniciar cualquier acción de cobro extraordinaria.
 - ii. Proporcionar al paciente un aviso escrito de las acciones de cobro extraordinarias que pueden realizarse o reanudarse en caso de falta de pago de los montos adeudados.
 - iii. Incluir instrucciones para apelar o reconsiderar.

Método de carga:

1. Si se determina que un paciente califica para recibir asistencia financiera según esta política, los cargos facturados del paciente no serán más de los mismos montos generalmente facturados (AGB) para servicios de emergencia u otros de atención médica médicamente necesarios que los pacientes que tienen cobertura de seguro.
2. Los AGB se determinarán usando el "método de retrospectiva" prescrito por el Servicio de Impuestos Internos. Los AGB se aplicarán multiplicando los cargos completos por la atención médicamente necesaria brindada a un paciente elegible por el porcentaje de AGB.
3. El porcentaje de AGB se calcula anualmente de la siguiente manera:
 - a. Suma de todos los reclamos permitidos (incluido el pago de beneficiarios y aseguradoras) por parte de Medicare por servicio, Medicaid y pagadores privados durante un período anterior de 12 meses dividido por la suma de los cargos brutos por esos reclamos.
 - b. El porcentaje de AGB para un período de 12 meses comenzará a aplicarse a más tardar 120 días después del final del período de medición de 12 meses.
 - c. Los AGB se establecerán a partir del 1 de octubre de cada año.
4. Si desea obtener información sobre el porcentaje de AGB y cómo se calcula el porcentaje, puede:
 - Visitar el sitio web: <http://www.bozemanhealth.org>.
 - Contactar al director financiero llamando al (406) 414-1036
 - Contactar al supervisor de Servicio al Cliente llamando al (406) 414-1015

Límites de la asistencia financiera:

1. Pautas Federales de Pobreza:

- a. Los ingresos familiares anuales del paciente se comparan con la "Actualización anual de las pautas de pobreza del HHS" publicadas más recientes que están vigentes. Consulte las Pautas Federales de Pobreza más recientes y los niveles de ingresos actuales que figuran en nuestro sitio web: <http://www.bozemanhealth.org>.
- b. Los cargos de AGB por servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios se descontarán en los siguientes porcentajes en relación con las pautas de pobreza:

Pautas de asistencia financiera	
Nivel de ingresos (de FPL)	Descuento de los cargos de AGB
100 %-200 %	100 %
201 %-250 %	80 %
251 %-300 %	70 %
301 %-350 %	60 %
351 %-400 %	50 %

2. Límite médicamente indigente:

- a. Disponible para pacientes que tienen un gran saldo restante después de que se hayan tenido en cuenta todos los pagos de terceros. El saldo considerado es la cantidad que se considera responsabilidad financiera del paciente. Si la responsabilidad financiera del paciente excede el 30 % de los ingresos familiares brutos y el paciente no puede pagar, el monto excedente se tratará como un descuento de asistencia financiera catastrófica y se cancelará el 100 % de la cuenta del paciente. Si es inferior al 30 %, revisado caso por caso por el director del Ciclo de Ingresos del Sistema o CFO.
 - b. Esta asistencia financiera está disponible para los pacientes sin respetar las Pautas Federales de Pobreza, pero deben seguir el mismo proceso que todos los demás pacientes que buscan asistencia financiera según las Pautas Federales de Pobreza.
3. Nada en esta política impedirá la oferta de asistencia financiera reducida o más favorable según las circunstancias. Todas las decisiones relacionadas con la interpretación y la aplicación de la asistencia financiera ofrecida según esta política son a discreción exclusiva del director del Ciclo de Ingresos del Sistema y están sujetas a revisión por parte del director financiero para garantizar el cumplimiento.

Apelar una determinación de asistencia financiera:

1. El paciente puede apelar una denegación de elegibilidad para recibir asistencia financiera proporcionando una verificación adicional de ingresos o tamaño de la familia al supervisor de crédito dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la notificación. El director del Ciclo de Ingresos del Sistema revisará todas las apelaciones para la determinación final. Se enviará al paciente una notificación escrita de la determinación final.

Notificación a la comunidad:

1. Esta política, el formulario de Solicitud de asistencia financiera, el resumen en lenguaje sencillo de la política y cualquier aviso o publicación relacionada con la política estarán disponibles en nuestro sitio web: <http://www.bozemanhealth.org> en inglés, español y en cualquier otro idioma hablado por la minoría de 1000 o el 5 % de los residentes de la comunidad que reciben servicios, según lo determinado, usando los datos más recientes publicados por la Oficina del Censo.
2. Esta política, el formulario de Solicitud de asistencia financiera y el resumen en lenguaje sencillo estarán disponibles a pedido, sin cargo en el Departamento de Servicio al Cliente de Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services, PFS), el Departamento de Emergencias, las Áreas de Registro y por correo postal.
3. Un resumen en lenguaje sencillo se mostrará visiblemente en las áreas de espera de pacientes, el Departamento de Emergencias y en los Departamentos de Servicio al Cliente de PFS de una manera que esté razonablemente calculada para atraer la atención del visitante.
4. Se ofrecerá un resumen en lenguaje sencillo de esta política a todos los pacientes en el momento de la admisión o el alta.

5. El resumen en lenguaje sencillo de la política se proporcionará a Community Health Partners y al autobús móvil de detección de HealthCare Connections para garantizar que quienes tienen más probabilidades de requerir asistencia financiera conozcan la política.
6. El resumen en lenguaje sencillo de la política se publicará en las comunicaciones comunitarias de Bozeman Health al menos una vez al año y puede publicarse usando otros medios a opción de la administración.