

Propósito

Esta política está diseñada para ayudar al personal de LCMH a identificar a los pacientes que se presentan para el tratamiento y pueden no estar asegurados o insuficientemente asegurados y pueden ser elegibles para recibir ayuda financiera. Hay pacientes que a veces se presentan para servicios médicos que no tienen una fuente de pago o la capacidad de pagar por sus servicios en su totalidad. Esta política proporciona alivio financiero a los pacientes que califican basado en la comparación de sus recursos financieros y / o ingresos con los Lineamientos Federales de Pobreza. Esta política se aplica en todos los departamentos del hospital, pero no se aplica a todos los profesionales independientes.

Definiciones

- A. Lineamientos Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) – El gobierno federal establece y publica lineamientos anuales de pobreza en el Registro Federal. Los lineamientos comparan el ingreso anual / mensual de la familia con el tamaño de la familia / dependientes.
- B. Familia / Dependientes – La unidad familiar es un grupo de personas emparentadas por sangre, matrimonio, adopción o residente, cuyos ingresos se pueden aplicar a los gastos médicos del paciente. Los niños mayores de dieciocho años de edad que no son estudiantes, menores emancipados y niños que viven bajo el cuidado de personas que no son legalmente responsables por su manutención no se considerarán parte de la familia / dependientes, a menos que dichos individuos sean declarados como dependientes en el impuesto sobre la renta de las partes responsables.
- C. Cantidades Generalmente Facturadas (AGB, por sus siglas en inglés) – Este es un cálculo realizado por el hospital anualmente. Este cálculo identifica el porcentaje que un paciente elegible puede ser facturado por servicios. (ver archivo adjunto E)
- D. Residente de Louisiana – Las personas son consideradas residentes del estado de Louisiana cuando actualmente viven en el estado y pueden proporcionar evidencia de su intención de permanecer; no se requiere ser ciudadano de los Estados Unidos, pero si no es un ciudadano estadounidense, debe ser un extranjero calificado.
- E. Extranjero calificado – Persona autorizada por el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés) por la entrada legal y permanencia continua en este país.
- F. Paciente sin emergencia – Paciente cuyas condiciones médicas no requieren tratamiento de emergencia basado en los estándares de evaluación médica del hospital para atención de emergencia.

Criterio de elegibilidad

- A. La ayuda financiera es secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, lo que incluye planes médicos grupales o individuales, compensación laboral, Medicare, Medicaid o programas de ayuda médica, seguro de automóvil, incluido seguro de responsabilidad civil, pagos médicos y conductor no asegurado/ insuficientemente asegurado, otros programas estatales, federales o militares, responsabilidad de terceros o cualquier otra situación en la que otra persona o entidad pueda tener la responsabilidad legal de pagar los costos de los servicios médicos.
- B. Los pacientes que se nieguen o no proporcionen información con respecto a otra cobertura no serán elegibles para recibir ayuda financiera.
- C. Los pacientes no serán discriminados en cuanto a raza, creencia, color, origen nacional, sexo, orientación sexual o la presencia de cualquier discapacidad sensorial, mental o física.
- D. La ayuda financiera estará disponible para todos los servicios para pacientes internados y ambulatorios.
- E. Los pacientes que cumplan con los criterios que les permitan calificar para ayuda financiera serán considerados bajo esta política basado en los siguientes criterios:
 - El monto total de los cargos hospitalarios no cubiertos será elegible para un ajuste del 100% en un paciente cuyo ingreso familiar bruto sea igual o inferior al 200% del FPG actual.
- F. Si el ingreso familiar del paciente excede el 200% del FPG actual, el paciente puede calificar para una parte reducida de los cargos basado en el cálculo de porcentaje a continuación.

Nivel de Ingreso (basado en FPG)	Porción del Paciente	Descuento de los Cargos Totales
200% o menos	0%	100%
201% a 500%	AGB %	Diferencia AGB y Cargos Totales

- G. Los pacientes que tienen cobertura de seguro primaria serán elegibles para aplicar por ayuda financiera, ver Archivo Adjunto A.
- H. Los pacientes que tienen cobertura primaria con Medicare también serán elegibles para aplicar por ayuda financiera, pero requerirán documentación adicional, ver Archivo Adjunto B.
- I. La obligación financiera de la parte responsable que permanece después de la aplicación de todos los descuentos aplicables será pagadera según lo negociado entre Lake Charles Memorial Hospital y la parte responsable.
- J. Los pacientes que se presenten para servicios de alto costo como pacientes internos, quirúrgicos, etc. y no tengan una fuente de pago disponible serán evaluados por los asesores financieros de LCMH para determinar para qué programas el paciente puede calificar.
- K. Una vez finalizado el examen financiero, el asesor financiero ayudará al paciente con la aplicación de todos los programas correspondientes (que incluye todos los programas de Medicaid, VA, SSA, víctimas de crimen, etc.)
- L. En situaciones de emergencia, los servicios se prestan independientemente de la fuente del pagador o de la capacidad de pago del paciente. Estos pacientes serán notificados mediante correspondencia escrita, de su opción de aplicar por los programas para los cuales pueden ser elegibles.
- M. Los pacientes que están aprobados para los programas de cobertura total o de cobertura parcial recibirán una aprobación por el período de tiempo definido a continuación, así como saldos pendientes para el aplicante que cumpla con las pautas del programa que se incluirán en la aprobación. Se requerirá que los pacientes reapliquen una vez que se agote su plazo de aprobación.
 - a. Los pacientes con ingresos fijos como Seguridad Social, Jubilación, otros programas de apoyo del gobierno o aquellos que trabajan por cuenta propia y tienen ingresos comprobados basados en la información de los impuestos de años anteriores recibirán aprobación por un período de un año, a partir de la fecha de solicitud un año adelante.
 - Los ingresos del trabajo por cuenta propia serán verificados por el Formulario de Impuestos Federales sobre la Renta del año en curso, utilizando los ingresos brutos, en la línea 22 del apéndice 1040. La información del Departamento de Trabajo se puede usar como verificación secundaria de ingresos. Si no se declararon impuestos, los recibos, talones de cheques, contratos o acuerdos de subcontratos de los 30 días anteriores pueden ser sustituidos.
 - b. Los pacientes que están empleados, desempleados o que han proporcionado otro medio de sostén recibirán una aprobación por un período de seis meses, a partir de la fecha de solicitud seis meses adelante.
 - c. También se realizará una revisión de todos los saldos pendientes de los aplicantes y las cuentas con fechas de servicio dentro de los 240 días a partir de la fecha de solicitud se ajustarán basado en el nivel para el cual el paciente esté calificado.
- N. Un paciente cuyos gastos médicos de bolsillo durante los doce meses previos a los servicios exceden o equivalen al 20% del ingreso bruto anual será elegible para participar en la cobertura del programa Indigencia Médica que cubrirá los servicios al 100% por un período de doce meses desde el momento en que se alcanza el 20% en gastos médicos. (Por favor, ver el archivo adjunto C para obtener información adicional)
 - Se les pedirá a los pacientes que presenten documentación de facturas médicas pendientes por los doce meses anteriores a la fecha del servicio.

Proceso de solicitud

- A. Los pacientes son notificados de los programas de ayuda financiera de los hospitales durante todo el ciclo de facturación. La notificación inicial se coloca en el primer estado de cuenta enviado al paciente, así como el resumen en lenguaje sencillo, el cual proporciona una breve descripción de la política que se incluye en cada estado de cuenta que se envía a un paciente.
- B. A los pacientes se les envían estados de cuenta que progresan en intensidad cada mes durante un período de 120 días antes de que la cuenta es referida a una agencia externa para que realice más esfuerzos de cobro.
- C. En caso de que un paciente contacte con la oficina comercial y pregunte sobre ayuda financiera, se le envía una aplicación que incluye el resumen en lenguaje sencillo junto con una lista de la documentación requerida.
- D. Un paciente también puede aplicar en persona visitando el departamento de evaluación de Moss Campus, la oficina comercial principal de Campus o el departamento de Asesoría Financiera.
- E. Una vez que una aplicación es recibida, todas las actividades de cobro quedan en espera pendientes al resultado de la determinación de la aplicación. En el caso de que se reciba una solicitud y la cuenta ya haya sido referida a una agencia

externa para otras actividades de cobro, se notifica a la agencia y la cuenta queda en espera pendiente de la determinación de la aplicación.

- F. La aplicación es entonces evaluada para determinar si se incluyen todos los documentos necesarios para tomar una determinación. Si todos los documentos están presentes, entonces se procesa la información de la aplicación del paciente y se toma la determinación.
- G. Se proporciona una portada de determinación a cada paciente. Esta portada proporciona la determinación alcanzada para su aplicación. También se adjunta una carta que es específica para la determinación alcanzada para explicar mejor la determinación al paciente.
- H. Cuando se aprueba una solicitud y se determina que el paciente reúne los requisitos para los programas completos o parciales, las cuentas se documentan y se agrega la fuente apropiada de ayuda financiera pagadora a la cuenta/s. Se notifica a cualquier agencia externa que cese las actividades de cobro y la cuenta/s se procesa para el descuento apropiado.
- I. En el caso de que un paciente no clasifique y la solicitud sea denegada, se adjunta una portada de determinación que refleja la denegación junto con una carta que explica más detalladamente la denegación y los programas de descuento autopago disponibles. La cuenta se retira de la espera y se reanudarán las actividades de cobro.
- J. En el caso de que un paciente no haya proporcionado todos los documentos necesarios para completar su consideración, la portada de determinación se proporciona al paciente enumerando los documentos necesarios para completar la consideración de su aplicación.
- K. Un paciente es instruido de devolver cualquier artículo pendiente dentro de los 10 días a partir de la fecha de la solicitud. Sin embargo, una solicitud seguirá siendo válida hasta 30 días en caso de que un paciente devuelva documentos después del período recomendado de 10 días.
- L. Los pacientes pueden aplicar por ayuda financiera para cuentas con un saldo pendiente de responsabilidad del paciente hasta 240 días a partir de la fecha en que se factura por primera vez al paciente por los servicios.
- M. Si una aplicación es aprobada para cobertura a través de los pagos del programa que son recibidos de un paciente después de la fecha de aplicación, se puede reembolsar al paciente si el paciente no tiene otras cuentas pendientes que no corresponden al período de tiempo de la aplicación.

Determinación final

- A. A todos los pacientes se les solicita que presenten documentación para aplicar por los programas para los cuales pueden ser elegibles. Los siguientes documentos se considerarán evidencia suficiente sobre la cual basar la determinación final de elegibilidad:
 - Documentación de 1 mes completo de ingresos (por todos los ingresos del hogar) (esta debe ser información actual y provista para el período anterior de 30-45 días).
 - Tarjetas de Seguridad Social para todos los miembros del hogar.
 - Prueba de Residencia en Louisiana (Licencia de conducción de Louisiana con la dirección postal actual de un miembro del hogar, factura de servicios públicos en el nombre de un miembro del hogar con la dirección postal actual o una carta del gobierno dirigida a un miembro del hogar con la dirección postal actual).
 - En caso de que el paciente no clasifique para cobertura completa y sea considerado para el programa de Indigencia Médica, copias de todas las facturas médicas pendientes.
 - Copia de identificación con foto de la persona responsable si no se proporcionó como una Prueba de Residencia.
 - Copia de la declaración de impuestos federales más reciente presentada (para pacientes trabajadores por cuenta propia o pacientes sin ingresos actuales), si el hogar no tiene ingresos se requerirá un formulario de declaración de manutención junto con una copia de la identificación con foto de las personas de apoyo.
 - Se puede solicitar documentación adicional según las circunstancias individuales relacionadas con el caso.
- B. El paciente y el LCMH son responsables de buscar otras fuentes de financiación, incluidos Medicaid, Medicare, etc. La parte responsable puede ser requerida a proveer verificación escrita de la inelegibilidad para todas las demás fuentes de financiación.
- C. Si la parte responsable no coopera con los asesores financieros con respecto a aplicaciones para Medicaid, aplicaciones para Ayuda a Víctimas de Crimen, etc., no será elegible para recibir ayuda financiera.
- D. Si la cuenta se debe a un accidente automovilístico, la cuenta no será elegible para recibir ayuda financiera hasta que se compruebe el agotamiento de los beneficios o se reciba una carta de rechazo del seguro del automóvil o del abogado del paciente.

**Fuente Pagadora Primaria del Seguro
Adjunto A****Propósito**

Lake Charles Memorial Hospital ha contratado a varias compañías de seguros comerciales y ha acordado facturar a los pacientes los montos adeudados con respecto al coseguro, los deducibles y los copagos, según lo determine su cobertura. LCMH revisará caso por caso específico y procederá en consecuencia ya que estamos obligados contractualmente. Si no hay especificaciones con respecto a la porción del paciente, LCMH seguirá las siguientes pautas.

Criterio

- A. Los pacientes que tienen cobertura de seguro comercial primario se considerarán elegibles para aplicar por la participación en el programa de ayuda financiera si cumplen con los requisitos de la política.
- B. A los pacientes que cumplan con los requisitos para participar en el programa de ayuda financiera completa, no se les cobrará ningún monto adeudado después del procesamiento del seguro ya que se consideran médicamente indigentes.
- C. Los pacientes que cumplan con los requisitos para participar en el programa de ayuda financiera parcial no serán responsables de más de las cantidades generalmente facturadas, por ciento que es calculado anualmente. Si el AGB % de los cargos totales es menor que los gastos de bolsillo, a los pacientes no se les cobrará más que el AGB %. Si la responsabilidad del paciente por su seguro es menor que el monto del AGB, entonces se le cobrará al paciente la cantidad menor y se lo considerará encargado de la responsabilidad del paciente de seguro. (ver el archivo adjunto E para obtener información sobre el AGB).
- D. Si el seguro del paciente niega un reclamo en su totalidad ya que no está cubierto por la póliza, entonces el paciente se considerará en la porción de auto pago de la política de ayuda financiera.

Criterios Adicionales de Medicare Adjunto B

Propósito

Lake Charles Memorial Hospital es un proveedor de Medicare y, como tal, ha aceptado seguir las pautas del Proveedor de Medicare con respecto a establecer indigencia médica. Los pacientes de Medicare seguirán las pautas en este adjunto para ser considerados para el programa de ayuda financiera.

Criterio

Además de la documentación solicitada en la política de ayuda financiera, Medicare también requiere una evaluación total de los recursos, incluyendo la evaluación de los activos disponibles del paciente que son fácilmente convertibles en efectivo y que son innecesarios para la vida diaria de los pacientes.

- a. Los pacientes de Medicare deben proporcionar copias de los estados bancarios completos más recientes, incluyendo las cuentas corrientes y de ahorro. Se realizará una evaluación del saldo disponible eliminando el monto declarado anteriormente como ingreso mensual. (ejemplo: El paciente tiene un saldo de cuenta corriente de \$ 4,000 pero sus ingresos mensuales se depositaron recientemente por \$2,000 por lo que el saldo de la cuenta corriente incluye este ingreso - el ingreso mensual se deducirá del saldo, pues ya se declaró como ingreso en pasos anteriores del proceso de evaluación de ayuda financiera)
- b. No se requiere la tarjeta de pago Direct Express de la Seguridad Social, ya que solo refleja los ingresos que se consideraron previamente en la evaluación de la ayuda financiera.
- c. Los pacientes de Medicare también deben presentar prueba de Certificado de Depósitos (CD, por sus siglas en inglés), efectivo en una Caja de Seguridad, Acciones y / o bonos.
- d. IRA, 401K y las pólizas de seguro de vida no se consideran fácilmente convertibles en efectivo, por lo tanto, no se requieren.

El Sistema de Salud Lake Charles Memorial también tomará en consideración cualquier circunstancia atenuante que pueda afectar la determinación de la indigencia del paciente de Medicare.

Un análisis realizado sobre los activos presentados y documentados electrónicamente no excederá en total el límite de \$4,000 por persona o \$6,000 por pareja.

Criterio Médicamente Indigente
Adjunto C - Agregado 15/01/2015**Propósito**

Esta política está diseñada para ayudar al personal de LCMH a identificar a los pacientes que pueden ser elegibles para ayuda financiera debido a indigencia médica. Hay pacientes que a veces se presentan para servicios médicos que no cumplen con los requisitos de ingreso para la participación total en el programa de ayuda financiera; sin embargo, han experimentado dificultades debido a los gastos médicos.

Criterio

Un paciente cuyos gastos médicos familiares de bolsillo durante los doce meses previos a los servicios exceden o equivalen al 20% del ingreso bruto anual será elegible para la participación total en el programa de ayuda financiera médicamente indigente por un período de un año desde la fecha de aprobación.

- A los pacientes se les solicitará que proporcionen la documentación de facturas médicas pendientes por los doce meses anteriores a la fecha del servicio.
- La responsabilidad de gastos de bolsillo de los pacientes se determinará al calcular el Ingreso Anual Total de la Familia x 20% = Esta cantidad será la cantidad que el paciente es responsable en gastos de bolsillo antes de la aprobación Médicamente Indigente.
- Una vez que la Indigencia Médica es establecida, la fecha de aprobación comenzará a partir de la fecha que el paciente alcanza su responsabilidad de bolsillo por un año adelante.
- En el caso de que un paciente tenga otra fuente pagadora, incluyendo la participación en el programa de ayuda financiera parcial, solo el monto del que se responsabiliza al paciente se debe considerar como gasto de bolsillo de los pacientes.

La hoja de trabajo de Indigencia Médica debe ser completada y una vez que los cálculos están completos deben ser aprobados por un supervisor, gerente o director antes de la determinación final.

**Paciente desempleado viviendo de recursos
Adjunto D - Agregado el 09/02/2015**

Propósito

El propósito de este documento es proporcionar una guía adicional en el caso de que un paciente no esté empleado y viva de un recurso o cuenta previamente ahorrado, como una cuenta corriente, cuenta de ahorros, retiro o cualquier otro recurso que sea convertible en efectivo.

Criterio

Además de la documentación solicitada en la política de ayuda financiera, los pacientes que están desempleados y que no tienen otra fuente de ingresos pero que viven de un recurso previamente ahorrado también deben proporcionar lo siguiente:

- a. Documentación de activos que son fácilmente convertibles en efectivo e innecesarios para la vida diaria del paciente.
 - i. Esto no incluye activos de jubilación o capital residencial primario.
- b. La mayoría de los estados bancarios actuales que muestran su cuenta corriente y de ahorros.
 - ii. El estado de cuenta del banco será revisado para ver qué fondos están disponibles para ellos.

El Sistema de Salud Lake Charles Memorial también tomará en consideración cualquier circunstancia atenuante que pueda afectar la determinación de la indigencia del paciente de Medicare.

Un análisis realizado sobre los activos presentados y documentados electrónicamente no excederá en total el límite de \$ 4,000 por persona o \$ 6,000 por pareja.

Ejemplo 1: El paciente está viviendo de un IRA que asciende a \$150,000 y está recibiendo una cantidad mensual de \$2,000 de la cual el paciente vive con este IRA.

- El monto total del IRA no se consideraría como una cuenta de retiro.
- El monto mensual que se recibe se considerará como ingreso mensual y se considerará según las pautas.

Ejemplo 2: El paciente ha perdido su trabajo recientemente, en el momento de la separación del trabajo el paciente cobró su cuenta de jubilación y recibió un cheque por \$10,000; el cual ha depositado en el banco y ahora vive de el.

- Esta cantidad se considerará ya que se ha convertido en efectivo que ha recibido.
- El paciente está casado, por lo tanto, tiene más recursos en este momento, ya que el monto que tiene en mano supera el máximo de \$6,000 por pareja.
- El ingreso mensual del paciente sería cero, sin embargo, el paciente tiene más recursos para el programa de ayuda financiera.

Cantidades Generalmente Facturadas Adjunto E - Agregado el 04/03/2015

Propósito

El propósito de este documento es proporcionar información detallada sobre el cálculo de las Cantidades Generalmente Facturadas (AGB, por sus siglas en inglés).

Definiciones

Cantidades Generalmente Facturadas (AGB, por sus siglas en inglés) - Este es un cálculo realizado por el hospital anualmente. Este cálculo identifica el porcentaje que un paciente elegible puede ser facturado por servicios.

Criterio

De acuerdo con la sección §1.501 (r)-5 (b) en las normativas 501R, Lake Charles Memorial Hospital ha elegido utilizar el método retrospectivo para determinar las AGB. Este cálculo se realiza anualmente y cualquier cambio que se realice en el porcentaje de AGB entrará en vigor dentro de los 120 días a partir de la realización del cálculo. Los pacientes que actualmente participan en un programa que puede verse afectado por un cambio en el porcentaje de AGB son notificados por escrito, en el momento de la aprobación de la ayuda financiera, de que este cálculo es reevaluado anualmente y está sujeto a cambios. Esos pacientes también son notificados por escrito antes de que ocurra el cambio.

El hospital realiza este cálculo evaluando todas las cuentas con Seguro, Medicare y Medicaid por un año, antes de que se realice el cálculo. Se realiza una comparación de los cargos totales de las cuentas generales a los montos que se ajustaron debido a los acuerdos contractuales de los hospitales con dichas fuentes pagadoras. Este cálculo determina el porcentaje contractual promedio para los pacientes con una fuente pagadora. Este porcentaje se establece como un monto ajustado y la diferencia restante es el monto establecido como el porcentaje de las Cantidades Generalmente Facturadas (AGB) y, por lo tanto, se le puede facturar al paciente.

Los pacientes que están aprobados para recibir ayuda financiera a través de Lake Charles Memorial Hospital no se les facturará más de las cantidades generalmente facturadas (AGB). Los pacientes que participan en el programa de aprobación parcial serán responsables de un monto descontado basado en el porcentaje de las cantidades generalmente facturadas (AGB) que se establece en la evaluación anual.

Otras Aprobaciones de Caridad Adjunto F - Agregado el 12/02/2016

Propósito

Lake Charles Memorial Hospital reconoce que hay casos en los que el paciente o el fiador del paciente no puede cumplir con las obligaciones financieras debido a que no cumplen todos los criterios del programa de ayuda financiera o no cooperaron para presentar una solicitud de ayuda financiera.

Definiciones

Caridad – Los pacientes que no cumplen con los criterios del programa de ayuda financiera, sin embargo, han demostrado que no pueden pagar los gastos médicos incurridos en Lake Charles Memorial Hospital. En la mayoría de los casos, estos pacientes son pacientes que residen en un estado diferente, pero han cooperado al proporcionar toda la información y cumplen con todos los otros criterios del programa de ayuda financiera.

Presunta Caridad – Los pacientes que no han cooperado con la aplicación para el programa de ayuda financiera, pero que utilizan los recursos de referencia disponibles, Lake Charles Memorial Hospital no cree que el paciente tenga los medios para resolver su deuda. Lake Charles Memorial Hospital presumirá su elegibilidad para Presunta Caridad.

Criterio

Solo las cuentas y el saldo pendiente actual serán considerados para Caridad y Presunta Caridad. El paciente no recibirá una aprobación continuada para un período de tiempo en adelante, ya que necesitarán buscar servicios en su estado local para recibir ayuda o aplicar por el programa de ayuda financiera completa y cooperar al devolver toda la documentación necesaria.

Caridad

Los pacientes que aplican y cooperan proporcionando documentación para el programa de ayuda financiera, sin embargo, no son residentes de Louisiana, por lo tanto, no cumplen los criterios para la cobertura de los programas de ayuda financiera parcial o total, pueden considerarse para que sus saldos pendientes se ajusten como una Cuenta de Caridad. Los pacientes que tienen Medicaid con otros estados pero que LCMH no tiene un número de proveedor también pueden considerarse como Caridad. El aplicante debe cumplir con los criterios financieros basados en la Política de Ayuda Financiera. La cuenta o las cuentas de pacientes específicamente aprobadas se ajustarán al código de ajuste de Caridad y no se le cobrará al paciente por los servicios aprobados.

Presunta Caridad

LCMH reconoce que no todos los pacientes o fiadores del paciente pueden completar la solicitud de ayuda financiera o proporcionar la documentación requerida. LCMH además reconoce que algunos pacientes o sus fiadores no responden al proceso de aplicación, por lo tanto, el hospital utilizará otras fuentes electrónicas para tomar una decisión informada sobre la necesidad financiera del paciente para calificarlo para el Programa de Ayuda Financiera (UCC). Los pacientes que no han cooperado con el Programa de Ayuda Financiera (UCC) ya sea no devolviendo toda la documentación solicitada para el programa o no han aplicado por el programa o han ignorado las facturas y otras comunicaciones del hospital pueden ser considerados para Presunta Caridad. También, aquellos que no son capaces de completar el proceso tradicional pueden ser considerados para Presunta Caridad. Estas evaluaciones son un chequeo suave y no afectan el crédito de los pacientes de manera negativa. Una vez que se identifica que un paciente es probable que no resuelva sus saldos financieramente, entonces se supone que estas cuentas son de Caridad (Presunta Caridad). La Presunta Caridad será el último recurso para calificar a los pacientes para el programa UCC y solo se utilizará después de que el hospital agotó todos los esfuerzos de cobro. Una vez que se hayan agotado todos los esfuerzos de cobro y se identifique que un paciente califica para Presunta Caridad, la cuenta se incluiría en el informe hospitalario para reembolso en virtud del Acuerdo de Esfuerzo Cooperativo del hospital (CEA, por sus siglas en inglés).

La cuenta se saca de la CC activa y se coloca en la deuda incobrable CC. La cuenta no es asignada a ninguna agencia para otros esfuerzos de cobro y, en su lugar, se identifica mediante un código de agente que muestra una Deuda Incobrable de Presunta Caridad con el propósito de identificarlos para solicitar el reembolso bajo el CEA. Esta clasificación refleja que el hospital ha identificado la baja probabilidad de pago de los pacientes y no prosigue con los esfuerzos de cobro. En el caso de que el paciente realice un pago o contacte a la oficina para establecer arreglos de pago, la asignación de la Deuda Incobrable de Presunta Caridad puede revertirse y las actividades normales de cobro pueden reanudarse. En el caso de que un paciente solicite ayuda financiera después de que una cuenta haya sido clasificada como Deuda Incobrable Presunta Caridad, la solicitud de ayuda financiera se considerará bajo las pautas habituales y cualquier aprobación se aplicará tal como se define en la política.

Elegibilidad para la Ley de Ryan White CARE Adjunto G - Agregado el 01/03/2016

Propósito

Cumplir con la Ley Ryan White CARE (Comprehensive AIDS Resources Emergency, por sus siglas en inglés), Título XXVI, Programa de Servicios de Atención Médica para el VIH con respecto al límite anual de cobros para los pacientes con VIH que corresponda. La Sección 2617 (c) de la Ley exige una limitación de la responsabilidad financiera del paciente bajo el programa.

Definiciones

- La Ley Ryan White CARE requiere que todos los concesionarios o beneficiarios que reciben fondos según la Ley Ryan White CARE publiquen un apéndice de cargos.
- Apéndice de cargos – Tabla que identifica la responsabilidad financiera del paciente por los servicios prestados en una clínica del Sistema de Salud Lake Charles Memorial (LCMH) que trata a pacientes con VIH para atención primaria.
- Gastos médicos elegibles – Cualquier gasto médico de bolsillo del paciente, incluyendo las facturas médicas de paciente internado y ambulatorio, las tarifas de inscripción, las primas del seguro médico, los deducibles, el costo compartido, los copagos y el coseguro.
- Límite anual – Limitación sobre la responsabilidad financiera máxima de la que un paciente con VIH sería responsable basado en sus ingresos individuales durante un año calendario (1 de enero - 31 de diciembre).

Política

El personal de acceso al paciente del Sistema de Salud Lake Charles Memorial proporcionará un apéndice de responsabilidad financiera del paciente para pacientes con VIH que reciben tratamiento ambulatorio en un entorno clínico en LCMH. El límite anual en el Apéndice de Responsabilidad Financiera del paciente no se aplica a los servicios recibidos en otros proveedores médicos privados.

Es responsabilidad del paciente proporcionar la documentación de respaldo de todos los gastos médicos individuales al Asesor Financiero, para cumplir con el límite anual. El límite anual se basa en los ingresos individuales del año calendario. Las personas que cumplan con el límite anual no serán financieramente responsables de los futuros servicios ambulatorios brindados en cualquier clínica ambulatoria aplicable de LCMH que trate pacientes con VIH para atención primaria hasta el final del año calendario. El paciente será responsable por los gastos de admisión de paciente hospitalizado.

Al proporcionar la documentación de respaldo de los gastos médicos individuales y al determinar que se ha alcanzado el límite anual, los descuentos elegibles pueden ser retroactivos a la fecha en que el paciente cumplió con el criterio del límite de gastos médicos para ese año calendario y se aplicarán durante el resto del año calendario. En el caso de que un paciente tenga otra fuente de pagador, incluyendo la participación en el programa de ayuda financiera parcial, solo el monto del que se responsabiliza al paciente debe considerarse como gasto de bolsillo de los pacientes.

Procedimientos

- Una notificación anunciando el apéndice de responsabilidad financiera del paciente se pondrá a disposición de todos los pacientes que reciben servicios en la clínica para pacientes ambulatorios de VIH, a través de señalización y/o folleto.
- La documentación del ingreso bruto mensual individual será realizada por el personal de acceso al paciente usando el método utilizado en cada caso de evaluación financiera. El FPG % se anotará en el sistema donde sea necesario.
- Los pacientes que pueden ser potencialmente elegibles para el límite anual son responsables de proporcionar la documentación de sus ingresos individuales al Personal de Acceso del paciente de LCMH para la determinación precisa del nivel de responsabilidad financiera del paciente.

<u>Crterios de Ingreso</u>	<u>Límite anual de Responsabilidad Financiera del Paciente</u>
<u>En o Debajo 200% de FPL</u>	<u>Atención gratuita (no se requieren pagos del paciente)</u>
<u>201%-300% de FPL</u>	<u>Paciente responsable del 7% del ingreso bruto anual</u>
<u>301% o mayor de FPL</u>	<u>Paciente responsable del 10% del ingreso bruto anual</u>

**Pacientes aprobados para aprobación acelerada de programas gubernamentales (Anteproyecto presentado el 13/06/16)
Adjunto H - Agregado 01/06/2016**

Propósito

El propósito de este documento es proporcionar una guía adicional en caso de que un paciente actualmente califique para Cupones de Alimentos o un programa de Medicaid de Louisiana. Lake Charles Memorial Hospital puede utilizar una prueba de dicha cobertura para demostrar que el aplicante clasifica para cobertura a través del programa de ayuda financiera. Esto es apropiado porque el aplicante ha probado al Estado de Louisiana todos los criterios de elegibilidad necesarios para la aprobación del programa Lake Charles Memorial Hospital y su aprobación respaldará esta información.

Para que un paciente califique para cupones de alimentos o un programa de Medicaid, el paciente ha demostrado tener ciudadanía estadounidense, residencia en Louisiana y que sus ingresos están por debajo del 200% de los lineamientos federales de pobreza.

Criterio

Lake Charles Memorial Hospital debe recibir prueba de la cobertura del aplicante a través de Cupones de Alimentos o un Programa de Medicaid de Louisiana por uno de los siguientes documentos de respaldo.

- Un Cupón de Alimento o carta de desición de Medicaid de la agencia del Estado de Louisiana con la fecha de vigencia aplicable y el período de tiempo de cobertura (que debe reflejar las fechas actuales).
- Una impresión expedida por la oficina de Cupones de Alimentos o Medicaid que muestre la elegibilidad con la fecha de vigencia aplicable y el período de tiempo de cobertura (que debe reflejar las fechas actuales).
- Prueba de cobertura verificada verbalmente y registrada por un representante de Lake Charles Memorial Hospital con un empleado de la agencia estatal correspondiente de Louisiana. Esto debe estar documentado, incluido el número de teléfono llamado, con quién se habló y la información específica verificada en nombre del paciente. Esta documentación se listará en las notas de la cuenta y se incluirá en la documentación para respaldar la solicitud de ayuda financiera.

Ejemplos

Es importante que cada miembro del equipo comprenda cuándo es apropiado utilizar la aprobación del Cupón de Alimento o Medicaid. Por favor, vea a continuación ejemplos de situaciones aplicables.

Ejemplo 1:

El paciente aplica por UCC para el mes de junio, pero no tiene todos los documentos de respaldo para la aprobación de Ayuda Financiera. Basado en el nivel de los lineamientos federales de pobreza del paciente, Lake Charles Memorial Hospital procesa una aplicación de Medicaid. El paciente se convierte elegible para Medicaid a través del programa de expansión que comienza el 1 de julio. Sin embargo, el paciente tiene fechas de servicio anteriores a la fecha en que su elegibilidad entró en vigor a través de Medicaid.

Una vez que Lake Charles Memorial es informado de la aprobación de Medicaid mediante uno de los métodos anteriores, es apropiado volver a las fechas anteriores del servicio basado en la concesión de políticas para aprobar Ayuda Financiera para fechas anteriores de servicio. Esto se debe a que el paciente ha probado directamente al Estado de Louisiana toda la información necesaria para una aprobación de ayuda financiera.

Ejemplo 2:

El paciente es un paciente hospitalizado, el paciente informa que está en cupones de alimentos. El asesor financiero contacta con un representante del estado de Louisiana para confirmar la cobertura de cupones de alimentos de este paciente y lo documenta de acuerdo con la política. El asesor financiero procederá de acuerdo con su criterio para determinar si es necesaria una aplicación de Medicaid; sin embargo, la aprobación de la ayuda financiera temporal del paciente se puede aprobar en espera de la decisión de Medicaid, ya que el paciente ha probado directamente al Estado de Louisiana toda la información necesaria para la aprobación de una ayuda financiera.