

INSTALACION: Tower Health at Home	
MANUAL: Organizational (Administrative)	CARPETA: Rights and Responsibilities of the Individual
TITULO: Patient Financial Assistance	PROPIETARIO DEL DOCUMENTO: Revenue Cycle Manager
ADMINISTRADOR DE DOCUMENTOS: Chief Operating Officer	PALABRAS CLAVES:
FECHA ORIGINAL: Agosto 2019	FECHA(S) DE REVISION:

Alcance:

Tower Health at Home

Propósito:

Asegurar que se establezcan y practiquen procedimientos estándar en Tower Health at Home en referencia a identificar y ayudar constantemente a los pacientes que necesitan asistencia financiera. Tower Health at Home está designada como una organización caritativa bajo el Código de Impuestos Internos (IRC) Sección 501(c) (3). De conformidad con la Sección 501(r) del IRC, se requiere establecer y dar a conocer ampliamente la política de asistencia financiera de la organización. La intención de la política es identificar y atender a los pacientes con necesidades financieras, así como crear una mayor conciencia de la disponibilidad de asistencia financiera en todo el Sistema de Salud y la comunidad.

Reglamento:

Como parte de la misión de Tower Health at Home de proporcionar atención médica compasiva, accesible, de alta calidad y rentable a la comunidad, existe el reconocimiento de que no todos los pacientes tienen la misma capacidad de pagar por los servicios médicos. Tower Health at Home hará pública ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera para la comunidad a través del sitio web de la agencia, folletos y compromiso con grupos de defensa de la comunidad. El personal de la agencia educará a los pacientes y a las familias en referencia a los recursos disponibles y proporcionará asistencia con la solicitud de asistencia financiera y el proceso de aprobación para garantizar que todos los pacientes continúen teniendo la oportunidad de acceder a los cuidados que necesitan.

Definiciones:

Cantidades generalmente facturadas (AGB): La Sección 501(r)(5)(A) requiere que la organización limite los montos cobrados por la atención médicamente necesaria proporcionada a las personas elegibles para recibir asistencia bajo el FAP de la organización (FAP-elegibles) a no más de los montos generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. El AGB se calcula utilizando el método prospectivo basado en la tarifa de Medicare para las tarifas de servicio.

Directrices Federales de Pobreza (FPL): Estas directrices se publican anualmente en el registro federal y se utilizan para determinar una línea de base para el nivel de pobreza. El Departamento de Salud y Servicios Humanos publica esta información estadística.

Asistencia Financiera: Asistencia financiera: Asistencia médica a los pacientes sin la expectativa de pago de los servicios, en su totalidad o en parte, según lo determinado por la incapacidad financiera de un paciente para pagar.

Garante: La persona que es legal y financieramente responsable del pago de la factura de un paciente.

Servicios de alto costo: Para los propósitos de esta política, los servicios de alto valor en dólares se definen, pero no se limitan a los servicios que generan los departamentos de alto costo, como los servicios de hospicio y terapia.

Composición del hogar: Determinado por el tamaño del hogar fiscal. El tamaño del hogar incluye, entre otros, el contribuyente, el cónyuge del contribuyente y otros dependientes de impuestos.

Ingresos del hogar: Ingresos de los que residen en el hogar, incluye, pero no limitado a salarios, intereses, dividendos, beneficios de seguridad social, beneficios para veteranos, pensiones e ingresos conyugales. A los efectos de la elegibilidad de la asistencia financiera, ejemplos de ingresos que se excluyen son beneficios de asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en japonés), beneficios del programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), programa de asistencia energética para el hogar de bajos ingresos (LIHEAP) y los beneficios de la climatización.

Medicaid: Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos para algunas personas que tienen ingresos y recursos limitados.

Servicios médicamente necesarios: Servicios de atención médica o suministros necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, enfermedad o sus síntomas y que cumplan con los estándares aceptados de la medicina.

Pacientes presuntamente elegibles: Pacientes que se presume que son elegibles para recibir asistencia financiera basada en circunstancias de la vida como la falta de vivienda, el ingreso cero o la elegibilidad previa para los programas de asistencia financiera.

Pacientes su asegurada: Pacientes que tienen cobertura de seguro que resulta en una alta responsabilidad financiera del paciente hacia el pago de sus facturas médicas.

Pacientes no asegurados: Pacientes que no tienen cobertura de seguro disponible para sus necesidades médicas.

Procedimiento:

1) Crear conciencia de la opción de Asistencia Financiera para el Paciente

a) La actual política de Asistencia Financiera y las solicitudes de asistencia financiera, en inglés y español, son accesibles en <https://towerhealthathome.org/>.

b) Los folletos titulados Understanding Billing & Payment incluyen el resumen en lenguaje sencillo de la política de Asistencia Financiera. Los folletos, impresos en inglés y español, estarán disponibles en los paquetes de admisión de pacientes Tower Health at Home y bajo petición. Estos folletos proporcionan un resumen fácil de leer del programa de asistencia financiera, con información de contacto de los empleados de Tower Health at Home que ayudarán a los pacientes con el proceso de solicitud. Estos folletos también se distribuyen a los pacientes en los puntos de registro a lo largo de Tower Health at Home. Los pacientes que no están asegurados o que expresan la incapacidad de pagar en el punto de servicio se les proporciona el folleto.

c) Los estados de cuenta de los pacientes para los servicios de Tower Health at Home contienen orientación y orientación sobre la disponibilidad del programa de asistencia financiera. Además, el reverso del estado de cuenta es una solicitud de asistencia financiera.

d) Tower Health at Home trabajará en estrecha colaboración con los programas de promoción en la comunidad. La disponibilidad de la política de asistencia financiera de Tower Health at Home se comparte con esas agencias. Algunos ejemplos son Berks Western Clinic, Opportunity House, Berks Encore, Berks Community Health Center y Daniel Torres Hispanic Center, así como la Oficina de Asistencia del Condado.

2) Identificación de pacientes que necesitan asistencia financiera para servicios médicamente necesarios:

a) Como resultado del proceso de verificación de cobertura de los servicios financieros de los pacientes de Tower Health at Home, habrá la oportunidad de identificar pacientes no asegurados y pacientes con seguro insuficiente. Los recursos de asesoramiento financiero de Tower Health at Home ayudarán a estos pacientes con el proceso de solicitud de Medicaid.

b) Los pacientes a los que se les niega la cobertura de Medicaid, o que son evaluados y determinados a no cumplir con los criterios de cobertura de Medicaid, serán considerados para el programa de Asistencia Financiera del Paciente.

c) Los servicios financieros para pacientes de Tower Health at Home utilizarán los recursos de elegibilidad disponibles para determinar la cobertura de seguro y los beneficios disponibles para todos los pacientes. Para los pacientes programados, la verificación de la cobertura se llevará a cabo antes de la llegada del paciente para todos los servicios de alto dólar.

d) La política de facturación y cobro de Tower Health at Home describe el proceso mediante el cual Tower Health at Home cobrará y facturará a los pacientes no asegurados y buscará la colección de saldos pendientes. La tasa no asegurada es del 70% de AGB y se aplica en el momento en que se realiza un pago inicial. Esta política de facturación y cobro por separado está disponible en línea en <https://towerhealthathome.org>, y se puede obtener una copia en papel, de forma gratuita, llamando al 610-378-0481.

3) Determinar la elegibilidad para la asistencia financiera

a) Los pacientes que buscan o han recibido algún servicio médicamente necesario y que demuestren la incapacidad para pagar por los servicios, serán considerados para la política de asistencia financiera.

b) La asistencia se puede utilizar solo para servicios de atención directa al paciente, excepto para suministros médicos de Hospicio cuando no hay otra fuente de reembolso disponible.

c) El número máximo de visitas aprobadas por cliente por mes no debe exceder de 12 visitas. Los servicios tienen un límite de 20 visitas en total. Cualquier solicitud que exceda los toques mensuales o totales de visitas debe ser aprobada por el Director de Operaciones y el Administrador del Ciclo de Ingresos.

d) Los pacientes que visitan los Estados Unidos con la intención de recibir atención no emergente generalmente no son elegibles para recibir asistencia financiera.

e) Se solicitará a los pacientes que proporcionen la verificación de los ingresos del hogar junto con los nombres de las personas que residen en el hogar, como requisito del proceso de solicitud. Esta información se utiliza para determinar dónde se encuentra el hogar dentro de las Directrices Federales del Nivel de Pobreza (FPL, por sus) La categoría FPL determinará el monto de la contribución del paciente o garante a su factura médica como se indica en la siguiente tabla.

f) Se asigna un monto de asignación a cada categoría de FPL y se calcula utilizando el porcentaje asignado de la tarifa de Medicare-Fee For-Service. Para pacientes por encima del 400% de la FPL, se aplica la tarifa no asegurada.

Categoría FPL	Tolerancia	Pago máximo del paciente por encuentro/visita
< 200% FPL	Subsidio de asistencia financiera del 100%	\$0
entre el 201% y el 250% de FPL	90% de asignación sobre la tasa MCR FFS	\$300
entre el 251% y el 300% de FPL	80% de asignación sobre la tasa MCR FFS	\$500
entre el 301% y el 350% de FPL	Subsidio del 70% sobre la tasa MCR FFS	\$1,000
entre el 351% y el 400% de FPL	50% de asignación sobre la tasa MCR FFS	\$2,000

g) También se puede determinar que los pacientes son presuntamente elegibles para recibir asistencia financiera en función de sus circunstancias actuales. Tower Health at Home utilizará todos los recursos disponibles para verificar la presunción de elegibilidad. Por ejemplo: se tendrán en cuenta los recursos de verificación electrónica, las cartas de gestión de los miembros de la familia o los refugios, y/o la propia descripción del paciente de su circunstancia actual de la vida. Los pacientes que califiquen para la elegibilidad presunta recibirán asistencia financiera del 100%.

h) Se alienta a los pacientes a comenzar a solicitar asistencia financiera tan pronto como sea posible en el proceso de acceso a la atención médica. Cuanto antes Tower Health at Home tome conciencia de la necesidad financiera, mayor es la oportunidad de conectar con éxito al paciente con recursos potenciales como Medicaid u otros programas de asistencia o seguro. Si bien es ideal iniciar el proceso tan pronto como sea posible, los pacientes son elegibles para solicitar la consideración de la asistencia financiera en cualquier momento del ciclo de facturación y cobro. Si la solicitud de asistencia financiera se inicia mientras la cuenta está en proceso de cobro, la actividad de cobro cesará hasta que se haya determinado la determinación de elegibilidad.

i) A los pacientes determinados elegibles para recibir asistencia financiera se les cobrarán menos cargos brutos por cualquier atención no médicamente necesaria proporcionada por Tower Health at Home.

j) Al inicio de la atención, cuando se apruebe la asistencia financiera visitas, se introducirán como visitas autorizadas en el sistema de registro sanitario electrónico. La autorización para visitas incluirá todas las disciplinas y se realizará un seguimiento para garantizar que no se superen los toques de las visitas.

k) Las decisiones relativas a la elegibilidad para recibir asistencia financiera se tomarán dentro de los 7 días siguientes a la recepción de una solicitud completa de asistencia financiera. Se revisarán las solicitudes incompletas y se realizarán intentos de ponerse en contacto con el paciente/garante para obtener información adicional. Se enviará al paciente una carta de confirmación en inglés y español, y una declaración de facturación revisada del paciente, describiendo el resultado de la decisión. El estado de cuenta revisado tendrá en cuenta cualquier pago en exceso realizado por el paciente para determinar el monto adeudado.

Cuando se apruebe la asistencia financiera, la carta de confirmación también servirá como medio para especificar el plazo cubierto por la determinación de la asistencia financiera. La carta de confirmación contendrá un nombre de contacto para que el paciente lo conserve como referencia y recurso para preguntas adicionales.

l) Si no se aprueba la asistencia financiera, se enviarán cartas en inglés y español describiendo los motivos de la decisión, así como información sobre otras opciones de pago. Si los pacientes desean apelar la decisión tomada, también se proporcionarán instrucciones sobre el proceso de apelación.

m) Los pacientes o garantes que no estén de acuerdo con el resultado de la decisión de elegibilidad de asistencia financiera tendrán la oportunidad de apelar la decisión. La revisión de la solicitud de apelación será responsabilidad del Administrador del Ciclo de Ingresos y del Director de Operaciones.

REGLAMENTO:

PROTOCOLO DEL PROVEEDOR:

EDUCACION Y ENTRENAMIENTO:

El equipo del Ciclo de Ingresos será responsable de la educación anual sobre las expectativas cubiertas en esta política. Los nuevos empleados serán educados según corresponda durante su orientación inicial.

Referencias:

APROBACIONES DEL COMPROMISO/CONSEJO:

Cancelación:

El contenido de este documento sustituye a todos los reglamentos anteriores/procedimientos/protocolos/guías/memorándums y/u otras comunicaciones relativas a este documento.