	DEPARTMENT: Patient Accounting	SUBJECT: Financial Assistance Policy
	DATE ORIGINATED: 08/2018	DATE REVISED:
	CATEGORY:	PAGE 1 of 8
	APPROVED BY/DATE:	ADOPTED BY/DATE:


Política de Asistencia Financiar

- Propósito:** Miners' Colfax Medical Center reconoce la necesidad de proporcionar asistencia financiera para los servicios médicamente necesarios para las personas sin seguro o con un seguro insuficiente, según la capacidad de pago del paciente. La aprobación para asistencia financiera se basará en la información obtenida del paciente y / u otras agencias disponibles.

Como parte de su propósito, Miners' Colfax Medical Center se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de atención médica no les impida buscar o recibir la atención médica necesaria. Con ese fin, MCMC proporciona atención de emergencia y otro tipo de atención médica gratuita o con descuento si un paciente no puede pagar. Esta política define el proceso que se utilizará para determinar si cualquier paciente de MCMC, ya sea sin seguro o con seguro insuficiente, es elegible para asistencia financiera total o parcial.

En función de la necesidad financiera del paciente o del garante, MCMC se compromete a proporcionar servicios que van desde un 20% de descuento hasta sin cargo. El descuento se basa en la necesidad financiera, como un beneficio de la comunidad para personas sin seguro, con seguro insuficiente, que no son elegibles para los programas del gobierno o que de otra manera no pueden pagar la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. MCMC se dedica a ayudar y asesorar a los pacientes en la gestión de los aspectos financieros de la atención que reciben de MCMC, y a mantener la viabilidad financiera de MCMC y su disposición a cumplir su compromiso de mejorar la salud de las personas, las familias y las comunidades.


La asistencia financiera está disponible solo para las personas que no pueden pagar por su atención y no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente y no son elegibles para la inscripción actual o el apoyo adicional de los programas gubernamentales u otra cobertura de terceros. Es obligación del paciente o del garante completar el proceso para obtener asistencia financiera u otras formas de pago y contribuir al costo de su atención en función de su capacidad individual de pago. Se debe alentar a las personas con capacidad financiera para adquirir un seguro de salud 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. La negativa a comprar o inscribirse en un programa de seguro de salud por una persona que puede hacerlo

	DEPARTMENT: Patient Accounting	SUBJECT: Financial Assistance Policy
	DATE ORIGINATED: 08/2018	DATE REVISED:
	CATEGORY:	PAGE 2 of 8
	APPROVED BY/DATE:	ADOPTED BY/DATE:


puede descalificar a esa persona para recibir asistencia financiera de MCMC.

Esta Política de asistencia financiera se aplica a toda la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria proporcionada por el MCMC.


2. **Aplicabilidad:** Contabilidad de pacientes, Acceso de pacientes
3. **Fecha de vigencia:** Inmediatamente después de la aprobación de la Junta de Fideicomisarios.
4. **Política:** Miners' Colfax Medical Center ayudará a los pacientes a obtener un mecanismo para un plan de pago de sus facturas médicas a través de una escala móvil basada en las pautas de ingresos.
5. **Referencias:** HRSA (Administración de Servicios y Recursos de Salud) Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; Política de asistencia financiera presbiteriana y pautas del Fondo para indigentes del Colfax County.
6. **Procedimiento:** Miners' Colfax Medical Center, antes de la inscripción o en el momento de la inscripción, realizará una evaluación financiera de cada paciente para determinar su capacidad para pagar los servicios.
 - 6.1 Si la persona parece no tener fondos y no es elegible para otros programas estatales, se iniciará una solicitud al Fondo de Indigentes del Colfax County. (Refiérase al Fondo de Indigentes del Colfax County).
 - 6.2 Si la persona no califica para el Fondo de Indigentes del Colfax County, la elegibilidad para recibir asistencia financiera total o parcial se basará en las Pautas Federales de Pobreza actuales, según se establece en la escala móvil adjunta. Sin embargo, el ingreso anual del hogar puede no ser el único factor considerado al determinar la elegibilidad para asistencia financiera. Otros factores que pueden considerarse incluyen el patrimonio neto, el estado laboral y la capacidad de obtener ingresos, el tamaño de la familia, la cantidad y la frecuencia de los servicios de atención médica necesarios, otras fuentes de pago por los servicios prestados y otras obligaciones financieras.

	DEPARTMENT: Patient Accounting	SUBJECT: Financial Assistance Policy
	DATE ORIGINATED: 08/2018	DATE REVISED:
	CATEGORY:	PAGE 3 of 8
	APPROVED BY/DATE:	ADOPTED BY/DATE:


- 6.3 Los pacientes que no proporcionan la información solicitada necesaria para evaluar de manera completa y precisa su situación financiera de manera oportuna y / o que no cooperan con los esfuerzos para asegurar la cobertura de asistencia médica gubernamental pueden no ser elegibles para asistencia financiera.
- 6.4 La asistencia financiera puede ser otorgada prospectiva o retrospectivamente. Todas las personas que soliciten o reciban asistencia financiera serán tratadas con dignidad y respeto. Todas las cuentas vencidas serán revisadas internamente para determinar si el paciente es elegible para asistencia financiera antes de iniciar cualquier esfuerzo de cobro externo, procedimientos legales u otros esfuerzos extraordinarios de cobro.
- 6.5 Los descuentos se aplicarán a medida que los pagos se reciban de acuerdo con la escala móvil.
- 6.6 Esta Política de asistencia financiera se aplica solo a los servicios médicamente necesarios y no incluye los cargos del médico o profesional que no son facturados por el hospital o los procedimientos electivos para los cuales no se puede determinar la evidencia de necesidad médica.
- 6.7 El hospital tomará las medidas razonables para garantizar que los pacientes conozcan la existencia de esta Política de asistencia financiera. Los empleados en la programación, el acceso de pacientes, los servicios de contabilidad de pacientes y los departamentos de emergencia estarán completamente versados en esta política, tendrán acceso a los formularios de solicitud de asistencia financiera y podrán dirigir sus preguntas a los representantes apropiados del Miners' Colfax Medical Center. Los pacientes recibirán información sobre asistencia financiera cuando la soliciten, incluida información específica sobre cómo se determina la elegibilidad y el método para solicitar asistencia.
- 6.8 Los avisos de esta Política de asistencia financiera se publicarán en el sitio web del hospital y en varias ubicaciones destacadas dentro del hospital, como el departamento de emergencias, la oficina de facturación y las áreas de registro. Los avisos serán claramente visibles al público.

	DEPARTMENT: Patient Accounting	SUBJECT: Financial Assistance Policy
	DATE ORIGINATED: 08/2018	DATE REVISED:
	CATEGORY:	PAGE 4 of 8
	APPROVED BY/DATE:	ADOPTED BY/DATE:

- 6.9 Los pacientes que pueden calificar para recibir asistencia financiera de un programa gubernamental, como Medicaid, también recibirán información sobre dichos programas. Los pacientes asegurados que califican para asistencia financiera pueden ser elegibles para asistencia financiera para saldos deducibles.
- 6.10 A los pacientes que son elegibles para recibir asistencia financiera no se les cobrará por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a tasas más altas que las cantidades generalmente facturadas a terceros. Queda prohibido el uso de cargos brutos a dichos pacientes.
- 6.11 En el caso de que un paciente aprobado para asistencia financiera no cumpla con los términos de pago por un período de más de 121 días, la cuenta puede ser entregada a una agencia de cobro de acuerdo con la política de cobro del hospital. Cualquier agencia de cobro utilizada por el hospital aceptará abstenerse de prácticas abusivas de cobro.
- 6.12 Esta política se aplicará por igual a todos los pacientes, independientemente del pagador. Las solicitudes que no cumplan con los criterios establecidos pueden ser aprobadas en base a circunstancias extraordinarias con la aprobación documentada del CEO o CFO.
- 6.13 Las solicitudes de atención de caridad se revisarán dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de una solicitud completa. Los pacientes serán notificados de la determinación de elegibilidad del hospital de manera oportuna.
- 6.14 La asistencia financiera aprobada entrará en vigencia seis meses antes y seis meses después de la fecha de aprobación. Los servicios proporcionados más tarde que seis meses después de la aprobación estarán sujetos a una solicitud de renovación. Todas las solicitudes de atención de caridad se mantendrán durante un período de seis meses.
- 6.15 El costo de la asistencia financiera se informará anualmente en el informe de costos del centro médico. La atención de beneficencia se informará como el costo de la atención proporcionada y no incluirá deudas incobrables.

	DEPARTMENT: Patient Accounting	SUBJECT: Financial Assistance Policy
	DATE ORIGINATED: 08/2018	DATE REVISED:
	CATEGORY:	PAGE 5 of 8
	APPROVED BY/DATE:	ADOPTED BY/DATE:

- 6.16 Esta política se revisará anualmente para determinar si es apropiado para la comunidad actual y las condiciones financieras. Las revisiones de políticas deben ser aprobadas anualmente por la Junta de Fideicomisarios.
- 6.17 La Política de Asistencia Financiera del Hospital será ampliamente difundida. Cualquier paciente que solicite información sobre esta política o solicite una solicitud recibirá tal información. Cualquier paciente que informe al personal del Hospital que él o ella no puede pagar los servicios recibirá información sobre esta política o será remitido al personal apropiado del hospital que pueda brindarle asistencia.
- 6.18 El Asesor Financiero ayudará a las personas a obtener y completar las solicitudes de asistencia financiera. Las solicitudes se pueden obtener del Asesor Financiero o del Departamento de Contabilidad del Paciente, previa solicitud.
- 6.19 La información obtenida del Departamento de Servicios Humanos puede usarse para ayudar a determinar la elegibilidad para asistencia financiera si el paciente no puede completar una solicitud.
- 6.20 Excepto en circunstancias extraordinarias, para ser elegible para recibir asistencia financiera, se deben cumplir los siguientes criterios:
- 6.20.1 El paciente debe solicitar asistencia y / o discapacidad de Medicaid. En los casos en que el paciente tenga Medicaid / Medicare activo que no cubra toda la factura, no será necesario completar una nueva solicitud de Medicaid.
- 6.20.2 El paciente ha declarado que no tiene los medios financieros para pagar la cantidad adeudada.
- 6.20.3 El paciente no es elegible para ningún otro recurso, como los contratos para pacientes con MHU, o cualquier programa de asistencia gubernamental para ciertos diagnósticos, como la tuberculosis o el VIH.
- 6.20.4 No hay cobertura de seguro disponible para cubrir el monto adeudado.

	DEPARTMENT: Patient Accounting	SUBJECT: Financial Assistance Policy
	DATE ORIGINATED: 08/2018	DATE REVISED:
	CATEGORY:	PAGE 6 of 8
	APPROVED BY/DATE:	ADOPTED BY/DATE:


6.20.5 El paciente proporciona una solicitud completa y precisa de asistencia financiera. Para los pacientes que deben un saldo extraordinario que es catastrófico para la base de ingresos de la familia, la protección catastrófica se puede proporcionar al limitar la responsabilidad de pago al 100 por ciento del ingreso anual del hogar. Las determinaciones para proporcionar asistencia financiera catastrófica serán hechas por el CEO o CFO.

La siguiente información debe incluirse en la solicitud de asistencia financiera:

- 1) Una copia de la declaración de impuestos más reciente del paciente.
- 2) Una copia de los últimos 2 talones de cheques del paciente (que muestran los ingresos brutos), si están disponibles, o una carta del empleador que indique los ingresos del paciente.
- 3) Una denegación de Medicaid del Department of Human Services.
- 4) Prueba razonable de los activos y gastos declarados enumerados en la solicitud de asistencia financiera.

Una vez que el paciente haya enviado la información requerida, el Asesor Financiero revisará y analizará la solicitud de la siguiente manera:


- 1) Una vez que se haya verificado y aprobado toda la información, la solicitud se enviará a la Administración para su aprobación final mediante firma.
- 2) Si la solicitud es denegada, se notificará al paciente por carta de la denegación y se espera que comience a pagar en la cuenta.
- 3) Una vez que se haya obtenido la aprobación final, la solicitud se enviará al Administrador de contabilidad del paciente para su ajuste.
- 4) Las solicitudes se devolverán al Asesor financiero para presentar y notificar a los pacientes la cantidad de asistencia financiera para la cual califican.
- 5) La documentación de la determinación final se realizará en la cuenta del paciente.
- 6) La elegibilidad para asistencia financiera seguirá siendo válida por un período de seis (6) meses.
- 7) Si el paciente recibe asistencia proporcional, debe aceptar un programa de pago aprobado para reembolsar el saldo restante.

	DEPARTMENT: Patient Accounting	SUBJECT: Financial Assistance Policy
	DATE ORIGINATED: 08/2018	DATE REVISED:
	CATEGORY:	PAGE 7 of 8
	APPROVED BY/DATE:	ADOPTED BY/DATE:

NOTA: Las solicitudes que no cumplan con los criterios establecidos pueden ser aprobadas en base a circunstancias extraordinarias con la aprobación documentada de la Administración del hospital (CEO o CFO). Se adjunta una copia de la solicitud a esta política.

Escala móvil: la siguiente escala móvil, basada en las Pautas Federales de Pobreza, se utilizará para determinar la cantidad de asistencia financiera para la cual un paciente califica; sin embargo, además de los ingresos y el tamaño de la familia, se pueden considerar los siguientes factores al determinar la cantidad de asistencia financiera para la cual un paciente es elegible.

- 1) Valor neto
- 2) Situación laboral y capacidad de ingresos.
- 3) Monto y frecuencia de las facturas por servicios de salud.
- 4) Otras fuentes de pago por los servicios prestados.
- 5) Otras obligaciones financieras
- 6) Circunstancias catastróficas o extraordinarias.

	DEPARTMENT: Patient Accounting	SUBJECT: Financial Assistance Policy
	DATE ORIGINATED: 08/2018	DATE REVISED:
	CATEGORY:	PAGE 8 of 8
	APPROVED BY/DATE:	ADOPTED BY/DATE:

Pautas anuales de pobreza de 2019 para los 48 Estados Unidos continentales

Casa/ tamaño de la familia	Tarifa Mínima	20% paga	40% paga	60% paga	80% paga	100%
	100%	125%	150%	175%	200%	>200%
1	\$12,490	15,613	18,735	21,858	24,980	24,981
2	\$16,910	21,138	25,365	29,593	33,820	33,821
3	\$21,330	26,663	31,995	37,328	42,660	42,661
4	\$25,750	32,188	38,625	45,063	51,500	51,501
5	\$30,170	37,713	45,255	52,798	60,340	60,341
6	\$34,590	43,238	51,885	60,533	69,180	69,181
7	\$39,010	48,763	58,515	68,268	78,020	78,021
8	\$43,430	54,288	65,145	76,003	86,860	86,861
Por cada adicional persona añadir	\$4,420	\$5,525	\$6,630	\$7,735	\$8,840	\$8,841

Ingresos por debajo 100%
 Ingreso de 100-124%
 Ingreso de 125-149%
 Ingreso de 150-174%
 Ingreso de 175-200%

Nivel Federal de Pobreza = 100% Descuento
 Nivel Federal de Pobreza = 80% Descuento
 Nivel Federal de Pobreza = 60% Descuento
 Nivel Federal de Pobreza = 40% Descuento
 Nivel Federal de Pobreza = 20% Descuento