



OBJETIVO

El propósito de esta Política es describir los requisitos para que un paciente/garante califique para recibir asistencia financiera.

POLÍTICA

Altru se compromete a brindar asistencia financiera a pacientes elegibles que no tienen la capacidad financiera para pagar su atención de emergencia o médicamente necesaria. Esta Política describe las condiciones bajo las cuales Altru puede brindar asistencia financiera a sus pacientes. Las acciones que Altru puede tomar en caso de falta de pago de la cuenta de un paciente se describen detalladamente en la Política de facturación y cobro separada (2615), que el público puede obtener fácilmente y de forma gratuita solicitándola en la Oficina de Servicios al Paciente de Altru.

Altru cumplirá con todas las leyes, normas y reglamentos federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas de conformidad con esta Política, incluido 26 CFR § 1.501(r). El personal de Altru defenderá la confidencialidad y la dignidad individual de cada paciente/garante y cumplirá con todos los requisitos de HIPAA para el manejo de información de salud personal. Altru sigue las reglas de EMTALA al brindar servicios de emergencia independientemente de la capacidad de pago del paciente/garante.

DEFINICIONES

Montos generalmente facturados (AGB): Los montos generalmente facturados por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.

Período de solicitud: el período durante el cual un centro hospitalario debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia según su FAP para haber hecho esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para la FAP. El período de solicitud comienza en la fecha en que se brinda la atención al individuo y finaliza el día 240 después de que el centro hospitalario le proporciona al individuo el primer estado de cuenta de la atención.

Atención médica de emergencia: Atención brindada para una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido dolor intenso) de modo que se pueda esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata tenga como resultado: (1) poner en riesgo la salud del individuo (o , con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su feto) en grave peligro, (2) deterioro grave de las funciones corporales, o (3) disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Ley de Trabajo y Tratamiento Médico de Emergencia (EMTALA): Directrices promulgadas por el gobierno federal para garantizar que los hospitales traten por igual a todos los pacientes que se presentan en sus departamentos de emergencia, independientemente de la capacidad de pago del paciente.

Acción de cobro extraordinaria (ECA): una actividad de cobro, según la define el Servicio de Impuestos Internos y el Departamento del Tesoro de EE. UU., que las organizaciones de atención médica solo pueden emprender contra un individuo para obtener el pago por la atención después de que se hayan hecho esfuerzos razonables para determinar si el individuo es elegible para recibir asistencia financiera.



Ingreso del hogar: Según lo definido, en parte, por la Oficina del Censo de los Estados Unidos, incluye ingresos, compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos de pensión o jubilación, dividendos de intereses, alquileres, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia externa al hogar y otras fuentes diversas. No incluye beneficios no monetarios (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) ni ganancias y pérdidas de capital.

Asistencia financiera: una reducción del saldo de la cuenta de un paciente elegible según los términos de la Política de Asistencia Financiera. La asistencia financiera puede ser total (en la que se elimina todo el saldo de la cuenta de un paciente) o parcial (en la que el saldo de la cuenta de un paciente se reduce pero no se elimina).

Garante: Un individuo o entidad que en última instancia acepta la responsabilidad financiera de pagar la factura del paciente. El garante puede ser o no el mismo que el paciente. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el garante es el paciente adulto que recibe el servicio. Si el paciente es niño, garante puede ser el padre o tutor legal del niño.

Ingresos: Los ingresos que recibe un paciente de forma regular antes de pagos de impuestos sobre la renta personal, seguridad social, cuotas sindicales, deducciones de Medicare, etc. Incluye ingresos recibidos por sueldos, salarios, comisiones, bonificaciones y propinas; ingresos por trabajo por cuenta propia, intereses, dividendos, ingresos netos por alquileres, ingresos por regalías o ingresos de herencias y fideicomisos; Social Ingresos de Seguridad o Jubilación Ferroviaria; Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI); cualquier asistencia pública en efectivo o pagos de asistencia social de la oficina de asistencia social estatal o local; beneficios de jubilación, supervivencia o discapacidad; y cualquier otra fuente de ingresos recibida regularmente, como pagos de Asuntos de Veteranos (VA), desempleo y/o compensación laboral, manutención infantil y pensión alimenticia.

Servicios médicamente necesarios: servicios o artículos médicos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones y que cumplen con los estándares de atención médica reconocidos profesionalmente según lo determine Altru caso por caso para los fines de esta política. A los efectos de esta Política, el término tampoco incluye servicios médicos o artículos recibidos de proveedores de atención no empleados por Altru.

Período de notificación: El período durante el cual un centro hospitalario debe notificar a un individuo sobre su FAP ha hecho esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para FAP. Este período comienza en la primera fecha en que se brinda la atención y finaliza el día 120 después de que el centro hospitalario proporciona al individuo el primer estado de cuenta de la atención.

Tercero pagador: (1) La compañía de seguros, otro patrocinador del plan de beneficios de salud u organización distinta del paciente (primera parte) que paga los servicios médicos proporcionados por Altru (segunda parte) al paciente.

Sin seguro: El estado en el que un paciente no tiene seguro ni asistencia de terceros para pagar los servicios médicos prestados en su totalidad.



ELEGIBILIDAD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Proporcionar el nivel de asistencia financiera necesaria al mayor número de pacientes necesitados. y para preservar los recursos, se aplican las siguientes pautas:

- Se proporciona asistencia financiera cuando los servicios se consideran de emergencia o médicamente necesarios y después de que se determina que los pacientes han cumplido con todos los criterios financieros. Hay asistencia financiera disponible para cualquier atención médica de emergencia y/o servicios médicamente necesarios facturados por Altru por servicios médicos y del centro. Consulte el Apéndice A para obtener una lista de proveedores facturables elegibles para recibir asistencia financiera.
- La asistencia financiera no se considera una opción alternativa al pago; por lo tanto, Los pacientes pueden recibir ayuda para encontrar otros medios de pago o asistencia financiera. antes de la aprobación de la asistencia financiera. Los pacientes/garantes deben cooperar plenamente proporcionando cualquier documentación financiera requerida que sea necesaria para obtener cobertura y/o asistencia financiera.
- Pacientes sin seguro que se cree que tienen la capacidad financiera para comprar atención médica. Se puede alentar a los seguros a hacerlo para garantizar que los fondos limitados disponibles para asistencia financiera se utilicen de manera responsable. La asistencia financiera puede aplazarse pendiente de cobertura efectiva del seguro.
- El derecho a solicitar asistencia financiera comienza en la fecha del servicio y se extiende el día después de que a través del 240th se envía el primer estado de cuenta al paciente/garante.
- Un paciente/garante con un ingreso familiar del 250 % o menos del nivel federal de pobreza Level (FPL) es elegible para recibir asistencia financiera completa.
- Un paciente/garante con un ingreso familiar entre 251% y 400% del FPL es elegible para recibir asistencia financiera parcial en una escala móvil basada en el monto de AGB.
 - o Altru utilizará un método retrospectivo para calcular el AGB. El AGB de cada instalación se calculará incluyendo un período consecutivo de doce (12) meses usando una combinación del reembolso esperado para Medicaid, el pago por servicio de Medicare y todas las aseguradoras de salud privadas según el monto permitido de los pagadores contratados y el pago real, más liquidaciones, para determinar el porcentaje global. Este análisis se completará anualmente, por sitio hospitalario. El análisis estará disponible previa solicitud en nuestra oficina de Servicios Financieros para Pacientes. La FAP cancelará el 100% a los pacientes que califiquen para recibir asistencia a través de la FAP. Altru utilizará los cálculos de AGB solo en casos para determinar si es necesario enviar un reembolso a un paciente que haya pagado una parte de su saldo hospitalario pendiente dentro de los doscientos cuarenta (240) días posteriores a la primera notificación posterior al alta.

Las solicitudes de asistencia financiera se pueden realizar al programa Altru HERO (Opciones de recursos de elegibilidad para la atención médica). Los asesores financieros están disponibles por teléfono en 701-780-5060 o 1-800-464-7574. La información también está disponible en línea en www.altru.org/patients-visitors/billing-insurance/financial-assistance.



Altru revisará las solicitudes de asistencia financiera y proporcionará correspondencia a los pacientes dentro de los 30 días hábiles posteriores a la presentación de la solicitud indicando el estado de la misma (aprobada, denegada o información adicional necesaria).

REQUERIMIENTOS DE APLICACION

Se requerirá que el paciente/garante complete la solicitud de asistencia financiera de Altru en su totalidad y enviarlo al Programa HERO para su revisión. No presentar toda la documentación requerida y solicitada puede resultar en que se rechace la solicitud. Los documentos requeridos para que Altru procese las solicitudes son los siguientes:

- Solicitud de asistencia financiera completa
- Prueba de ingreso
 - o Recibos de pago de los últimos 3 meses, o
 - o Últimos 3 meses de extractos bancarios, o
 - o Declaración de impuestos federales sobre la renta más reciente; o
 - o Carta de respaldo firmada de por qué un paciente/garante no tiene todos los documentos de respaldo requeridos

La notificación de la determinación de Altru se proporcionará al solicitante por escrito. Si se aprueba o se rechaza la solicitud para asistencia financiera inferior a la total, el paciente/garante debe establecer acuerdos de pago inmediatamente con Altru.

Una solicitud de asistencia financiera pendiente o incompleta se cancelará si el paciente/garante no presenta toda la documentación de respaldo requerida ni responde a las preguntas y solicitudes de seguimiento dentro de los 30 días.

Si el paciente/garante solicita asistencia financiera después de que una cuenta impaga haya sido remitida a una agencia de cobro externa, Altru se abstendrá de realizar acciones de cobro extraordinarias (ECA) mientras la solicitud permanece incompleta y a la espera de todos los documentos requeridos. Sin embargo, si una solicitud de asistencia financiera pendiente se cancela por el motivo indicado en el párrafo anterior, la cuenta impaga inmediatamente estará sujeta a los términos y disposiciones de la Política de facturación y cobro de Altru.

Un paciente/garante que califique para asistencia financiera será aprobado para fechas de servicios 6 meses retrospectivamente y 12 meses prospectivamente según la fecha en que se apruebe la solicitud.

ESTÁNDARES DE COOPERACIÓN DEL PACIENTE

Un paciente/garante debe cooperar con Altru para proporcionar la información y documentación necesarias para determinar la elegibilidad. Dicha cooperación incluye completar cualquier solicitud o formulario requerido, proporcionar toda la documentación solicitada y responder a todas las solicitudes adicionales de información. El paciente/garante es responsable de notificar a Altru sobre cualquier cambio en la situación financiera que pueda afectar la evaluación de elegibilidad.

Un paciente/garante debe agotar todas las demás opciones de pago, incluida la cobertura de seguro privado, los programas de asistencia médica federal, estatal y local, y otras formas de asistencia proporcionadas por terceros antes de ser aprobado para recibir asistencia financiera. Un solicitante de asistencia financiera es responsable de solicitar programas públicos para la cobertura disponible.



ASISTENCIA FINANCIERA PRESUNTA

Se utiliza un proveedor externo para realizar una revisión electrónica de la información del paciente para evaluar la necesidad financiera. Esta revisión utiliza un modelo reconocido por la industria de la salud que se basa en bases de datos de registros públicos. La asistencia disponible según el modelo predictivo se establece en un umbral mínimo para ofrecer asistencia financiera completa. Sin embargo, no se utiliza para determinar la asistencia financiera parcial. El modelo predictivo puede usarse para complementar una solicitud de asistencia financiera incompleta para determinar si la asistencia financiera es completa o parcial.

Para calificar para asistencia financiera presunta, el paciente/garante debe cumplir con los siguientes criterios:

- No tener seguro. •

Proporcionar cualquier documentación solicitada para respaldar los informes financieros*. •

Tener ingresos familiares iguales o inferiores al 250% del FPL.

*Las solicitudes pueden ser revisadas individualmente por el equipo de asesores de solicitudes certificados.

NOTIFICACIÓN DE AYUDA FINANCIERA

La notificación sobre la disponibilidad de asistencia financiera de Altru se difundirá por diversos medios, incluidos:

- Publicación visible de avisos en facturas de pacientes. • Avisos publicados en salas de emergencia, centros de atención de urgencia, departamentos de admisión/registro, oficinas comerciales y en otros lugares públicos que Altru decida; • Publicación de un resumen de esta Política en el sitio web de Altru y en otros lugares dentro del comunidades atendidas por Altru según lo determine • Comunicarse con el programa Altru HERO al 701-780-5060.

Historia de la revisión

Original: 1 de julio de 1997

Fecha de revisión: 27/6/2000, 15/9/2004, 17/5/2022, 16/4/2023, 1/6/2023 Fecha de revisión:

4/4/2002, 27/12/2004, 7/7/2005, 9/6/2006, 28/8/2008, 17/3/2009, 19/5/2010, 5/10/2011, 7/9/2012, 1/15/2013, 21/12/2015, 25/7/2017, 4/1/2021, 11/3/2021, 12/4/2021, 8/7/2021, 17/5/2022, 16/4/2023, 1/6/2023, 08/04/2024

Revisado cada 3 años.

Fecha de próxima revisión: 04/2027

Búsqueda de palabras

clave Caridad, asistencia financiera, descuentos

Aprobación: Aprobado por: Director Financiero