

SOUTH LYON MEDICAL CENTER

DEPARTAMENTO: FACTURACIÓN

**ASUNTO: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA
ATENCIÓN DE BENEFICENCIA Y SIN COBERTURA DE SEGURO
MÉDICO POR BAJOS INGRESOS/PERSONAS SUBASEGURADAS**

N.º DE PÓLIZA: _____
Nº DE PÁGINA: 1 DE 14
VIGENTE A PARTIR DE: _____
REVISADO: 2/16,3/17,3/18
10/19,10/22,1/24

CRUZADO

APROBADO: _____

POLÍTICA:

La declaración de misión de South Lyon Medical Center, "proporcionar acceso a los servicios de atención médica de calidad que necesita la comunidad", refleja la responsabilidad social de South Lyon Medical Center con las comunidades en las que estamos ubicados. Brindar atención caritativa (asistencia financiera) a las personas de bajos ingresos sin seguro o con seguro insuficiente, junto con otros servicios de beneficio comunitario, son pruebas importantes del cumplimiento de la misión de South Lyon Medical Center. Es imperativo que la determinación, la presentación de informes y el seguimiento de la atención caritativa estén en sintonía con nuestra misión sin fines de lucro y nuestra obligación comunitaria.

La atención caritativa parcial y/o total se basará en la capacidad de pago de la persona, según lo definido por las Pautas Federales de Ingresos de Pobreza y la escala móvil adjunta. Se mantendrá la confidencialidad de la información y la dignidad individual para todos los que soliciten servicios caritativos. El manejo de la información de salud personal cumplirá con todos los requisitos de HIPAA.

Esta política, junto con los procedimientos de implementación individualizados, será utilizada por todas las ubicaciones y todos los proveedores que facturen los servicios prestados por SLMC, excepto por el cuidado a largo plazo con custodia. Cualquier modificación debe ser aprobada por escrito por la Administración de SLMC y la Junta Directiva de SLMC. Se tomará una decisión sobre la elegibilidad tan pronto como sea posible después de recibir la solicitud completa. Cualquier descuento en la tarifa variable se aplicará a los cargos hasta 240 días después de la primera factura del paciente.

DEFINICIONES

- AGB - Montos generalmente facturados por atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria a personas que tienen cobertura de seguro.
- ECA - acciones extraordinarias de cobro que se definen en el Reglamento 501(r) como:
 - Vender la deuda de una persona a otra parte, sujeto a algunas excepciones
 - Informes adversos a agencias de informes crediticios o agencias de crédito
 - Diferir, denegar o exigir el pago antes de proporcionar la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de la atención prestada anteriormente
 - Acciones que requieren un proceso legal, que incluyen, entre otras:
 - Colocar un gravamen sobre la propiedad
 - Ejecución hipotecaria de bienes inmuebles
 - Embargar o confiscar una cuenta bancaria u otros bienes personales
 - Iniciar una acción civil contra una persona

- Causar el arresto de una persona
- Hacer que una persona esté sujeta a una orden de embargo corporal
- Embargar el salario de una persona

- FAP – Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy)

- FPIG - Pautas Federales de Ingresos de Pobreza (Federal Poverty Income Guidelines)

- SLMC – South Lyon Medical Center

PROPÓSITO:

- El propósito de esta política es definir los criterios de elegibilidad y los requisitos para la asistencia financiera de acuerdo con las regulaciones 501 (r) y la participación en la HRSA.

- Definición de Cuidado Caritativo:
 - Un paciente de bajos ingresos es elegible para la consideración de atención caritativa basada en el cumplimiento de los criterios de elegibilidad de ingresos establecidos por la Escala Móvil de la Guía Federal de Ingresos de Pobreza (FPIG).

- La cantidad y la frecuencia de las visitas al hospital pueden ayudar a evaluar las dificultades financieras de la persona y/o la familia.

- Si se aprueba, el descuento se aplicará a las visitas a la clínica de atención primaria, las visitas al departamento de emergencias, las visitas a pacientes hospitalizados y los servicios ambulatorios, incluidos fisioterapia, radiología y laboratorio. Los servicios de custodia de atención a largo plazo están excluidos de este descuento.

PROCEDIMIENTO:

- Criterios de elegibilidad: Servicios hospitalarios (emergencias, agudos, radiología, laboratorio, fisioterapia, etc.)
 - Solicitud de Atención Caritativa: (Ver Anexo A):
 - Un paciente hospitalizado de bajos ingresos del área de servicio médico primario de SLMC que indique la incapacidad financiera para pagar una factura por un servicio médicamente necesario será evaluado para recibir asistencia de atención caritativa.

 - La elegibilidad se basa en el tamaño de la familia y los ingresos del hogar

SOUTH LYON MEDICAL CENTER

SUBJECT: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINA

PAGE NO: 3 DE 14

- El formulario de solicitud estándar se utilizará para documentar la situación financiera general de cada paciente. Esta solicitud está disponible en los idiomas principales del área de servicio de SLMC en inglés y español.
- Una vez que se haya tomado una determinación, se enviará un formulario de notificación a cada solicitante informándoles de la decisión de South Lyon Medical Center.
- Los datos utilizados para tomar una determinación sobre la elegibilidad para la atención caritativa se verificarán en la medida de lo posible en relación con la cantidad involucrada.
- Si SLMC determina que un paciente es elegible para un descuento basado en información de terceros, se le notificará al paciente sobre la base de la determinación y el método para solicitar un descuento más generoso.
- South Lyon Medical Center (SLMC) proporcionará, sin excepción, atención para condiciones médicas de emergencia a todos los pacientes que soliciten dicha atención, independientemente de su capacidad para pagar o calificar para recibir asistencia financiera, de acuerdo con los requisitos de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo (EMTALA). Otros servicios hospitalarios que no cumplan con el estándar de condición médica de emergencia serán evaluados caso por caso.
- Criterios de elegibilidad: Atención primaria
 - Solicitud de Atención Caritativa: (Ver Anexo A):
 - Un paciente de bajos ingresos de la atención primaria de SLMC que indique la incapacidad financiera para pagar una factura por un servicio médicamente necesario será evaluado para recibir asistencia de atención caritativa.
 - La elegibilidad se basa en el tamaño de la familia y los ingresos del hogar
 - El formulario de solicitud estándar se utilizará para documentar la situación financiera general de cada paciente. Esta solicitud está disponible en los idiomas principales del área de servicio de SLMC en inglés y español.
 - Una vez que se haya tomado una determinación, se enviará un formulario de notificación a cada solicitante informándoles de la decisión de South Lyon Medical Center.
 - Los datos utilizados para tomar una determinación sobre la elegibilidad para la atención caritativa se verificarán en la medida de lo posible en relación con la cantidad involucrada.
 -

- Si SLMC determina que un paciente es elegible para un descuento basado en información de terceros, se le notificará al paciente sobre la base de la determinación y el método para solicitar un descuento más generoso.
- Atención Caritativa Parcial: (Ver Anexo B):
 - Se otorgará atención caritativa parcial a los pacientes que ganen entre el doscientos cincuenta por ciento (250%) de las Pautas Federales de Ingresos de Pobreza (FPG) más recientes. Para estos pacientes, South Lyon Medical Center utilizará la lista móvil de tarifas (anexo B) y proporcionará un descuento de los cargos totales según el nivel de ingresos del solicitante.
 - El descuento aplicado para pacientes con ingresos de hasta el 250% de las Pautas Federales de Ingresos de Pobreza (FPIG) más recientes será igual o mayor que los montos generalmente facturados (AGB) para atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a las personas que tienen cobertura de seguro. SLMC determina el AGB en función de todas las reclamaciones pagadas a SLMC por Medicare y las aseguradoras de salud privadas (incluidos los pagos de los beneficiarios de Medicare o las propias personas aseguradas), durante un período de 12 meses, dividido por los cargos brutos asociados a esas reclamaciones (método retrospectivo). Los pacientes pueden solicitar por escrito el porcentaje actual de AGB. El descuento se aplicará a los pacientes que completen el proceso de solicitud y cumplan con los criterios:

Ingreso familiar como porcentaje del FPIG	Descuento en los cargos brutos
>171% - 250%	55%
>100% - 170%	75%
≤100%	100%

- **Calificación de gastos para el descuento por atención caritativa catastrófica que no está sujeto a las Pautas Federales de Ingresos de Pobreza:**
 - Los Gastos Médicos Permitidos del paciente deben exceder el 30 por ciento de su Ingreso Familiar determinado de la siguiente manera:
 - El Hospital multiplicará el Ingreso Familiar determinado en la sección de Definición de Ingreso por el treinta por ciento (30%).
 - El SLMC determinará los gastos médicos permitidos del paciente como atención para emergencias y otros cuidados médicamente necesarios. Otros servicios médicos pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera según lo determine la administración de SLMC.
 - El Hospital comparará el treinta por ciento (30%) de los Ingresos Familiares, según se determine en la sección de Definición de Ingresos, con el monto total de los gastos médicos permitidos del paciente. Si el total de los Gastos Médicos Permitidos es mayor que el treinta por ciento (30%) de los Ingresos Familiares, entonces el paciente cumple con la calificación de Atención Caritativa Catastrófica. El Hospital restará el treinta por ciento (30%) de los Ingresos Familiares de los Gastos Médicos Permitidos para determinar la cantidad en la que los Gastos Médicos Permitidos exceden los ingresos disponibles; Esta cantidad es elegible para una cancelación de Charity Care.
- **Período de elegibilidad:**
 - El período de elegibilidad es de doce (12) meses a partir de la fecha de la determinación inicial de elegibilidad, a menos que en el transcurso de ese tiempo el ingreso familiar o el estado del seguro del paciente cambien hasta tal punto que el paciente deje de ser elegible. Los descuentos de caridad se aplicarán a emergencias adicionales y otros cuidados médicamente necesarios proporcionados por el hospital durante un período de doce (12) meses. La elegibilidad se revisará semestralmente para verificar su precisión y determinación.
- **Vencimiento del descuento:**
 - El descuento benéfico estará vigente a partir de la fecha de aprobación de la solicitud (no de presentación) y caducará después de trescientos sesenta y cinco (365) días. Luego, el solicitante deberá volver a solicitar el descuento para extender el período de elegibilidad por doce (12) meses adicionales. La Administración se reserva el derecho de facturar (con o sin descuento) cualquier cargo que pueda acumularse entre las solicitudes posteriores y la aprobación.
- **Asignaciones retrospectivas:**

- Los descuentos de caridad se aplicarán a los pacientes con cuentas que lo soliciten y sean aprobados al cumplir con el FPIG dentro de los 240 días posteriores a la facturación del primer paciente. Esto se aplica a las cuentas entregados a una agencia externa para fines de recolección dentro de este límite de tiempo.

 - Pacientes sin hogar:
 - Los pacientes del Departamento de Emergencias sin una fuente de pago pueden clasificarse como caridad si no tienen trabajo, dirección postal, residencia o seguro. También se debe considerar la posibilidad de clasificar en el Servicio de Urgencias únicamente a los pacientes que no proporcionan información adecuada sobre su estado financiero. En muchos casos, estos pacientes no tienen hogar y tienen pocos recursos para cubrir el costo de su atención y, por lo tanto, se les otorgará el descuento de caridad más alto.

 - Agencia de Cobranza:
 - Todas las cuentas, incluidas las enviadas a las agencias de cobranza, deben cumplir con los requisitos 501(r) relacionados con las Acciones Extraordinarias de Cobro (ECA).
 - No se iniciarán ECA durante al menos 120 días después del primer estado de cuenta posterior al alta mientras se determina si una persona es elegible para FAP.
- Antes de participar en las ECA, SLMC y sus designados:
- Notificar a la persona a través de un aviso por escrito que indique que hay asistencia financiera disponible.
 - Proporcionar un resumen en lenguaje sencillo de la FAP
 - Hace un esfuerzo razonable para notificar oralmente a la persona sobre la FAP
 - Estos esfuerzos se completarán al menos 30 días antes de iniciar los ACE
- Si una agencia de cobro identifica a un paciente que cumple con los criterios de elegibilidad para la atención caritativa del hospital, su cuenta de paciente puede considerarse atención caritativa, incluso si originalmente se clasificó como una deuda incobrable.
 - Las cuentas de pacientes de la agencia de cobro que cumplan con los criterios de atención caritativa se devolverán a la oficina de facturación del hospital y se revisará la elegibilidad para la atención caritativa, y SLMC hará lo siguiente:
 - Se suspenderán todas las ECA.
 - Se hará una determinación de la elegibilidad para la FAP y si el paciente es elegible para un descuento
 - SLMC proporcionará un estado de cuenta revisado.
 - SLMC reembolsará cualquier pago que exceda la responsabilidad del paciente con descuento.
 - SLMC tomará todas las medidas razonables disponibles para revertir cualquier ECA.
 - Si la solicitud está incompleta, SLMC enviará una notificación por escrito al solicitante describiendo la información necesaria para completar el proceso de solicitud.

- Circunstancias especiales:
 - Los pacientes fallecidos sin cobertura patrimonial o de terceros serán elegibles para la caridad.
 - Los pacientes que están en bancarrota o que han completado recientemente la bancarrota pueden ser elegibles para la caridad.
- Requisitos de tiempo para la determinación:
 - Si bien es deseable determinar la cantidad de atención caritativa para la que un paciente es elegible lo más cerca posible del momento del servicio, no existe un límite rígido en el momento en que se hace la determinación. En algunos casos, la elegibilidad es evidente y se puede tomar una determinación antes, durante o poco después de la fecha del servicio. En otros casos, puede ser necesaria una investigación para determinar la elegibilidad, especialmente cuando el paciente tiene una capacidad o voluntad limitadas para proporcionar la información necesaria.
 - Se debe hacer todo lo posible para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir atención caritativa. En algunos casos, es posible que un paciente elegible para la atención de caridad no haya sido identificado antes de iniciar la acción de recolección externa. En consecuencia, las agencias de recolección de South Lyon Medical Center están al tanto de la política de atención de caridad y comunican la disponibilidad y el proceso de FAP a los pacientes.
 - Una vez que se establece la determinación, el cliente debe notificar al centro de cualquier cambio en los ingresos, del tamaño de la familia dentro de los diez (10) días y el cliente (s) deberá presentar una nueva solicitud.
- Definición de Ingresos:
 - Las ganancias familiares anuales antes de impuestos, menos los pagos realizados por pensión alimenticia y manutención de los hijos, se calcularán a partir de los formularios W-2, 1099, declaraciones de impuestos y talones de pago actuales del año anterior.
 - La prueba de ingresos puede determinarse anualizando los ingresos familiares del año hasta la fecha, teniendo en cuenta las tasas de ingresos actuales.
- Comprobante de identificación/domicilio:
 - Los pacientes deberán proporcionar una licencia de conducir válida, o una tarjeta de identificación válida, o un pasaporte válido, o una identificación de empleo u otra no especificada.
- Promoción de descuento
 - South Lyon Medical Center promueve este descuento a través de las redes sociales, el sitio web de la organización, los estados financieros y la señalización. Los pacientes pueden solicitar este descuento a través de una solicitud escrita y una solicitud verbal

de descuento del personal de registro de la clínica, el personal de registro de pacientes ambulatorios y el personal del departamento de facturación.

- Matriz de aprobación de quién puede otorgar la deducción de Charity Care:
 - El Director Ejecutivo y/o el Director Financiero pueden aprobar las cancelaciones de organizaciones benéficas. La transferencia de cualquier saldo restante después del ajuste de caridad a una agencia de cobro debe ser aprobada por el Gerente de la Oficina Comercial.

APLICACIÓN DE TARIFA VARIABLE

Una vez que su solicitud se envíe para su revisión y luego de su aprobación, puede ser elegible para un descuento que oscila entre el cincuenta y cinco por ciento (55%) y el cien por ciento (100%) según el tamaño de su hogar y sus ingresos mensuales.

Si se aprueba, la cobertura se aplicará a las visitas a la clínica de atención primaria, las visitas al departamento de emergencias, las visitas a pacientes hospitalizados y los servicios ambulatorios, incluidos fisioterapia, radiología y laboratorio. Los servicios de custodia de atención a largo plazo están excluidos de este descuento. Los solicitantes aprobados para este programa serán elegibles por un (1) año a partir de la fecha de decisión.

Los solicitantes que son aprobados son responsables de pagar su porcentaje en el momento del servicio para la atención que no sea de emergencia y otra atención no médicamente necesaria o hacer arreglos por adelantado con el Asesor Financiero.

Por favor, rellene la siguiente solicitud y devuélvala con la siguiente documentación:

- Todo el dinero recibido dentro de los últimos sesenta (60) días (talones de pago, carta de beneficios anuales del Seguro Social, pensión, jubilación o copia de cheques o pagos de manutención de los hijos) para todos los miembros del hogar.

O

- Copia de la última declaración de impuestos sobre la renta o carta que explique por qué no presenta la declaración.

O

- W-2, 1099 para el año fiscal anterior.

Y

- Identificación con foto para todos los adultos en el hogar: Licencia de conducir válida o tarjeta de identificación válida, pasaporte válido o identificación de empleo u otra no específica.

Espere hasta catorce (14) días para el procesamiento de la solicitud.

South Lyon Medical Center es un proveedor de igualdad de oportunidades. South Lyon Medical Center se reserva el derecho de reenviar o negar la aprobación de cualquier descuento si el (los) solicitante (s) envía a sabiendas y deliberadamente información que se identifica o se determina que es ficticia.

Cualquier cambio en los ingresos o en el tamaño de la familia debe informarse dentro de los diez (10) días.

Si tiene alguna pregunta sobre el programa, no dude en ponerse en contacto con el asesor financiero. 463-2301 ext. 6437

ESTADO DE SITUACIÓN FINANCIERA (Anexo A)

NOMBRE _____ CÓNYUGE _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

CUENTA # _____

(PACIENTE) (CÓNYUGE)

ESTADO FAMILIAR: Enumere a todos los dependientes de dieciocho (18) años de edad o menos, estudiantes de tiempo completo o discapacitados que residen en el hogar. Es posible que se requiera prueba de estudiante o discapacidad.

TAMAÑO DE LA FAMILIA

Nombre	Edad	Fecha De Nacimiento	Seguro (OPCIONAL)

Total de miembros de la familia (agregue el paciente, el cónyuge y los dependientes de arriba)

EMPLEO & OCUPACIÓN (Opcional)

Empleador (o nombre de la empresa): _____ Position: _____

Cónyuge Empleador: _____ Cargo: _____

Fuente	Propia	Otro	Total
sueldos brutos, salarios, propinas, etc			
Ingresos de negocios y trabajo por cuenta propia			
Compensación por desempleo, compensación para trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, Pago para Veteranos, Pensión de Beneficio para Sobrevivientes o Ingreso de Jubilación			
Intereses, divisiones, regalías, ingresos de propiedades de alquiler, patrimonios y fideicomisos, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia externa al hogar y otras fuentes misceláneas.			
Ingresos totales			

Consideraciones/Circunstancias Especiales:

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades

Certificación: Escucho por certificar que, a mi leal saber y entender, que la información proporcionada es verdadera y precisa.

(Firma del paciente o garante)

(Fecha)

(Firma del cónyuge)

(Fecha)

SOUTH LYON MEDICAL CENTER

SUBJECT: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINA

PAGE NO: 12 DE 14

CHARITY CARE CALCULATION WORKSHEET – FACILITY USE ONLY

Patient Name: _____ Patient Account #: _____

Charity/Financial Assistance Calculation:

Total Combined Current Monthly Income \$ _____

Family Size (From Statement of Financial Condition) _____

Partial Charity Write-off Calculation (complete this section only if patient qualifies for partial charity care):

A. Total Charges \$ _____
B. Sliding fee % (Attachment B) _____
C. Patient Liability (Line A times Line B) \$ _____
D. Discount Amount (Line A minus line C) \$ _____

Catastrophic Charity Write-off Calculation (complete section only if patient qualifies for catastrophic charity w/o):

A. Patient Liability \$ _____
B. Annual Income \$ _____
C. Patient Liability as Percent of Annual Income _____ %
D. Is Line A divided by Line B greater than .30 (30%)? Yes No
E. If no, patient is not eligible for this type of write-off _____ \$0 _____
F. If yes, multiply Line B by 30% to identify the patient liability amount \$ _____
G. If yes, Subtract line F from Line A to identify the write-off amount \$ _____
Total Amount of Recommended Charity Write-off(s): \$ _____

AUTHORIZED FOR CHARITY WRITE-OFF

APPROVAL MATRIX: to be developed by each entity in accordance with departmental make-up, levels of management and size. For example:

Chief Executive Officer and/or Chief Financial Officer	Above \$10,000
Chief Executive Officer/ Chief Financial Officer	Up to \$10,000
Chief Executive Officer/ Chief Financial Officer	Up to \$1,000

Approved Sliding Fee % _____%

Received Date: _____ Approval/Denial Date: _____

Qualification for Charity Care/Financial Assistance (circle one): Full Partial
(Identify using eligibility guide) Catastrophic Denied

Completed by: _____ Date: _____

Approved by: _____ Date: _____

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA ATENCIÓN CARITATIVA

South Lyon Medical Center ha llevado a cabo una determinación de elegibilidad para la atención benéfica para:

NOMBRE DEL PACIENTE	NÚMERO DE CUENTA	FECHA(S) DE SERVICIO

La solicitud de atención caritativa fue hecha por el paciente o en nombre del paciente en _____. Esta determinación se completó el: _____.

Sobre la base de la información suministrada por el paciente o en nombre del paciente, se ha tomado la siguiente determinación:

_____ Su solicitud de atención caritativa ha sido aprobada para servicios prestados en _____
Después de aplicar la reducción de la atención caritativa, el monto adeudado es de \$ _____.

_____ Su solicitud de atención caritativa está pendiente de aprobación. Sin embargo, se requiere la siguiente información antes de que se pueda aplicar cualquier ajuste a su cuenta:

_____ Su solicitud de atención caritativa ha sido denegada porque:

RAZÓN:

Si tiene alguna pregunta sobre esta determinación, comuníquese con:

Consejero Financiero 463-2301 ext. 6437