

Política hospitalaria de especialidad revisada:
anualmente
Persona responsable: Director de pacientes
ambulatorios y RMS
Aprobación principal del oficial financiero: 5/10/2018
aprobación de
Q/C: 5/10/2018
eficaz: 5/10/2018
substituye: 4/2014
SOM apéndice a: a-0117



ASISTENCIA FINANCIERA

Declaración de política

La misión de LifeScape es proporcionar servicios de excelencia en persona – centrados para personas con necesidades especiales de atención de salud y educación. Como parte de ese compromiso, LifeScape atiende adecuadamente a los pacientes en circunstancias financieras difíciles y ofrece asistencia financiera a quienes tienen una necesidad establecida de recibir servicios médicos médicamente necesarios.

El cuidado de la caridad se define como servicios de salud proporcionados sin cargo o a un costo reducido para los pacientes que no tienen ni no pueden obtener recursos financieros adecuados u otros medios para pagar por su cuidado. Esto contrasta con la mala deuda, que se define como paciente y/o garante que, teniendo los recursos financieros para pagar los servicios de atención de la salud, ha demostrado por sus acciones una falta de voluntad para resolver un proyecto de ley. La concesión de la caridad se basará en una determinación individualizada de la necesidad financiera, y no tendrá en cuenta raza, credo, género, origen nacional, incapacidad, edad, estatus de inmigrante social, o orientación sexual.

Para establecer políticas y procedimientos necesarios para asegurar a los pacientes de LifeScape, que por razones económicas y financieras no pueden cumplir los requisitos de la política de recaudación, se proporcionan la política de asistencia financiera del LifeScape.

A los efectos de esta política, los términos siguientes se definen de la siguiente manera:

Cuidado de la caridad: servicios de salud que han sido o serán proporcionados pero nunca se espera que produzcan entradas de efectivo. El cuidado de la caridad resulta de la política de la organización de proporcionar servicios de salud gratuitos o con descuento a personas que cumplen con los criterios establecidos.

Familia: usando la definición de la oficina del censo, un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Según las reglas del servicio de impuestos internos, si el paciente reclama a alguien como dependiente en su declaración de impuesto sobre la renta, puede ser considerado un dependiente para los propósitos de la provisión de ayuda financiera.

Familia Ingresos: El ingreso familiar se determina utilizando la definición de la oficina censal, que utiliza los siguientes ingresos al calcular las pautas federales de pobreza:

- Incluye ingresos, compensación de desempleo, compensación al trabajador, social Seguridad, ingresos suplementarios de seguridad, asistencia pública, pagos de veteranos, sobrevivientes beneficios, renta de pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías,

Política hospitalaria de especialidad revisada:
anualmente
Persona responsable: Director de pacientes
ambulatorios y RMS
Aprobación principal del oficial financiero: 5/10/2018
aprobación de
Q/C: 5/10/2018
eficaz: 5/10/2018
substituye: 4/2014
SOM apéndice a: a-0117



ingresos de bienes raíces, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia de fuera de la las fuentes domésticas y misceláneas;

- Las prestaciones no monetarias (como los cupones de alimentos y las subvenciones a la vivienda) no cuentan;
- Determinado sobre una base antes de impuestos;
- Excluye las ganancias o pérdidas de capital; Y
- Si una persona vive con una familia, incluye los ingresos de todos los miembros de la familia (no parientes, como los inquilinos, no cuentan).

Sin seguro: El paciente no tiene ningún nivel de seguro o asistencia de un tercero para ayudar a cumplir con sus obligaciones de pago.

Seguro insuficiente: El paciente tiene cierto nivel de seguro o asistencia de un tercero, pero aún tiene gastos de bolsillo que superan sus capacidades financieras.

Medicamento necesario: Según lo define Medicare (servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión).

Procedimiento

A los fines de esta política, "caridad" o "asistencia financiera" se refiere a los servicios de atención médica proporcionados por LifeScape sin cargo o con un descuento para los pacientes elegibles. Los siguientes servicios de atención médica son elegibles para obras de caridad.

1. Servicios médicos de emergencia proporcionados en un entorno de sala de emergencia;
2. Servicios para una condición que, si no se trata con prontitud, daría lugar a un cambio adverso en el estado de salud de un individuo;
3. Servicios no electivos proporcionados en respuesta a circunstancias que amenazan la vida en un entorno de sala que no es de emergencia; y,
4. Servicios médicamente necesarios, evaluados caso por caso en LifeScape.

La elegibilidad para obras de caridad se considerará para aquellas personas que no están aseguradas, que no cuentan con seguro suficiente, que no son elegibles para ningún programa gubernamental de atención médica y que no pueden pagar su atención, según una determinación de necesidad económica de acuerdo con esta política. El otorgamiento de caridad se basará en una determinación individualizada de la necesidad financiera y no tendrá en cuenta la edad, el sexo, la raza, el estado de inmigrante social, la orientación sexual o el credo. LifeScape determinará si los pacientes son elegibles para recibir caridad por deducibles, coaseguro o responsabilidades de copago.

Base para calcular las cantidades cargadas a los pacientes.

Política hospitalaria de especialidad revisada:
anualmente
Persona responsable: Director de pacientes
ambulatorios y RMS
Aprobación principal del oficial financiero: 5/10/2018
aprobación de
Q/C: 5/10/2018
eficaz: 5/10/2018
substituye: 4/2014
SOM apéndice a: a-0117



La cantidad que se espera que el paciente pague y la cantidad de asistencia financiera ofrecida dependen de la cobertura del seguro del paciente y de los ingresos y activos tal como se establece en la sección de elegibilidad de esta política. Las pautas federales de pobreza de ingresos se usarán para determinar el monto del castigo y el monto cobrado a los pacientes, si corresponde, después de un ajuste.

Los montos cobrados por servicios médicos de emergencia y médicamente necesarios a pacientes elegibles para asistencia financiera no serán más que el monto generalmente facturado a las personas con seguro que cubre dicha atención. LifeScape utiliza el método de retrospectiva basado en los reclamos permitidos por la tarifa de servicio de Medicare y todos los seguros de salud privados que pagan reclamos a las instalaciones del hospital durante un período anterior de 12 meses. Lifescape proporcionará una declaración detallada al paciente que muestre los cargos y el monto del descuento aplicado a la cuenta del paciente. El descuento se aplicará una vez que el paciente haya presentado una solicitud completa de asistencia financiera.

La necesidad financiera se determinará de acuerdo con los procedimientos que implican una evaluación individual de la necesidad financiera; cualquiera puede:

- Incluir un proceso de solicitud, en el cual se requiere que el paciente o el garante del paciente cooperen y proporcionen información personal, financiera y de otro tipo y documentación relevante para hacer una determinación de necesidad financiera; la recopilación de información de la aplicación incluirá:
 - Nombre, dirección, fecha de nacimiento y número de seguro social del solicitante y cónyuge
 - Estado civil
 - Más de 65 años, ciego o con discapacidad permanente, y fecha de determinación de la discapacidad
 - Información del empleado, incluidos el puesto y los años empleados; si es menor de 3 años nombre del antiguo empleador proveedor de seguro de salud, incluido el número de grupo y el número de suscriptor asegurado. Número de Medicare y número de Medicaid
 - Ingresos mensuales del hogar que incluyen:
 - Empleo (salario bruto/neto)
 - Empleos de tiempo parcial (salario bruto/neto)
 - Seguridad social / discapacidad
 - Veterano pensión
 - Jubilación (todas las fuentes)
 - Compensación por desempleo
 - Remuneración de los trabajadores
 - Beneficios de la Unión

Política hospitalaria de especialidad revisada:
anualmente
Persona responsable: Director de pacientes
ambulatorios y RMS
Aprobación principal del oficial financiero: 5/10/2018
aprobación de
Q/C: 5/10/2018
eficaz: 5/10/2018
substituye: 4/2014
SOM apéndice a: a-0117



- Herencia
- Alimón/manutención infantil
- Cantidad de ingresos por intereses
- Ingreso de inversión
- Bienes
 - Cash en mano/banco/ahorros
 - Inversiones/cd's (valor de mercado)
 - Valor de la carga / efectivo del seguro de vida
 - Residencia:
 - Valor Estimado
 - Vehículo: año/modelo (vehículos primarios y secundarios)
 - Granjas inmobiliarias: número de acres
 - Equipamiento de granja
 - Ganado
 - Alquiler
 - Negocio
 - De herencia/acuerdo pendiente
 - Otros activos
- Gastos mensuales del hogar
 - Alquiler/hipoteca
 - Comida
 - Utilidades
 - Pagos del carro
 - Cuidado de los niños
 - Médico/dental
 - Seguro (automóvil, médico, etc.)
 - Otros (enumere cada uno)
- Pasivo
 - Todos los gastos médicos
 - Todas las tarjetas de crédito
 - Préstamo hipotecario
 - Préstamo de vehículos (vehículos primarios y secundarios)
 - Préstamo inmobiliario
 - Cantidad debida en el equipo agrícola
 - Monto adeudado al ganado
 - loan en la propiedad de alquiler
 - Anuncio por negocios
- Nombre bancario (listar todo)
 - Marcar número de cuenta y saldo
 - Antiguo número de cuenta y saldo
- Nombre y número de teléfono del contrato / titular de la hipoteca

Política hospitalaria de especialidad revisada:
anualmente
Persona responsable: Director de pacientes
ambulatorios y RMS
Aprobación principal del oficial financiero: 5/10/2018
aprobación de
Q/C: 5/10/2018
eficaz: 5/10/2018
substituye: 4/2014
SOM apéndice a: a-0117



- Nombre, dirección y número de teléfono del propietario
- Tener en cuenta si se ofreció un seguro del empleador
- Tener en cuenta si el empleador negó la cobertura del seguro de salud
- Tener en cuenta la elegibilidad para los beneficios de la cobra
- Tenga en cuenta si la solicitud de Medicaid u otro programa de asistencia del gobierno
- Incluya el uso de fuentes de datos externas disponibles públicamente que brinden información sobre la capacidad de pago de un paciente o un garante del paciente (como la calificación crediticia)
- Incluya esfuerzos razonables por LifeScape para explorar fuentes alternativas apropiadas de pago y cobertura de programas de pago públicos y privados y para ayudar a los pacientes a postular a dichos programas
- Tenga en cuenta los activos disponibles para los pacientes y todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente; y
- Incluya una revisión de las cuentas por cobrar pendientes del paciente por los servicios prestados anteriormente y el historial de pagos del paciente
- El paciente debe presentar documentación de su estado financiero. El paciente debe enviar una solicitud de asistencia financiera completa;
 - Como requisito mínimo, el paciente debe presentar una copia de la declaración de impuestos del año anterior, los últimos ingresos de tres meses o un extracto bancario para comprobar los saldos de la cuenta de ingresos, cuentas corrientes y saldos de las cuentas de inversión.
- Las cuentas elegibles para la atención de caridad deben abordarse dentro de los 240 días de la primera factura.

Se prefiere, pero no se requiere, que se presente una solicitud de caridad y una determinación de necesidad financiera antes de prestar servicios médicamente necesarios que no sean de emergencia. Sin embargo, la determinación se puede hacer en cualquier punto del ciclo de recolección. La necesidad de asistencia financiera se volverá a evaluar en cada momento posterior de los servicios si la última evaluación financiera se completó más de un año antes, o en cualquier momento se conoce información adicional relevante para la elegibilidad del paciente para fines benéficos.

Los valores de respeto a la vida humana y la dignidad humana se reflejarán en el proceso de solicitud, la determinación de la necesidad financiera y el otorgamiento de caridad. Las solicitudes de caridad se procesarán con prontitud y Lifescape notificará al paciente o al solicitante por escrito dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud completa.

Hay casos en los que un paciente puede aparecer elegible para recibir descuentos de atención de caridad, pero no hay un formulario de asistencia financiera archivado debido a la falta de documentación de respaldo. A menudo, hay información adecuada proporcionada por el paciente a través de otras fuentes, que podría proporcionar evidencia suficiente para proporcionar al paciente la asistencia de atención de caridad. En caso de que no haya evidencia para respaldar la elegibilidad de un paciente para la atención de caridad, LifeScape podría usar agencias externas para determinar los montos de ingresos estimados a fin de determinar la elegibilidad para la atención de beneficencia y las posibles cantidades de descuento. La elegibilidad presunta puede determinarse sobre la base de las circunstancias de la vida laboral que pueden incluir:

Política hospitalaria de especialidad revisada:
anualmente
Persona responsable: Director de pacientes
ambulatorios y RMS
Aprobación principal del oficial financiero: 5/10/2018
aprobación de
Q/C: 5/10/2018
eficaz: 5/10/2018
substituye: 4/2014
SOM apéndice a: a-0117



1. Programas de prescripción financiados por el estado
2. Personas sin hogar o que recibieron atención de una clínica para personas sin hogar
3. Participación en programas para mujeres, bebés y niños (WIC)
4. Elegibilidad para cupones de alimentos
5. Elegibilidad del programa de almuerzo escolar subsidiado
6. Elegibilidad para otro programa de asistencia estatal o local sin fondos (por ejemplo, gasto de Medicaid)
7. Vivienda de bajos ingresos / subsidiada se proporciona como una dirección válida: y,
8. El paciente ha fallecido sin un patrimonio conocido.

Los servicios elegibles bajo esta política estarán disponibles para el paciente en una escala móvil de tarifas, de acuerdo con la necesidad financiera, según lo determinado en referencia a las palancas federales de pobreza (FPL) vigentes en el momento de la determinación. La base de las cantidades que LifeScape cobrará a los pacientes que califiquen para asistencia financiera es la siguiente:

1. Los pacientes cuyos ingresos familiares son iguales o inferiores al 100% del FPL son elegibles para recibir atención gratuita:
2. Los pacientes cuyos ingresos familiares superen el 100% y que estén por debajo del 151% del FPL son elegibles para recibir un descuento del 50%
3. Los pacientes cuyo ingreso familiar es superior al 150% y inferior al 175% del FPL serían elegibles para un descuento del 25%.
4. Los pacientes cuyos ingresos familiares exceden el 175% del FPL pueden ser elegibles para recibir tasas de descuento caso por caso en función de sus circunstancias específicas, como una enfermedad catastrófica o indigencia médica, a discreción del período de vida: sin embargo, las tasas de descuento no deberán ser mayor que los montos generalmente facturados a los pacientes asegurados comercialmente. Una vez que el paciente ha sido considerado elegible, LifeScape aplicará el descuento de FAP a la cuenta de los pacientes.

La notificación sobre el cuidado de caridad disponible en LifeScape que incluirá un número de contacto se difundirá por LifeScape por varios medios, que pueden incluir, entre otros,

La publicación de avisos en facturas de pacientes y mediante la publicación de avisos en salas de emergencia, departamentos de admisión y registro, oficinas comerciales del hospital. LifeScape también publicará y difundirá ampliamente un resumen de esta política de cuidado de caridad en el sitio web de la instalación, en folletos disponibles en los sitios de acceso de los pacientes. Dichos avisos y la información resumida se proporcionarán en el idioma principal con el que se habla y en cualquier otro idioma hablado por el 10% de los servicios de la población de la comunidad según el nivel de vida.

La gerencia de LifeScape desarrollará políticas y procedimientos para las prácticas de cobro interno y externo (incluidas las acciones que el hospital puede tomar en caso de falta de pago, incluida la acción de cobro y el informe a las agencias de crédito) que tomen en cuenta hasta qué punto el paciente califica para la caridad, el esfuerzo de buena fe del paciente para cumplir con sus acuerdos de pago con LifeScape. Para los pacientes

Política hospitalaria de especialidad revisada:
anualmente
Persona responsable: Director de pacientes
ambulatorios y RMS
Aprobación principal del oficial financiero: 5/10/2018
aprobación de
Q/C: 5/10/2018
eficaz: 5/10/2018
substituye: 4/2014
SOM apéndice a: a-0117



que califican para caridad y que cooperan de buena fe para resolver sus facturas descontadas del hospital, LifeScape puede ofrecer planes de pago extendidos, no enviará facturas impagas a agencias de cobro externas y suspenderá todos los esfuerzos de cobro. LifeScape no impondrá acciones de coloración extraordinarias, tales como embargos de artículos; gravámenes en residencias primarias, u otras acciones legales para cualquier patente sin primero hacer esfuerzos razonables para determinar si ese paciente es elegible para recibir atención de beneficencia bajo esta política de asistencia financiera. Los esfuerzos razonables incluirán:

1. Validación de que el paciente debe las facturas pendientes de pago y que el hospital ha identificado y facturado todas las fuentes de pago de terceros;
2. Documentación de que LifeScape ha intentado o ha ofrecido al paciente la oportunidad de solicitar atención de caridad de conformidad con esta política y que el paciente no ha cumplido con los requisitos de la aplicación del hospital;
3. Documentación de que al paciente se le ha ofrecido un plan de pago, pero no ha cumplido los términos de ese plan

Al implementar esta política, la administración de LifeScape deberá cumplir con todas las demás leyes, normas y reglamentaciones federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas de conformidad con esta política.

Formar
Ninguna