

MADelia COMMUNITY HOSPITAL & CLINIC	
ASUNTO: Política de Asistencia Financiera	REFERENCIA:
DEPARTAMENTO: Oficina de Negocios	PÁGINA 1 de 9
PROPIETARIO DE LA POLIZA: Jeff Mengenhause	EFFECTIVO E: 06-01-2016
APROBADO POR: Consejo Directivo	REVISADO: 01-01-2020

Propósito:

Esta política está establecida para proveer el sistema dentro del cual Madelia Community Hospital & Clinic ("El Hospital") proveerá asistencia financiera.

Definiciones:

Cantidades Generalmente Cobradas (en inglés Amounts Generally Billed): La cantidad promedio cobrada a un individuo que tiene un seguro que cubre sus cuidados médicos de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios. Este "Límite AGB" (por sus siglas en inglés) se calcula como se expone en esta política.

Ingreso Total: El ingreso total estimado de un individuo y todos los adultos trabajadores que residen con él/ella. El ingreso total estimado está basado en el ingreso total en la más reciente declaración de impuestos o el ingreso anualizado como se calcula de sus dos recibos de pagos más recientes. Si esas dos fuentes tienen una diferencia significativa, se usarán los recibos de pago para determinar el Ingreso Total. El Hospital se reserva el derecho de ajustar este cálculo si El Hospital obtiene evidencia de que el ingreso actual y futuro es sustancialmente diferente de lo que indican esos documentos

- a. Para un individuo empleado, la cantidad reportada en la Forma 1040, Línea 22.
- b. Para un agricultor, el ingreso es el ingreso total de la Forma 1040, Línea 22 mas cualquier depreciación reclamada en la Forma 1040, Lista F.
- c. Para un individuo autoempleado, el ingreso es el ingreso total de la Forma 1040, Línea 22 mas cualquier depreciación reclamada en la Forma 1040, Lista C.

Cuidado Médico de Emergencia: Tratamiento de una condición médica de emergencia como se define en la sección 1867(e)(1) del Acta de Seguridad Social como "una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente severidad (incluyendo dolor severo) tal que se puede esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resulte en

- (a) Poner la salud del individuo (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o su hijo no nacido) en serio peligro,
- (b) Deterioro serio de las funciones corporales, o
- (c) Disfunción seria de cualquier parte u órgano corporal;

O con respecto a una mujer embarazada que está teniendo contracciones,

- (a) que haya tiempo inadecuado para efectuar una transferencia segura a otro hospital antes del parto, o
- (b) que la transferencia pueda poner en riesgo la salud o seguridad de la mujer o su hijo no nacido.

Cuidados Médicamente Necesarios: Todos los procedimientos ofrecidos por El Hospital son considerados médicamente necesarios, excepto por los siguientes, que el Hospital considera que no son

médicamente necesarios: masajes, exámenes físicos para deportes, exámenes físicos para el Departamento de Transporte, servicios de laboratorio de acceso directo, terapia física, procedimientos electivos, cuidados en hogar y cuidados de relevo

Política:

Un individuo debe tener un ingreso limitado para calificar para asistencia financiera. Los criterios del Hospital para la asistencia financiera seguirán los Lineamientos Federales de Pobreza (en inglés Federal Poverty Guidelines, con siglas “FPG”) emitidas por el gobierno de los Estados Unidos. Vea el Adjunto A para los Lineamientos Federales de Pobreza actualmente aplicables. El Adjunto A será actualizado al menos de manera anual para mantener su exactitud.

- El Ingreso Total menor al 100% de los Lineamientos Federales de Pobreza (en inglés, Federal Poverty Guidelines con siglas FPG) = 100% de asistencia financiera
- El Ingreso Total mayor al 100% del FPG pero menos del 200% del FPG = asistencia financiera parcial basada en la siguiente fórmula.
 - Descuento = $1.75 - [(0.75 \div \text{FPG}) \times \text{Ingreso}]$
- El Ingreso Total mayor al 200% del FPG = no hay asistencia financiera

Si en el hogar de un individuo se posee vehículos recreativos que no tienen un propósito de negocio, el hogar puede ser obligado a vender los vehículos recreativos para pagar la responsabilidad del individuo ante el Hospital, antes de que el individuo pueda calificar para asistencia financiera. Los vehículos recreativos incluyen, pero no se limitan a, casas móviles, vehículos de todo terreno (“ATV”s), motonieves, motocicletas, barcos y motos acuáticas. El Hospital puede requerir evidencia de un propósito de negocio válido para cada vehículo recreativo. El Hospital no obligará a vender el vehículo recreativo si las deudas pendientes son mayores que su valor de mercado justo.

Todos los cargos del Hospital relacionados a condiciones médicas de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios son elegibles para asistencia financiera. El descuento de la asistencia financiera aplicará para la responsabilidad individual después de cualquier pago del seguro. Vea el Adjunto B para más información acerca de aquellos proveedores que son elegibles para asistencia financiera bajo esta política. El Adjunto B será actualizado al menos trimestralmente para mantener su exactitud.

Una aplicación para asistencia financiera se considerará completa si incluye todos los siguientes documentos.

1. Aplicación para Asistencia Financiera Completa y Firmada
2. La Forma 1040, 1040A o 1040-EZ más recientemente presentada.
3. Los dos Recibos de Pago más recientes, si aplica
4. Verificación del valor de los activos
5. Verificación de cantidades de pasivos actuales

Las aplicaciones para asistencia financiera pueden ser presentadas por el paciente, un garante, o cualquier persona actuando en nombre de un paciente o garante. El Hospital no utiliza información de terceros para hacer determinaciones presuntivas acerca de la elegibilidad para asistencia financiera.

Las aplicaciones para asistencia financiera completadas y otros documentos deben ser presentadas en Servicios Financieros para Pacientes. Los métodos de envío aceptables son:

- Correo – “Attention: Patient Financial Services”, 121 Drew Ave S.E., Madelia, MN 56062
- Entrega en persona – Patient Financial Services, 121 Drew Ave S.E., Madelia, MN 56062

- Fax – “Attention: Patient Financial Services”, (507) 642-5203

Si el Hospital tiene razón para creer que la información en la aplicación para asistencia financiera no es fiable o es incorrecta, o que la información fue obtenida bajo presión o por medio del uso de prácticas coercitivas, el Hospital considerará esa aplicación como incompleta. Si esto sucede, el Hospital proporcionará al individuo una explicación por escrito acerca de la razón por la cual el Hospital ha hecho esta determinación.

La aprobación de la solicitud será aprobada o denegada por el Administrador de Servicios Financieros para Pacientes, el Director de Finanzas, o Administrador dentro de 30 días de la recepción de una aplicación completa. El Hospital aceptará una aplicación para asistencia financiera para una instancia específica de cuidados médicos por 240 días después de que la primera factura después del alta se haya mandado a un individuo.

Si un individuo califica para asistencia financiera, esta calificación aplicará para todos los cuidados médicos de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios recibidos por el individuo por ocho meses antes y cuatro meses después de la fecha de entrega.

Si un paciente no califica para asistencia financiera, se mandará una carta indicando que no han calificado de acuerdo a los lineamientos del hospital y explicando la base para la negación.

Si un individuo califica para un descuento de asistencia financiera que sea menos del 100%, el Hospital proporcionará al individuo con una factura actualizada que indique la cantidad restante que debe el individuo, cómo se determinó esa cantidad, y cómo puede el individuo obtener información acerca de su límite AGB.

Un individuo que califica para asistencia no será obligado a pagar más para condiciones de emergencia médica y otros cuidados médicamente necesarios que las cantidades generalmente cobradas a individuos que tienen un seguro que cubre dichos cuidados (el “límite AGB”). El Hospital calculará este límite AGB para un paciente utilizando el Método Look-back e incluyendo individuos cubiertos por Medicare, Medicaid y todos los pagadores comerciales. El límite AGB será calculado anualmente utilizando el periodo de 12 meses Febrero 1 - Enero 31 y será implementado para Junio 1. Vea el Adjunto C para el límite AGB actualmente en efecto.

El Hospital puede requerir un copago para un procedimiento médico que no sea de emergencia antes de recibir el cuidado. Sin embargo, en ninguna instancia será este pre-pago más del límite AGB para el cuidado.

El Hospital tiene una Política de Facturación y Cobro. La Política de Facturación y Cobro incluye las acciones que el Hospital puede tomar en el evento de falta de pago de la responsabilidad restante que debe un individuo que ha calificado para asistencia financiera. Hay copias disponibles de la Política de Facturación y Cobro para el público por todos los mismos métodos por los cuales está disponible esta política de asistencia financiera, como se indica dentro de esta política.

El individuo que tenga preguntas acerca de la asistencia financiera o que quiera ayuda con el proceso de aplicación puede contactar Servicios Financieros para Pacientes en el Madelia Community Hospital & Clinic llamando al (507) 642-3255 o visitando 121 Drew Ave S.E., Madelia, MN 56062.

El Hospital informará al público acerca de la disponibilidad de la asistencia financiera por medio de los siguientes métodos.

- El Hospital tendrá exhibiciones visibles públicas que informarán a los pacientes acerca del programa de asistencia financiera. Dichas exhibiciones estarán localizadas en la sala de emergencias y todas las áreas de admisión que incluyan la siguiente información.
 - a. La asistencia financiera está disponible bajo la política de asistencia financiera del Hospital.
 - b. Información acerca de cómo o dónde obtener información acerca de la política de asistencia financiera y el proceso de aplicación.
 - c. Información acerca de cómo o dónde obtener copias de esta política de asistencia financiera, un resumen en lenguaje sencillo de esta política de asistencia financiera y la aplicación para asistencia financiera.
 - El Hospital ofrecerá una copia en papel del resumen en lenguaje sencillo de esta política de asistencia financiera a todos los pacientes como parte del proceso de admisión o alta.
 - El Hospital incluirá la siguiente información en todas las facturas.
 - a. El número telefónico de una oficina del Hospital o departamento que pueda proveer información acerca de la política de asistencia financiera y su proceso.
 - b. La dirección web directa (URL) en donde esta política financiera, un resumen en lenguaje sencillo de esta política de asistencia financiera, y la aplicación para asistencia financiera están disponibles.

La notificación por escrito en las facturas estará muy visible y será del tamaño suficiente para ser leída claramente.

- Esta política de asistencia financiera, un resumen en lenguaje sencillo de esta política de asistencia financiera y la aplicación para asistencia financiera estarán disponibles en todo momento en la página web del Hospital.
- Copias en papel de esta política de asistencia financiera, un resumen en lenguaje sencillo de esta política de asistencia financiera y la aplicación para asistencia financiera estarán disponibles por petición y sin costo por correo, en la sala de emergencias del Hospital y en todas las áreas de admisión.
- El Hospital hará los esfuerzos razonables para notificar e informar a los miembros de la comunidad acerca de esta política de asistencia financiera de una manera que esté razonablemente calculada para llegar a los individuos que tienen mayor probabilidad de necesitar asistencia financiera.
- Si cualquier población con dominio del inglés limitado comprende más del 5% de la población en la comunidad del Hospital o más de 1,000 individuos, entonces todos los métodos de comunicación descritos en esta política también serán llevados en el idioma principal de esa población.

FECHA EFECTIVA: Junio 01, 2016

Forma: Aplicación para Asistencia Financiera

Adjunto A

Lineamientos Federales de Pobreza

Los Lineamientos Federales de Pobreza (en inglés Federal Poverty Guidelines, con siglas “FPG”) son publicados anualmente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Esta información está disponible en línea en <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Esta tabla aplica para el año del calendario 2021.

Tamaño de Familia	100% del FPG	200% del FPG
1	\$12,880	\$25,760
2	\$17,420	\$34,840
3	\$21,960	\$43,920
4	\$26,500	\$53,000
5	\$31,040	\$62,080
6	\$35,580	\$71,160
7	\$40,120	\$80,240
8	\$44,600	\$89,200
Para cada persona adicional, agregue:	\$4,540	\$9,080

Última Actualización: Enero 13, 2021

Actualizado por: Monique Hoffmann, CFO

Aprobado por: Jeff Mengenhauen, CEO

Adjunto B

Proveedores que Operan Dentro de Madelia Community Hospital & Clinic

Los costos de los servicios médicos generalmente se pueden categorizar como cuotas de hospital o cuotas de proveedor. Todas las cuotas de hospital para cuidados médicos de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios son elegibles para asistencia financiera bajo esta política. Sin embargo, no todas las cuotas de proveedor son elegibles para asistencia financiera bajo esta política.

La siguiente información se provee para asistir al público en entender cuáles cuotas de proveedor son elegibles para asistencia financiera bajo esta política. Si esta información no es clara, puede contactar a Servicios Financieros para Pacientes en Madelia Community Hospital & Clinic ("Hospital"), llamando al (507) 642-3255 para asistencia.

El Hospital define como "proveedor" a un médico o un individuo con credenciales similares. Los proveedores no incluyen enfermeras(os) o técnicos.

Los siguientes proveedores no son elegibles para asistencia financiera bajo esta política. Estos proveedores no son elegibles porque MCHC no paga sus Cuotas Profesionales.

- Phillip Benzmilller, M.D.
- Gerald Berberick, OPA-C
- Alfred Chiang, D.O.
- Todd Christianson, PA-C
- Sarah Clauss, M.D., Ph.D.
- Jose Crespo, M.D.
- James Custer, M.D.
- Lisa Davidson, M.D.
- Eric A. Evans, M.D.
- Gary Goldberg, M.D.
- Michael Enrico, M.D.
- Stephen Derose, M.D.
- Bhavini Carns, M.D.
- Dennis Gremel, M.D.
- Richard Harrison, OPA-C
- Lynn Hassan-Jones, M.D.
- Manpreet Kanwar, M.D.
- Richard Lowry, OPA-C
- Maureen Magut, M.D.
- April Quigley, PA-C
- Courtney Whitney, D.O.
- Adriana Escandon Sandino, M.D.
- Idriz Kovacevic, M.D.
- Steven Haugen, M.D.
- Christopher Mager, M.D.

Además, los servicios de educación para diabetes en la Clínica de Mankato del Hospital no son elegibles para asistencia financiera bajo esta política.

Cualquier proveedor que no esté en esta lista es elegible para asistencia financiera bajo esta política.

Última actualización: Enero 01,2021

Actualizado por: Monique Hoffmann, CFO

Aprobado por: Jeff Mengenhause, CEO

Adjunto C

Cálculo de las Cantidades Generalmente Cobradas

Un individuo que califica para asistencia financiera no será obligado a pagar más por condiciones de emergencia médica y otros cuidados médicamente necesarios que las cantidades generalmente cobradas a individuos que tienen un seguro que cubre dichos cuidados (en inglés Amounts Generally Billed, conocido por sus siglas como el “Límite AGB”).

El Hospital utiliza el Método Look-back como se define en Reg. 1.501(r)-5(b)(3) para calcular la cantidad generalmente cobrada (“AGB”) a individuos que tienen seguro que cubre cuidados médicamente necesarios. Un individuo que ha sido determinado como elegible para asistencia financiera bajo esta política no será obligado a pagar más que las cantidades generalmente cobradas a individuos que tienen un seguro que cubre dichos cuidados.

El Hospital calcula un solo límite AGB para aplicar para todos los individuos que califican para asistencia financiera. El límite AGB actualmente vigente es 74%, basada en un descuento promedio del 26 %.

El límite AGB fue calculado utilizando la siguiente fórmula:

Reivindicaciones Totales Admitidas y Otros Pagos

Cargos Brutos

En el cálculo AGB, las “Reivindicaciones Totales Admitidas” son todas aquellas reivindicaciones que han sido entregadas por el Hospital y que fueron pagadas por Medicare Partes A y B, y Medicaid, y todas las aseguradoras de salud privadas por el periodo de 12 meses, febrero 1 - enero 31. El Hospital utiliza todas las reivindicaciones para este cálculo, en vez de sólo las permitidas para emergencias y otros servicios médicos hospitalarios apropiados.

“Otros pagos” son copagos, coaseguros, deducibles, y cualquier otro pago hecho en relación con una reivindicación incluida en Reivindicaciones Totales Admitidas.

“Cargos Brutos” son los cargos totales para los servicios para esas reivindicaciones incluidas en Reivindicaciones Totales Admitidas.

Última actualización: Junio 1, 2019

Actualizado por: Monique Hoffmann, CFO

Aprobado por: Jeff Mengenhause, CEO