

ASUNTO: PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA PACIENTES SIN SEGURO

OBJETIVO:

Melissa Memorial Hospital (MMH) ofrece servicios sanitarios de calidad a todos los pacientes, independientemente de su edad, sexo, raza, religión, discapacidades, situación como veterano de guerra, nacionalidad o su capacidad para pagar. MMH hace todo lo que está a su alcance para completar una evaluación financiera lo antes posible durante el proceso de registro o contabilidad de todos los pacientes que indican que no pueden cumplir con sus obligaciones financieras. Una vez agotadas las demás opciones de reembolso, les suministrará una solicitud para el Programa de Ayuda Financiera. El Programa de Ayuda Financiera de MMH está pensado para atender el interés doble de proporcionar acceso a la atención médica a aquellos que no pueden pagarla (indigencia económica) y para ofrecer un descuento sobre los cargos facturados a aquellos que pueden pagar una porción de los costos de su atención médica (indigencia médica).

Esta norma corresponde solamente a los pacientes que no tienen cobertura de terceros para los servicios cubiertos que MMH les proporciona, ya sea a través del gobierno o de seguros comerciales. No está dirigida ni corresponde a la parte de los cargos por los que es responsable un paciente con seguro, es decir, copagos, coaseguro y deducibles, y no corresponde a los servicios no cubiertos. Además, esta norma no corresponde a los cargos por servicios que proporcionen otros proveedores y que coincidan con los que ofrece MMH, por ejemplo, los de cirujanos o anestesiastas.

NORMA:

A. Definiciones:

1. Medicaid: El uso del término "Medicaid" en este documento hará referencia a todos los programas estatales y federales que incluyen, entre otros, a Medicaid, Medi-Cal, AHCCCS, CICP, FES, etc.
2. Servicios cubiertos: Abarcan los servicios para pacientes hospitalizados o ambulatorios ofrecidos por MMH que sean médicamente necesarios según los estándares del intermediario fiscal de Medicare para MMH.
3. Médicamente necesario: Se refiere a los servicios requeridos para identificar o tratar una enfermedad o lesión diagnosticada o cuya existencia quepa razonablemente sospechar. El nivel de atención más adecuado, según el estado clínico del paciente, puede ser su casa, un consultorio médico, instalaciones para pacientes ambulatorios o un centro de cuidados a largo plazo, rehabilitación o cama de hospital. Un servicio:
 - a. debe ser necesario para tratar una enfermedad o lesión; o
 - b. debe ser coherente con el diagnóstico y el tratamiento de las afecciones del paciente; y
 - c. debe estar de acuerdo con los estándares de la buena práctica médica; y
 - d. no debe prestarse para comodidad del paciente o del médico del paciente; y
 - e. debe realizarse con el nivel o modo de atención más adecuado y fácilmente disponible exigido por la afección del paciente; o
 - f. debe ofrecer el nivel de atención más adecuado para el paciente según su afección, y no según su situación financiera o familiar.

4. Paciente sin seguro: Es un paciente no beneficiario de un seguro de salud o de programas del gobierno al que se le podrá cobrar por la atención que se le proporcione.
- B. Los pacientes sin seguro que no pueden pagar los servicios hospitalarios son, potencialmente, pacientes del Programa de Ayuda Financiera. Los criterios según los cuales se evaluará si un paciente está habilitado para participar en dicho programa serán los siguientes:
1. Ingresos (con la referencia de los niveles de pobreza establecidos anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos);
 2. Tamaño del grupo familiar;
 3. Activo y pasivo;
 4. Factura médica estimada;
 5. Otras circunstancias atenuantes.
- C. Los pacientes habilitados para el Programa de Ayuda Financiera recibirán los servicios médicamente necesarios sobre una base reducida o sin cargo. La habilitación se basará en la evaluación financiera y en la determinación de su capacidad para cumplir con las obligaciones financieras de la reclamación en cuestión.
- D. Una vez establecida la habilitación de los pacientes, las pérdidas totales se procesarán rápidamente según los procedimientos, leyes estatales y reglamentos.
- E. Las deudas de los pacientes que puedan pagar los servicios del hospital, pero que no estén dispuestos a hacerlo, serán consideradas incobrables y se traspasarán a agencias externas para su cobro.
- F. Los servicios serán considerados como pérdidas totales si:
1. Un paciente cumple con los requisitos de Medicaid luego de que MMH haya proporcionado el servicio. Esto incluye todas las facturas por servicios que sean anteriores a la cobertura, excepto aquellos servicios proporcionados a pacientes incluidos en el programa Colorado Indigent Care Program (CICP). Los servicios proporcionados a un paciente de CICP podrán ser considerados pérdidas totales únicamente si no se trata de servicios excluidos según el contrato de MMH con el programa CICP.
 2. Un paciente cumple con los requisitos de Medicaid pero no hay fondos para pagar los servicios o Medicaid le niega la cobertura para determinados servicios cubiertos.
- G. Las pérdidas totales del Programa de Ayuda Financiera serán consideradas tales con sujeción a la aprobación del administrador y del director financiero.
- H. El director financiero o el gerente comercial serán responsables de controlar si corresponde el programa de Ayuda Financiera, así como los cargos, los días en que el paciente recibió los servicios y las asignaciones.
- I. Un paciente que no coopere íntegramente con el proceso de habilitación de Medicaid no podrá beneficiarse del Programa de Ayuda Financiera de MMH.

PROCEDIMIENTO:

- A. Documentar que el paciente está habilitado para el Programa de Ayuda Financiera.
1. Notificar a Medicaid de los pacientes sin seguro o con cobertura insuficiente que no pueden pagar íntegramente por el servicio en el momento en que lo reciben.
 2. Solicitar al paciente una copia de la declaración del impuesto sobre la renta federal del año anterior, estados de cuenta bancarios actuales, recibos de sueldo y una solicitud de Ayuda Financiera de MMH completada.
 3. Para determinar si el paciente está habilitado para el programa de Ayuda Financiera, utilizar las Pautas Federales de Pobreza como fuente, multiplicadas por los factores indicados en la escala de tarifas progresivas (1700.4A) que se adjunta. Se tendrá en cuenta el valor neto (activo menos pasivo) en las pautas de ingresos en los casos en que el garante tenga activos significativos, pero no cuente con un ingreso estable.
 4. Orientar al paciente y a su familia durante el proceso.
 5. Cancelar la cuenta del paciente con el número de cuenta del Libro Mayor que corresponda cuando se haya determinado que es adecuado considerar la deuda como pérdida total. También se calcula una asignación mensual para el Programa de Ayuda Financiera como forma de reservar adecuadamente las cuentas a cobrar.
 6. Los fondos del Programa de Ayuda Financiera que correspondan serán devueltos si el paciente pasara a cumplir con los requisitos para recibir fondos de terceros.

Información adicional:

En las páginas siguientes se presentan las matrices del Programa de Ayuda Financiera que indican los descuentos de los cargos facturados, con un ejemplo simulado para una familia de 4 integrantes:

Descuento porcentual de los cargos facturados

Nivel de ingresos	Saldo de la cuenta			
	<\$10,000	\$10,001 - \$25,000	\$25,001 - \$50,000	>\$50,001
0-125% de los Niveles Federales de Pobreza	56%	70%	75%	80%
126% - 170%	42%	53%	56.5%	60%
171% - 180%	40%	50%	53.5%	57%
181% - 200%	20%	25%	27%	29%

Ejemplos simulados:

Máximo nivel de ingresos Familia de 4 integrantes	Saldo de la cuenta			
	<\$10,000	\$10,001 - \$25,000	\$25,001 - \$50,000	>\$50,001
< \$26,500	56%	70%	75%	80%
< \$36,040	42%	53%	56.5%	60%
< \$38,160	40%	50%	53.5%	57%
< \$42,400	20%	25%	27%	29%

Adjuntos:

Ver escala de tarifas progresivas – 1700.5A.