

Comanche County Memorial Hospital

Solo para el uso de la oficina

POLICY AND PROCEDURE			
DEPT: BUSINESS SERVICES		POLICY/PROCEDURE #:	
SUBJECT: FINANCIAL ASSISTANCE OR CHARITY SERVICES			
DATE OF ORIGIN: 06/30/92	REVISION: 07/11/19	REVIEWED:	EFFECTIVE:
DEPARTMENT ADMINISTRATIVE DIRECTOR APPROVAL:			PAGE 1 OF 8
ADMINISTRATION APPROVAL:			

Asistencia financiera o servicio de caridad

Servicios que se brindan a los pacientes cuando no se anticipa el pago debido a la imposibilidad de pagar. La asistencia financiera o la atención de caridad están disponibles a través del programa de “Política de asistencia financiera” (FAP) del Comanche County Memorial Hospital (CCMH). La FAP es independiente y distinta de las deudas incobrables, que son cuentas en las que se ha extendido el crédito y se anticipa el pago, pero no se recibe. Los servicios de un médico empleado de CCMH también pueden ser elegibles según la FAP dentro del alcance de los servicios hospitalarios proporcionados.

Medicamento necesario

Se refiere a los servicios de atención médica para pacientes hospitalizados o ambulatorios que se brindan con el fin de evaluar, diagnosticar y / o tratar una lesión, enfermedad, dolencia o sus síntomas, que de otro modo, si no se tratan, representan una amenaza para el estado de salud continuo del paciente. Los servicios deben ser clínicamente apropiados y estar dentro de los estándares de práctica médica generalmente aceptados, representar el suministro, dispositivo o suministro más apropiado y rentable, servicio que se puede proporcionar de manera segura y fácilmente disponible en una ubicación de CCMH con un propósito principal que no sea la conveniencia del paciente o proveedor. Se excluyen expresamente de los servicios médicamente necesarios: los servicios de atención médica que son cosméticos, experimentales, que forman parte de un programa de investigación clínica, honorarios médicos o profesionales médicos privados y / o ajenos a CCMH, o servicios y / o tratamientos que no se brindan en una ubicación de CCMH.

OBJETIVO:

Para promover la misión de CCMH en las comunidades a las que sirve, CCMH proporciona asistencia financiera para la atención médica necesaria desde el punto de vista médico de una manera justa, coherente, respetuosa y objetiva a los pacientes de bajos ingresos que no tienen cobertura de seguro o están subasegurados.

POLÍTICA:

De acuerdo con su declaración de misión, Comanche County Memorial Hospital (CCMH) brinda los servicios de atención médica disponibles y necesarios a los pacientes, independientemente de su discapacidad, orientación sexual, edad, sexo, raza, religión, credo, origen nacional o capacidad de pago.

CCMH ayuda a las personas elegibles sin cobertura de seguro o que están subaseguradas al renunciar a todo o parte de los cargos por los servicios proporcionados por CCMH.

PROCEDIMIENTO:

I. Proceso de solicitud, determinaciones de asistencia financiera y pago

- a. Completion de la solicitud de FAP: los pacientes que deseen solicitar asistencia financiera deben completar una solicitud de FAP dentro de los 30 días posteriores al alta. Si el paciente no devuelve su solicitud completa dentro de los 30 días, su solicitud será predeterminada.

Es posible que el paciente tenga que pagar y pueda tener un fallo judicial final que haga que la FAP no esté disponible. Puede obtener una copia de la solicitud de FAP en el sitio web del hospital en <http://www.ccmhhealth.com> o llame a la oficina de servicios financieros de acceso para los pacientes en cualquier momento al (580) 699-7361. La finalización incluye completar y enviar una solicitud FAP, junto con toda la documentación solicitada de ingresos y activos, a:

Comanche County Memorial Hospital
Attn: Patient Access Financial Services
PO Box 129
Lawton, Oklahoma 73502
o por Fax (580) 250-5948.

La documentación provista con la solicitud FAP completa debe incluir, según corresponda: copias de tarjetas de seguro social, comprobante de residencia, estados de cuenta bancarios o de cooperativas de crédito de los últimos tres meses, estados de cuenta de inversiones de los últimos tres meses, formularios W-2 u otros salarios o ingresos. información como talones de nómina de tres meses, cheques de seguro social o cheques de desempleo, registros comerciales de trabajo por cuenta propia, cartas de concesión de ingresos / concesión de beneficios educativos u otros documentos que muestren ingresos y activos, una copia de la declaración de impuestos del IRS actual, hipoteca declaraciones y declaraciones anuales de impuestos sobre la propiedad y documentos que prueben las relaciones de los miembros del hogar, incluidos certificados de nacimiento o bautismales, documentos de adopción, licencia de matrimonio, decreto de divorcio o documentos de separación legal. CCMH puede solicitar documentación adicional durante el proceso de revisión de su solicitud.

- b. Solicitudes incompletas: las solicitudes de asistencia financiera incompletas pueden ser denegadas hasta o al menos que estén completos. CCMH retendrá la solicitud incompleta y enviará una carta al paciente describiendo la información necesaria y cómo presentar la documentación necesaria.
- c. Confidencialidad: CCMH guarda todas las solicitudes de FAP y la documentación de respaldo confidencial.
- d. Determinaciones de elegibilidad: el Departamento de Servicios Financieros de Acceso para Pacientes de CCMH revisa las solicitudes de los pacientes e informa a los pacientes por correo de los resultados dentro de los 30 días posteriores a la recepción de una solicitud completa y toda la documentación solicitada. La determinación final para la asistencia financiera se proporciona al paciente en un aviso de determinación por escrito. La asignación de la cuenta a una agencia de cobranza para el seguimiento no va a ocurrir durante el proceso de determinación de asistencia.

DEPT: BUSINESS SERVICES	POLICY/PROCEDURE #:
SUBJECT: FINANCIAL ASSISTANCE OR CHARITY SERVICES	
PAGE 3 OF 8	

- e. Trabajamos con pacientes para hacer arreglos de pago después de la determinación de asistencia financiera de CCMH para resolver el resto de su saldo después de que se haya tomado una determinación de asistencia financiera. Los pacientes son responsables de realizar pagos aceptables con CCMH dentro de los 30 días de la decisión.
- f. Notificación al paciente de la transferencia a una agencia de cobranza después de los arreglos del plan de pago: CCMH envía un mínimo de dos estados de cuenta mensuales a los pacientes que no hayan hecho arreglos de pago después de la decisión final o que no cumplan con los planes de pago mutuamente acordados. El aviso alerta al paciente de su saldo y, si su situación financiera ha cambiado, es posible que tenga la oportunidad de un nuevo plan de pago. El aviso también alerta al paciente de que el asunto puede enviarse a una agencia de cobranza si no se resuelve. Esta comunicación se lleva a cabo antes de la transferencia a una agencia de cobranza.
- g. Suspensión de las actividades de cobranza: los pacientes que hayan completado una solicitud y estén bajo revisión tienen una suspensión de la actividad de cobranza y cualquier interés que pueda haber acumulado en su facturas.
- h. Finalización tarde de una solicitud: los pacientes pueden solicitar asistencia financiera en cualquier momento hasta que un tribunal de jurisdicción competente haya dictado sentencia legal.
- i. Intereses: CCMH no cobra intereses a los pacientes que participen en el programa por las cuentas en las que el paciente esté cumpliendo con los términos de los arreglos de pago predeterminados. Los requisitos de intereses de las agencias de cobranza no están cubiertos por esta política, con la excepción de la suspensión de intereses para las cuentas bajo revisión de asistencia financiera.

II. Prácticas de cobro para pacientes de asistencia financiera

- a. Si un paciente no hace el pago y no inicia el proceso de asistencia financiera, CCMH continúa facturando al paciente durante al menos 120 días y puede optar por comenzar la actividad de cobranza, incluida la posible transferencia a una agencia de cobranza. Sin embargo, antes de la transferencia a una agencia de cobranza, CCMH envía un mínimo de tres estados de cuenta cada 30 días o hace dos llamadas telefónicas a cuentas con correo devuelto en un intento de comunicarse con el paciente a la dirección y números de teléfono proporcionados por el paciente y para asegurarse de que la cuenta haya alcanzado al menos 120 días de mora. El Departamento de Servicios Financieros para Pacientes revisará las cuentas para asegurarse de que se hayan realizado esfuerzos razonables para determinar si las cuentas son elegibles para Asistencia Financiera antes de enviarlas a una agencia de cobranza.

Los estados de cuenta y las comunicaciones informan al paciente del monto adeudado, de la oportunidad de completar una solicitud y de que completar la solicitud puede calificar al paciente para recibir atención gratuita o de costo reducido.

- b. Las cuentas que tengan más de 120 días desde el alta de la paciente y que hayan sido remitidas a una agencia de cobranza pueden ser reportadas a una agencia de informes crediticios y / o se pueden tomar otras acciones legales para resolver la deuda.

DEPT: BUSINESS SERVICES	POLICY/PROCEDURE #:
SUBJECT: FINANCIAL ASSISTANCE OR CHARITY SERVICES	
	PAGE 4 OF 8

- c. Las agencias contratadas con CCMH proporcionan a los pacientes el número de teléfono de CCMH que los pacientes pueden llamar para solicitar asistencia financiera si el paciente lo necesita mientras su cuenta está en colecciones.
- d. Los pacientes cuyas cuentas hayan sido transferidas a una agencia de cobranza pueden solicitar el departamento de asistencia financiera de CCMH, presente una solicitud con la documentación solicitada y sean considerados para la reducción de su factura. Estos pacientes están sujetos a una suspensión de recogida que está descrita en el párrafo anterior.
- e. En los casos en que una escritura de fideicomiso voluntaria haya garantizado una deuda de CCMH, CCMH no ejecuta un gravamen que obliga a la venta, desocupación o ejecución hipotecaria de la residencia principal de un paciente para pagar facturas médicas pendientes.

III. Criterios de elegibilidad para la asistencia financiera al paciente

- a. Usamos un descuento para pacientes que toma en consideración los ingresos y bienes del hogar del paciente.
- b. Los pacientes elegibles son personas sin seguro o con seguro insuficiente que reciben servicios médicamente necesarios para pacientes hospitalizados o ambulatorios desde una ubicación de CCMH y que, sujeto a la limitación de activos calificados descrita en la sección V.e y V.f. que sigue: i No son elegibles para la cobertura que de otro modo pagaría por estos servicios (ya sea a través de cobertura basada en el empleador, seguro comercial, cobertura patrocinada por el gobierno o cobertura de responsabilidad de terceros). ii Tienen ingresos familiares (como se define a continuación) por debajo de 300 % del nivel federal de pobreza durante los 12 meses anteriores a la fecha de los servicios; y. iii Residir dentro de las comunidades atendidas por CCMH. Un residente de la comunidad es alguien que reside dentro del área de servicio principal de CCMH. Para ser considerado un residente de la comunidad, un paciente debe haber residido dentro del área de servicio principal durante al menos seis meses antes de la fecha en que se prestaron los servicios. El requisito de residencia de seis meses no se aplicará a las personas que residen fuera del área de servicio principal de CCMH pero que requieren tratamiento de emergencia mientras viajan o visitan dentro del área de servicio principal.
- c. Las determinaciones de asistencia financiera serán consistentes entre los pacientes independientemente de su edad, sexo, raza, religión, credo, discapacidad, orientación sexual, origen nacional o estado migratorio.
- d. La asistencia financiera generalmente es secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, incluidos los seguros, los programas gubernamentales, la responsabilidad de tercera entidad y los activos calificados.
- e. Las personas con acceso a seguro médico, reembolso de terceros por servicios de salud o asistencia gubernamental que se nieguen a inscribirse, no aprovechen o no mantengan la elegibilidad para dicha cobertura pueden ser excluidas de recibir asistencia financiera.
- f. La información del hospital se puede utilizar para los servicios que está solicitando durante la duración actual del tiempo de la solicitud únicamente.

- g. Se requerirá una nueva solicitud para calificar para cualquier servicio futuro.
- h. Las solicitudes de FAP serán revisadas y aprobadas dentro de los límites establecidos a continuación:
 - i. Director Administrativo de Servicios de Ciclo de Ingresos \$1 – \$10,000
 - ii. Director financiero \$10,001 – Over

IV. Proceso de determinación de asistencia financiera

- a. El nivel de asistencia calificado para pacientes elegibles para la asistencia se basa en bruto ingresos del hogar como porcentaje de las pautas federales de pobreza. Una copia de este cálculo es disponible a pedido llamando al Departamento de Servicios Financieros de Acceso para Pacientes al (580) 699-7361.
- b. Para obtener asistencia financiera, el paciente debe establecer (mediante el llenado de una solicitud y la presentación de la documentación requerida) que el ingreso familiar del paciente está por debajo del 300% del nivel federal de pobreza.
- c. Se pueden hacer concesiones para circunstancias atenuantes basadas en la vida única de cada persona, situación y factores atenuantes. La cantidad de asistencia proporcionada por CCMH puede ser mayor de lo que se describe en la cuadrícula CCMH FPL para el año en curso, pero no menos.
- d. Los documentos utilizados para la verificación de ingresos y bienes del hogar incluyen, pero no limitado a: Copias de los comprobantes de nómina, cheques del Seguro Social o cheques de desempleo; copia de la declaración de impuestos actual del IRS presentada; banco actual, fondo fiduciario declaraciones, declaraciones hipotecarias y declaraciones anuales de impuestos a la propiedad. En ausencia de ingresos, una carta de apoyo de las personas que cubren las necesidades básicas de vida del paciente puede ser proporcionado. Si lo solicita, CCMH puede requerir una verificación adicional de ingresos y activos.
- e. CCMH puede solicitar un informe de historial crediticio para confirmar la información de asistencia financiera según sea necesario.
- f. "Ingresos del hogar" incluye todos los ingresos antes de impuestos, sin embargo, derivados de todas las personas de 18 años y sobre los que residen en un hogar.
- g. Los "bienes del hogar" se considera en la determinación final de elegibilidad para descuentos. Los activos del hogar que se consideran incluyen todos los activos en efectivo o no en efectivo propiedad de un miembro de un hogar, incluidos:

Efectivo guardado en cuentas de ahorro, cuentas corrientes, cajas de seguridad u hogares;

- i. Valor de los fideicomisos (incluidos los fideicomisos en vida) en los que el paciente o garante tiene interés o propiedad del capital social en bienes raíces;
- ii. Valor en efectivo de acciones, bonos, letras del tesoro, certificados de depósito y mercado monetario cuentas;

- iii. Valor en efectivo de las pólizas de seguros de vida; Propiedad personal mantenida como inversión, como joyas o colecciones de monedas;
- iv. Vehículos que no sean automóviles de valor razonable utilizados como fuente principal de transporte, bienes inmuebles y una suma global o recibos únicos de fondos, como herencias, ganancias de lotería o liquidaciones de seguros.
- h. Los “activos calificados” se determinan calculando una cuarta parte de la cantidad que queda después de se deducen \$ 75,000.00 del valor total de los bienes del hogar de un paciente. Por ejemplo, activos calificados = (Activos del hogar - \$ 75,000.00) X .25%.
- i. Cantidad de asistencia financiera después de la aplicación de activos calificados: un paciente que elegible para asistencia financiera basada en los ingresos del hogar tiene el monto del asistencia financiera reducida (o eliminada) por el saldo (si lo hubiera) de la “Activos calificados”.
- j. CCMH reserva el derecho de ofrecer asistencia financiera para solicitudes incompletas o en el ausencia de una solicitud cuando la información disponible demuestra la probabilidad de que el paciente puede ser elegible para recibir asistencia, pero es posible que no pueda completar una solicitud. Por ejemplo, los pacientes de Medicaid son elegibles para recibir asistencia financiera, pero es posible que no sean elegibles para retro-Medicaid y asistencia financiera podría otorgarse en ausencia de una solicitud. Las personas sin hogar son elegibles para recibir asistencia, pero es posible que no puedan completar un solicitud de asistencia. Pacientes con enfermedades graves y sin apoyo de familia puede ser elegible para recibir asistencia. En los casos en los que esté claro que un paciente es elegible sin una solicitud o una solicitud completa, se puede proporcionar asistencia financiera completa. En los casos en que no esté claro, se puede proporcionar asistencia financiera a excepción de \$ 100 para cuentas de emergencia y \$ 1,000 en todas las demás cuentas (para pacientes ambulatorios y para pacientes hospitalizados). Estas saldos se pueden aplicar a la asistencia financiera al completar una solicitud o nueva información que demuestre que el paciente sería completamente elegible pero incapaz de completar una solicitud.

V. Planes de pago para pacientes con asistencia financiera

- a. Pautas para los montos del plan de pago: CCMH limita los montos cobrados de pacientes no asegurados a no más del 20% del ingreso familiar del paciente por año, a menos que el hogar del paciente tenga activos calificados.
- b. Los plazos generales de los planes de pago se describen a continuación. Los planes se modificarán para que no exceda el 20% del ingreso anual del hogar.

Cantidad adeudada	Meses para pagar
\$75-250	3
\$251-500	5
\$501-1,000	6
Los pacientes que requieran un plan de pago de más de seis meses serán remitidos a Commerce Bank.	

DEPT: BUSINESS SERVICES	POLICY/PROCEDURE #:
SUBJECT: FINANCIAL ASSISTANCE OR CHARITY SERVICES	
	PAGE 7 OF 8

- c. Los pacientes con FAP que cumplan con un plan de pago mensual acordado no serán asignados a una agencia de cobranza y no se le cobrarán intereses sobre el saldo restante.
- d. Los pacientes son responsables de comunicarse con la oficina en cualquier momento que se acuerde el plan de pago pueda romperse. La falta de comunicación del paciente puede resultar en otras acciones de cobro de cuentas después de la notificación adecuada al paciente.
- e. Se pueden aceptar planes de pago que se extiendan más allá del plazo recomendado basado en documentación de respaldo con la aprobación del Director Administrativo de los servicios de ciclo de ingresos.

VI. Apelaciones de determinaciones de asistencia

Los pacientes o sus representantes pueden apelar una determinación de asistencia financiera proporcionando información adicional que demuestre la elegibilidad, como verificación de ingresos o una explicación de circunstancias atenuantes, a la oficina dentro de los 30 días posteriores a la recepción del NOD. El especialista en servicios financieros para pacientes y el gerente de servicios financieros de acceso para pacientes revisarán todas las apelaciones. La parte responsable será notificada del resultado.

VII. Contabilización de la atención benéfica

- a. Se mantendrá un archivo separado para las cuentas canceladas como Atención de Caridad y retenidas en la oficina por un mínimo de siete años.
- b. El personal utilizará la “hoja de trabajo de atención caritativa” cuando se apruebe la cancelación de la cuenta por cobrar.
- c. Se remitirá una copia de la carta de aprobación a CCMH Physician Services para revisión y ajustes apropiados (si corresponde). La carta se colocará con el aplicación en el expediente financiero.

VIII. Comunicación con las pacientes

CCMH se compromete a concienciar a las personas de las comunidades a las que sirve sobre la disponibilidad de asistencia financiera a través de la FAP. CCMH brinda asesoramiento financiero a los pacientes cuando solicitar y ayudar a aquellos que son elegibles a través del proceso de solicitud FAP.

- a. CCMH comunica la disponibilidad de asistencia financiera en cuidados agudos apropiados entornos tales como Departamentos de Emergencia, áreas de registro y en el sitio web del hospital.
- b. Todos los extractos de facturación y extractos de servicios informan a los pacientes que hay asistencia disponible.
- c. Se colocan carteles en las áreas de registro del hospital que informan a los pacientes que la asistencia financiera es disponible para pacientes que reúnan los requisitos y que completen una solicitud de asistencia. Estos carteles informan a los pacientes que la atención gratuita o de costo reducido puede estar disponible para los pacientes calificados que completan una solicitud.

DEPT: BUSINESS SERVICES	POLICY/PROCEDURE #:
SUBJECT: FINANCIAL ASSISTANCE OR CHARITY SERVICES	
	PAGE 8 OF 8

- d. Los materiales que describen la FAP, incluidas hojas de información y folletos, están disponibles en inglés y español en el sitio web del hospital, en Patient Access y en la oficina.
- e. El personal del especialista en servicios financieros está disponible en el hospital para ayudar a los pacientes a comprender y solicitar programas de atención médica locales, estatales y federales y el FAP de CCMH.
- f. Se realizan esfuerzos razonables para asegurar que todos los empleados de CCMH estén informados para derivar pacientes a solicitar el CCMH FAP. Los programas anuales de educación del personal son proporcionados a todo el personal de Servicios financieros de Patient Access.
- g. Los pacientes pueden solicitar información de asistencia financiera o una copia de esta política o la FAP solicitud llamando al Departamento de Servicios Financieros de Acceso para Pacientes al (580) 699-7361. El correo de voz está disponible y las llamadas se realizarán en un plazo de dos días hábiles.
- h. Los pacientes reciben información sobre la disponibilidad de asistencia financiera al registrarse o estar admitido en las áreas de instalaciones para casos agudos del CCMH.
- i. Esta política y la solicitud de asistencia de la FAP en forma de CCMH FAP son disponible en el sitio web de CCMH en <http://www.ccmhealth.com>, en cuidados intensivos para pacientes hospitalizados en las áreas de registro. Los documentos de solicitud de la FAP incluyen instrucciones para completar el formulario de solicitud y la documentación de respaldo necesaria para completar el proceso de solicitud. También se proporcionan instrucciones para la devolución de la solicitud.
- j. Personas distintas del paciente, como el médico del paciente, miembros de la familia, grupos comunitarios o religiosos, servicios sociales o personal hospitalario, pueden realizar solicitudes para obtener asistencia financiera en nombre de un paciente.