



HealthPartners®

Title: Financial Assistance Policy

**Policy Number:
ADM-FIN-421**

Declaración de la política:

Lakeview Hospital está comprometido a brindar atención médica de calidad a sus pacientes, incluidos aquellos que tienen necesidad de ayuda financiera. Como resultado de esto, nuestra Política de ayuda financiera (que, en este documento, se denomina “FAP” [Financial Assistance Policy] o “la Política”) se encuentra disponible para los pacientes no asegurados o con seguro insuficiente en función de la capacidad de pago de la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria del paciente. Nuestra Política está disponible para brindar ayuda puntual; no tiene como objetivo proporcionar atención a largo plazo, gratuita ni con descuento. Nuestra Política establece y describe los criterios de elegibilidad, cómo calculamos los descuentos, cómo solicitar la ayuda financiera, los proveedores que brindan atención en nuestro Hospital y nuestra política de atención médica de emergencia.

Los pacientes pueden obtener copias gratuitas de esta Política y el formulario de solicitud de ayuda financiera en persona en la Oficina Administrativa de Lakeview Hospital. Para obtener información adicional, si tiene preguntas acerca del proceso de solicitud o para solicitar copias por correo, los pacientes pueden comunicarse con la Oficina Administrativa del Hospital al 651-430-4533, Lakeview Hospital, 927 West Churchill St., Stillwater, Minnesota 55082. Se puede acceder a los siguientes recursos adicionales en www.lakeviewhealth.org/:

- Copias gratuitas de esta Política y el formulario de solicitud de ayuda financiera en inglés.

Procedimiento o instrucciones especiales:

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Lakeview Hospital ha establecido los siguientes requisitos de elegibilidad para que los pacientes reciban atención de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria de manera gratuita o con descuento:

1. El paciente debe recibir procedimientos médicamente necesarios.
2. El paciente debe brindar evidencia de que se le han negado o se le negarían beneficios gubernamentales, como asistencia médica.
3. El paciente debe agotar por completo cualquier asistencia gubernamental disponible y cualquier beneficio de seguro de salud disponible.
4. El paciente debe completar la solicitud de ayuda financiera del Hospital y brindar toda la documentación solicitada.
5. La elegibilidad del paciente para la atención gratuita o con descuento se basará en los ingresos familiares, en la cantidad de integrantes de la familia y en [otros factores, p. ej., bienes] de la siguiente manera:
 - a. El Hospital brinda asistencia a aquellos pacientes no asegurados y con seguro insuficiente cuyos ingresos familiares son iguales o inferiores al 200 % del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL) que son elegibles para recibir atención caritativa completa.

- b. Los pacientes pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera parcial cuando el ingreso familiar es superior al 200 % del FPL; el nivel de descuento se determina en función del ingreso familiar del paciente como un porcentaje del FPL, según lo indicado en el cuadro a continuación:

Elegibilidad para la caridad:

200 % del FPL o menos = 100 % de caridad completa, sin cargos para el paciente

Más del 200 % del FPL, pero menos del 225 % del FPL = 75 % de caridad parcial, 25 % a cargo del paciente

Más del 225 % del FPL, pero menos del 250 % del FPL = 50 % de caridad parcial, 50 % a cargo del paciente

Más del 250 % del FPL, pero menos del 275 % del FPL = 25 % de caridad parcial, 75 % a cargo del paciente

Más del 275 % del FPL = no elegible para caridad, 100 % a cargo del paciente

- c. Todos los pacientes no asegurados que reciban atención médicamente necesaria serán elegibles para obtener un descuento, conforme a nuestro Acuerdo con el Procurador General de Minnesota, como se indica a continuación.

CÓMO SOLICITAR AYUDA FINANCIERA

1. Los pacientes deben completar la solicitud de ayuda financiera y brindar verificaciones de ingresos adecuadas en persona o por correo a la siguiente dirección: Lakeview Hospital, Business Office – 927 West Churchill St., Stillwater Minnesota 55082 – Attn: Sarah Banda.
2. Los pacientes también pueden enviar por fax las solicitudes completas y las verificaciones de ingresos adecuadas a Servicios Financieros para el Paciente al 651-430-8591.
3. Las verificaciones de ingresos adecuadas incluyen una copia de la Declaración de impuestos federales 1040 más reciente del paciente, incluidos todos los cronogramas aplicables o una carta de beneficios para la solicitud de beneficios del Seguro Social, desempleo o discapacidad.
4. La solicitud puede imprimirse desde nuestro sitio web en www.lakeviewhealth.org o los pacientes pueden obtener una copia llamando a Servicios Financieros para el Paciente al 651-430-4533. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m. El formulario de solicitud está disponible en inglés.
5. El personal designado de la Oficina Administrativa está disponible para ayudar a los pacientes por teléfono o en persona a completar el proceso de solicitud.
6. Los pacientes pueden comunicarse con la Oficina Administrativa si tienen preguntas acerca de la solicitud o para buscar un lugar donde haya un representante disponible para reunirse en persona.

CÁLCULO DE AYUDA FINANCIERA

Lakeview Hospital calcula el nivel de ayuda financiera del paciente de dos maneras:



HealthPartners®

1. A un paciente elegible para recibir ayuda financiera no se le cobrará más de los montos facturados generalmente (Amounts Generally Billed, AGB) a los pacientes asegurados por el Hospital para atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. Actualmente, el Hospital determina los AGB multiplicando los cargos brutos de cualquier atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria provista para un paciente elegible para la ayuda financiera mediante un porcentaje de AGB del 41.9 %. El Hospital calculó este porcentaje dividiendo la suma de todos sus reclamos de atención médicamente necesaria permitidos por las aseguradoras de salud durante un período previo de 12 meses por la suma de los cargos brutos asociados de dichos reclamos.

Por ejemplo: El paciente A tiene una factura de hospital de \$10,000. El paciente A es elegible para recibir ayuda financiera. Lakeview no cobrará al paciente A más de \$4,190 por la atención relacionada con esa factura ($10,000 \times [\text{AGB}] 41.9 \%$).

2. Si se necesita un descuento más favorable que los AGB descritos anteriormente, los pacientes no asegurados de Minnesota pueden ser elegibles para recibir un descuento en virtud del Acuerdo de Lakeview Hospital con el Procurador General de Minnesota, que se calcula aplicando el mismo descuento de porcentaje que se aplicaría al pagador no gubernamental de mayores ingresos del Hospital. Actualmente, el descuento del Procurador General del Minnesota se determina multiplicando los cargos brutos por cualquier atención médicamente necesaria por un porcentaje del 50 %.

DETERMINACIONES DE PRESUNTA ELEGIBILIDAD

Lakeview Hospital puede determinar de forma presunta que un paciente es elegible para recibir ayuda financiera total en función de una determinación de elegibilidad anterior u otros medios enumerados a continuación:

- Si el paciente es elegible para Medicaid en otro estado y el Hospital no está inscrito, se presume que está por debajo del 200 % del FPL.
- Si la reunión de los requisitos y la fecha de entrada en vigencia para Medicaid son posteriores a las fechas de los servicios.
- Si existe bancarrota documentada.

Si se determina presuntamente que un paciente es elegible para recibir menos que la ayuda financiera más generosa, el hospital notificará al paciente el motivo de dicha determinación presunta, cómo solicitar una ayuda más generosa, le dará al paciente una cantidad de tiempo razonable para solicitar una ayuda más generosa y tendrá una determinación luego de que reciba una solicitud completa de ayuda más generosa.

LISTA DE PROVEEDORES EN EL HOSPITAL

Lakeview Hospital debe enumerar a todos los proveedores, además del Hospital en sí mismo, que brinden servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios en el Hospital, y especificar qué proveedores están



HealthPartners®

cubiertos por esta Política y quiénes no lo están. Esta lista de proveedores se mantiene en un documento distinto. Los pacientes pueden ver este documento en línea visitando www.lakeviewhealth.org o solicitar una copia impresa comunicándose con la Oficina Administrativa de Lakeview Hospital al 651-430-4533.

POLÍTICA DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Lakeview Hospital brinda atención, sin discriminación, para afecciones médicas de emergencia a pacientes, sin importar su capacidad de pago o su elegibilidad para recibir ayuda financiera. El Hospital prohíbe cualquier acción que disuada a los pacientes de buscar atención médica de emergencia. Algunos ejemplos de conductas prohibidas incluyen los siguientes: un empleado o agente del Hospital que demanda a los pacientes del Departamento de Emergencias que paguen antes de recibir el tratamiento de atención médica de emergencia, o actividades de cobro de deudas que interfieran con la provisión de atención médica de emergencia.

Lakeview Hospital debe cumplir con todos los requisitos aplicables de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y de Trabajo (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA), incluida la realización de exámenes de pruebas médicas, tratamientos de estabilización y remisión o transferencia del paciente a otro centro, cuando corresponda. Lakeview Hospital debe brindar todos los servicios de emergencia de acuerdo con las condiciones de participación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS).

RELATED DOCUMENTS:

ADM-FIN-406 Atención caritativa

REFERENCE MATERIALS: None

COMMITTEE APPROVAL: Finance and Audit Committee of the LHS Board of Directors