

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

Sección: Política de facturación y cobranza de servicios financieros para pacientes, n.º: PFS-073

Norma/requisitos externos: 501(c)(3) del IRS, 501(r) del IRS, Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible

Título: Política de asistencia financiera

Fecha de emisión: 1 de febrero de 1994

Versión modificada: 05/1996, 09/1998

Versión revisada: 05/1996, 09/1998, 08/2001, 06/2005, 06/2013, 03/2014, 06/2016, 04/2018, 03/2019

I. POLÍTICA

En apoyo a las Hermanas de la Misericordia, Mercy Iowa City proporciona, sin discriminar, atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago.

II. PROPÓSITO

Conforme a la Sección 501(r) del IRS, Mercy Hospital Iowa City (MHIC) debe estipular una Política de asistencia financiera por escrito. El propósito de esta política es informar a los pacientes bajo qué circunstancias MHIC proporciona asistencia financiera y el proceso necesario para presentar una solicitud de asistencia financiera.

Esta política corresponde a todos los servicios de emergencia y médicamente necesarios proporcionados por los médicos empleados por Mercy Iowa City Hospital y Mercy Services. Se adjunta a esta política un documento que define los servicios de emergencia y médicamente necesarios (consulte el Anexo F). Otros servicios no elegibles incluyen aquellos que previamente se han descontado o combinado conforme a un acuerdo de precios conjuntos.

Los terceros proveedores no empleados que proporcionen atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en las instalaciones del hospital no se encuentran cubiertos por esta política. Se adjunta a esta política una lista completa de los médicos cubiertos y no cubiertos (consulte el Anexo C), que también puede encontrar en el sitio web de MIC:

<http://www.mercyiowacity.org/patient-financial-assistance>.

III. PROCESO

A. Elegibilidad para la asistencia financiera

1. La asistencia financiera se proporciona a pacientes que cumplen las pautas de elegibilidad después de que se hayan agotado Medicaid, Medicare, el intercambio de seguros y todas las demás redes de apoyo. Las “demás redes de apoyo” incluyen, entre otras, toda cobertura de responsabilidad civil, compensación laboral, lesión accidental, indemnización hospitalaria o cobertura grupal compartida para la cual el paciente pueda ser elegible.
2. Según lo determinado en la Sección II, los servicios elegibles para cobertura conforme a la política de asistencia financiera de MHIC incluyen todos los servicios de emergencia y medicamento necesarios proporcionados por médicos empleados por MHIC y Mercy Services.
 - a. Los servicios de emergencia considerados elegibles conforme a la política de asistencia financiera de MHIC pueden definirse como “servicios ofrecidos por una afección que se manifieste con síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) que, ante la falta de atención médica inmediata, se esperaría razonablemente que ponga la salud de la persona (o la salud del feto) en grave peligro, ocasione una discapacidad grave de las funciones corporales o produzca una disfunción grave de los órganos del cuerpo”.
 - b. Los servicios médicamente necesarios considerados elegibles conforme a la política de asistencia financiera de MHIC pueden definirse como “atención o servicios hospitalarios, ambulatorios o con internación, prestados a un paciente con el fin de diagnosticar, aliviar, corregir, curar o prevenir el inicio o el empeoramiento de afecciones que pongan en peligro la vida, causen sufrimiento o dolor, ocasionen deformidades físicas de malfuncionamiento, amenacen con generar o agravar una discapacidad, o produzcan una enfermedad o dolencia general”.
 - c. Los servicios excluidos de la elegibilidad incluyen aquellos que previamente se han descontado o combinado conforme a un acuerdo de precios conjuntos.
3. Las cuentas consideradas elegibles para una determinación de asistencia financiera son aquellas para las cuales se emitió un primer resumen de facturación 240 días antes de la fecha de envío de la solicitud (completada, firmada y fechada) y 180 días después de la fecha de envío. Se debe enviar una nueva solicitud y documentación después de los 180 días si un paciente desea que futuras cuentas se consideren para asistencia financiera.

4. MHIC basa el criterio de elegibilidad para la asistencia financiera en los ingresos familiares, los activos disponibles y la cantidad de miembros de la familia. Las pautas sobre ingresos se revisarán anualmente, junto con
5. las actualizaciones de la pauta sobre el nivel federal de pobreza (FPL) publicadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

B. Proceso de solicitud de asistencia financiera

1. Puede obtener una solicitud a través de los siguientes métodos (consulte el Anexo A):
 - a. Visitando el sitio web de MHIC en <http://www.mercyiowacity.org/patient-financial-assistance>
 - b. Llamando al departamento de Servicios Financieros para Pacientes de MHIC al 319-339-3616 o al número de teléfono que se incluye en el resumen de facturación del paciente y pidiendo que se le envíe un formulario de solicitud por correo, fax o medio electrónico.
 - c. Acercándose a la caja ubicada en la recepción central en 500 E. Market Street, Iowa City, IA 52245.
2. Un paciente debe enviar la solicitud completada, firmada y fechada junto con dos formularios de verificación de ingresos. Los siguientes documentos son verificaciones aceptables de ingresos y activos para todos los miembros adultos de una familia:
 - a. Los tres recibos de nómina más recientes.
 - b. La declaración federal de impuestos sobre la renta más reciente (páginas 1 y 2 del formulario federal 1040 y cualquier otro anexo o formulario aplicable).
 - c. Resúmenes que demuestren beneficios del Seguro Social, pensión, desempleo, discapacidad, compensación laboral o manutención conyugal/infantil.
 - d. Resúmenes de cuentas bancarias y de corretaje (de efectivo, IRA, acciones, cuentas 401K, etc.).
 - e. Un resumen de ingresos o ganancias/pérdidas para los solicitantes particulares.
 - f. Si no hay ingresos, se aceptará una declaración de ausencia de ingresos completada, firmada y fechada.
 - g. Otra documentación según sea necesaria en función de las circunstancias de vida/empleo extraordinarias del solicitante (consulte el Anexo E).
3. Si un paciente no envía la documentación de verificación de ingresos necesaria junto con la solicitud, se le enviará una carta para pedirle la documentación sobre los ingresos dentro de los 30 días de que MHIC haya recibido la solicitud completada, firmada y fechada.

- a. Un paciente tendrá 45 días desde la fecha de esta carta para enviar la documentación solicitada.
- b. Si la información solicitada no se recibe dentro de los 45 días o el paciente no intentó comunicarse con

MHIC respecto de la información solicitada, la solicitud se rechazará por falta de información por parte del solicitante.

- c. El paciente puede volver a presentar una solicitud de asistencia financiera después de dicha determinación, pero una nueva solicitud queda sujeta a las pautas de elegibilidad conforme a la política de asistencia financiera de MHIC.
 - d. Un solicitante que envíe solo parte de la documentación solicitada en la carta puede recibir una segunda carta de MHIC. Dicha carta se considera un pedido "final" de documentación y detallará un plazo en el cual se espera que el solicitante envíe la información restante. Si la documentación no se envía dentro del plazo descrito en la carta de pedido "final", el proceso de solicitud avanzará a los pasos 3b y 3c que se describen arriba.
4. Una vez que el departamento de Servicios Financieros para Pacientes (PFS) de MHIC haya recibido toda la documentación solicitada, se tomará una determinación de asistencia dentro de los 30 días. El paciente recibirá una carta de aviso en la que se detallará la determinación de asistencia financiera con la siguiente información:
- a. El nombre del garante.
 - b. Todas las cuentas consideradas en la determinación.
 - c. El porcentaje de asistencia financiera otorgada.
 - d. El saldo restante a cargo del paciente después de recibir la asistencia financiera.
 - e. El rango de fechas durante el cual se aplica la determinación.
 - f. Un número de contacto para acordar los pagos de la responsabilidad restante del paciente.
5. Las siguientes son las pautas sobre ingresos para la elegibilidad para asistencia financiera en Mercy Iowa City:
- a. Los solicitantes con un ingreso familiar inferior o igual al 150 % del FPL califican para el 100 % de asistencia financiera.
 - b. Los solicitantes con un ingreso familiar superior al 150 % del FPL, pero inferior o igual al 200 % del FPL califican para el 75 % de asistencia financiera y son responsables de no más del monto generalmente facturado (AGB) del

- año fiscal anterior (consulte el Anexo D) de cargos facturados.
- c. Los solicitantes con un ingreso familiar superior al 200% del FPL, pero inferior o igual al 250% del FPL califican para el 50% de asistencia financiera y son responsables de no más del monto generalmente facturado (AGB) del año fiscal anterior (consulte el Anexo D) de cargos facturados. Los solicitantes con un ingreso familiar superior al 250 % del FPL pero inferior o igual al 300 % del FPL califican para el 25 % de asistencia financiera y son responsables de no más del AGB del año fiscal anterior (consulte el Anexo D) de cargos facturados.
6. Las siguientes son las pautas sobre activos para la elegibilidad para asistencia financiera en Mercy Iowa City:
 - a. Si una familia tiene activos en efectivo/IRA/acciones/planes 401K por un total de USD 25,000 o más, al menos el 10 % de los activos disponibles deben aplicarse al saldo adeudado a Mercy Iowa City antes de que el garante/paciente califique para asistencia financiera.
 7. Se encuentra disponible un descuento por situaciones catastróficas del 25 % cuando el monto de responsabilidad del paciente por una reclamación individual es superior o igual al 25 % de su ingreso familiar.
 8. Después de que se otorgue la determinación de asistencia financiera y se apliquen a una cuenta la asistencia o los pagos de seguro que correspondan, Mercy Hospital Iowa City podrá usar agencias de cobranza externas para cobrar cualquier monto adeudado restante.

C. Beneficencia presunta

1. La beneficencia presunta es una forma de asistencia financiera que Mercy Hospital puede otorgar en función de la información recibida de otras fuentes. La beneficencia presunta puede basarse en lo siguiente:
 - a. El paciente es beneficiario de programas financiados por el estado y no fue elegible a la fecha del servicio para los servicios que se consideran para la asistencia financiera.
 - b. El paciente no tiene hogar.
 - c. El paciente falleció y se desconoce su patrimonio.
 - d. El paciente se declara en quiebra conforme al Capítulo 7.
 - e. El paciente es miembro de una organización religiosa, ha hecho un voto de pobreza y no tiene recursos personales ni a través de la orden religiosa.
 - f. La agencia de informe crediticio presenta información (criterios equivalentes a un puntaje de FPL <150 y una baja probabilidad de pago).

2. La beneficencia presunta se otorga después del servicio solo para aquellos servicios no cubiertos por otra fuente de financiación y para los cuales el paciente no haya enviado una solicitud de asistencia financiera.
3. La beneficencia presunta se otorga solo después de haber agotado todos los demás medios de pago y de que los servicios en cuestión estén listos para ser cobrados.

IV. AVISOS SOBRE LA ASISTENCIA FINANCIERA

Esta Política de asistencia financiera (FAP), un resumen en lenguaje sencillo de la FAP (consulte el Anexo B) y el formulario de solicitud de asistencia financiera estarán disponibles para los pacientes previo pedido en persona, por medio electrónico, correo, fax y en el sitio web del centro.

- A. Los avisos sobre asistencia financiera se mostrarán en las áreas públicas del centro. Estos avisos incluirán un resumen en lenguaje sencillo de la FAP y también tanto un número de teléfono como el sitio web, donde se puede obtener información adicional sobre el proceso de solicitud. Estos avisos estarán disponibles en inglés y en español o en cualquier otro idioma hablado por, al menos, el 10 % de la población que recibe los servicios de Mercy Iowa City.
- B. Las remisiones de los pacientes para recibir asistencia financiera pueden ser realizadas por otros empleados de Mercy Iowa City. Es responsabilidad del paciente, garante o representante del paciente comunicarse con el departamento de Servicios Financieros para Pacientes para obtener ayuda adicional con el proceso de solicitud.
- C. Los equipos de Ciclo de Ingresos son responsables de implementar esta Política de conformidad con los procedimientos detallados que se establecen en procedimientos establecidos.

V. DEFINICIONES

Monto generalmente facturado (AGB): se define como el monto que se factura habitualmente. MHIC calcula nuestro AGB usando el método “retrospectivo”. Es el monto promedio de reembolso para el año fiscal anterior, sin incluir a los pagadores particulares sin seguro y con Medicaid.

Medidas de cobro extraordinarias (ECA): pueden definirse como el aviso sobre deudas no pagadas a agencias de crédito, el inicio de acciones legales o el embargo de salarios.

Nivel federal de pobreza (FPL): es el estándar nacional usado para determinar el nivel de pobreza de las familias según la cantidad de miembros. El Departamento de Salud y Servicios Humanos actualiza estas cifras de forma anual.

Asistencia financiera: se define como la asistencia proporcionada a aquellos pacientes para los cuales sería una dificultad financiera pagar por completo los gastos previstos en efectivo por la atención proporcionada por Mercy Iowa City.

Ingreso familiar: se define como el ingreso de todos los miembros adultos de la familia. En el caso de los niños o adultos dependientes, sin importar su edad, si son incluidos por otro adulto de la familia en la declaración de impuestos sobre la renta, entonces los ingresos de todos los adultos y dependientes se incluyen en esta definición.

Ingreso: incluye los salarios, sueldos e ingresos particulares, la compensación por desempleo, la compensación laboral, los pagos del Seguro Social, la asistencia pública, los beneficios para veteranos, la manutención de menores, la cuota alimentaria, la asistencia para educación, los beneficios para sobrevivientes, las pensiones, la jubilación, los pagos de anualidad y seguro regular, los ingresos de herencias y fideicomisos, las rentas recibidas, los intereses/dividendos y el ingreso de otras fuentes variadas.

Beneficencia presunta: se define como la determinación de elegibilidad para asistencia financiera que puede ser proporcionada por terceros proveedores y otra información disponible para el público.

Fecha de envío: se define como la fecha en que el asesor financiero o cajero recibe y registra la solicitud de asistencia financiera completada, firmada y fechada.

VI. DOCUMENTOS ADJUNTOS

Anexo A: Solicitud de asistencia financiera

Anexo B: Aviso de resumen en lenguaje sencillo

Anexo C: Proveedores cubiertos y no cubiertos

Anexo D: Declaración de monto generalmente facturado (AGB)

Anexo E: Documentación sobre circunstancias extraordinarias

Anexo F: Definición de procedimientos optativos/no optativos para servicios financieros