
POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA (FAP, por sus siglas en inglés) FINANCIAL ASSISTANCE POLICY (FAP) - SPANISH

**Hutchinson
HEALTH**

Fecha de revisión/Revisada:	<u>01/22/2020</u>	por	<u>Gerente de Servicios Financieros del Paciente (LW)</u>
Fecha de aprobación:	<u>01/22/2020</u>	por	<u>Gerente de Servicios Financieros del Paciente (LW)</u>
Fecha de formalización:	<u>12/30/2015</u>	por	<u>El Comité de Auditoría y Cumplimiento del Consejo</u>

OBJETIVO:

Consistente con su misión de mejorar la salud con nuestra comunidad, Hutchinson Health está comprometido a brindar asistencia financiera a personas no aseguradas y a personas con seguro insuficiente que están en necesidad de tratamiento de emergencia o médicamente necesario.

POLÍTICA:

Solo se ofrece ayuda financiera cuando la atención es considerada médicamente necesaria, y después de que los pacientes hayan cumplido con los criterios financieros. Hutchinson Health ofrece ambos, atención gratuita y atención con descuento, dependiendo del tamaño de familia de la persona, sus ingresos y bienes.

A los pacientes que buscan asistencia es posible que se les pida aplicar para otros programas externos, como Medicaid o seguro a través del mercado público, según proceda *antes* de ser determinada la elegibilidad bajo esta política. Adicionalmente, cualquier paciente no asegurado a quien se cree tener la capacidad financiera para comprar seguro médico es posible que se le recomiende hacerlo para asegurar el acceso a la atención de la salud y sobre todo el bienestar general.

Los pacientes no asegurados y los pacientes con seguro insuficiente que no califican para atención gratuita, deben pagar el saldo restante por la atención y pueden tratar al respecto con un Representante financiero del paciente para fijar un plan de pago basado en su situación económica.

DEFINICIONES:

Los siguientes términos son para ser interpretados dentro de esta política como sigue:

- Asistencia caritativa:** Servicios médicamente necesarios prestados sin la expectativa de pago total a los pacientes que cumplen con los criterios establecidos por esta política.
- Médicamente necesario:** Servicios hospitalarios y ambulatorios del hospital y clínica, prestados al paciente para diagnosticar, aliviar, corregir, curar o prevenir la aparición u empeoramiento de condiciones que ponen la vida en peligro; causa sufrimiento o dolor, causa deformidad física o mal funcionamiento, amenaza causar o agravar una discapacidad, o resulta en una enfermedad generalizada o dolencia, y que cumplen los estándares de la medicina. La atención médicamente necesaria incluye la atención de emergencia, que es necesaria para evitar poner la salud del paciente en serio riesgo, un deterioro grave de las funciones corporales, y/o la disfunción grave de algún órgano o partes del cuerpo.
- No asegurados:** Los pacientes que no tienen seguro ni cuentan con la ayuda de terceros, para ayudar a resolver su responsabilidad financiera con Hutchinson Health.
- Con seguro insuficiente:** Un individuo con cobertura privada u otro seguro, que recibe servicios que no son cubiertos por un plan, contrato u póliza que lo cubra o se le ha dado al paciente por: (una compañía de planes

de salud; (2) un plan de beneficios para empleados autofinanciado; (3) cualquier programa de gobierno; (4) cualquier tipo de seguro de salud, mantenimiento de la salud o cobertura de un plan de salud; (5) cualquier otro tipo de cobertura de seguro, incluyendo pero no limitado a cobertura de automóvil sin culpa, cobertura por compensación del trabajador, o cobertura de responsabilidad civil.

5. **Cantidad generalmente cobrada (AGB, por sus siglas en inglés):** La cantidad generalmente cobrada a pacientes asegurados por atención de emergencia o medicamento necesaria (determinada en Procedimientos de la Sección C) de la política abajo.
6. **Cargos brutos:** El monto total cobrado por Hutchinson Health por artículos y servicios antes de que se aplique cualquier descuento, provisiones contractuales o deducciones.

PROCEDIMIENTOS:

Los servicios elegibles para ayuda financiera incluyen todos los servicios considerados médicamente necesarios por Hutchinson Health, y en general la atención que no es electiva y necesaria para prevenir la muerte o los efectos adversos a la salud del paciente. Una lista de los servicios que no son considerados *medicamente necesarios* están incluidos en el Apéndice A.

Hutchinson Health cuando determina la elegibilidad del paciente no toma en cuenta la raza, el género, la edad, la orientación sexual, la afiliación religiosa, el estado social o migratorio.

Todas las solicitudes completas serán revisadas y la determinación final se hará dentro de los 30 días de su recibo. La determinación será comunicada al solicitante dentro de los 5 días de la determinación final.

A. Elegibilidad para Asistencia caritativa

Los pacientes no asegurados o los pacientes con seguro insuficiente deben cumplir con los siguientes criterios para calificar para Asistencia caritativa:

- Haber recibido servicios *médicamente necesarios* prestados por Hutchinson Health, que están cubiertos bajo este programa.
- Cooperar con las reglas de su póliza de seguro (si corresponde), que incluye el responder a todas sus solicitudes dentro de los plazos permitidos por la compañía(s) de seguro.
- Si usted no tiene seguro y ha solicitado Medical Assistance (Asistencia médica), y ha proporcionado prueba de elegibilidad o denegación.
- Tiene un ingreso anual del hogar de o menor de 400% del índice federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés).
- Tener activos menores de \$20,000.
- Haber completado la solicitud de ayuda financiera (incluyendo toda la documentación requerida por la solicitud) y haber hablado o tratado con un Representante financiero del paciente, conforme sea solicitado.

Ayuda financiera disponible en Hutchinson Health

2020 Pautas de elegibilidad de nivel de ingresos para el Programa de asistencia caritativa			
		Atención gratuita si el ingreso no supera	50% de descuento si el ingreso no supera
Tamaño de la familia	Ingreso bruto anual 100% FPL	Ingreso bruto anual 200% FPL	Ingreso bruto anual 400% FPL
1	\$12,760	\$25,520	\$51,040
2	\$17,240	\$34,480	\$68,960
3	\$21,720	\$43,440	\$86,880
4	\$26,200	\$52,400	\$104,800
5	\$30,680	\$61,360	\$122,720
6	\$35,160	\$70,320	\$140,640
7	\$39,640	\$79,280	\$158,560
8	\$44,120	\$88,240	\$176,480
*	\$4,480	\$8,960	\$17,920
*Para familias u hogares con más de 8 personas, añada \$4,480.00 and \$8,960.00 and \$17,920.00 respectivamente a los ingresos anuales listados arriba, por cada persona adicional.			

B. Elegibilidad de descuento para pacientes no asegurados y para pacientes con seguro insuficiente

Los pacientes no asegurados y pacientes con seguro insuficiente con un ingreso bruto anual en exceso de 400% del índice federal de pobreza, recibirán un descuento del 44% en cargos brutos por atención medicamente necesaria. Para pacientes no asegurados, el descuento será automáticamente aplicado como un ajuste contra los servicios medicamente necesarios en el extracto de facturación del paciente. Los pacientes con seguro insuficiente pueda que reciban una factura por los cargos brutos, pero el descuento será aplicado una vez que el paciente establece que ellos califican para el descuento de seguro insuficiente con respecto al tratamiento o servicios facturados.

C. Determinación del monto de descuento

Una vez que se ha establecido la elegibilidad para ayuda financiera, Hutchinson Health no cobrará a los pacientes que son elegibles para ayuda financiera más que la cantidad generalmente facturada a pacientes asegurados por atención médicamente necesaria.

Para calcular el AGB, Hutchinson Health usa el método “look-back” (revisión retrospectiva) descrita en la Sección 1.501(r)-5(b) (3) de la Tesorería y Regulación.

En este método, Hutchinson Health usa datos basados en reclamos enviados a pago-por-servicio de Medicare y todos los aseguradores comerciales privados por toda la atención médica proporcionada durante el año anterior, para determinar el porcentaje de cargos brutos que típicamente es permitido por estos aseguradores.

El porcentaje AGB luego es multiplicado por los cargos brutos por atención de emergencia y médicamente necesarios. para determinar el AGB. Hutchinson Health vuelve a calcular el porcentaje cada año. En el 2020 el

porcentaje AGB es de 56%.

Ejemplo:

Si el cargo bruto por un procedimiento ambulatorio de colonoscopia es de \$1,000 y el porcentaje de AGB es de 57%. Cualquier paciente elegible para ayuda financiera bajo esta política, no será personalmente responsable por pagar más de \$560 por un procedimiento ambulatorio de colonoscopia.

D. Solicitar ayuda financiera

Para solicitar ayuda financiera, los pacientes deben presentar una solicitud completa (incluyendo documentos acreditativos) en uno de los siguientes métodos:

En persona	Presente la solicitud a un Representante financiero del paciente ubicado en Hutchinson Health - 1095 Hwy 15 S - Hutchinson MN 55350 (puede obtener direcciones en la recepción a la entrada principal o en cualquier oficina de registro)
Por correo	Envíe a: Hutchinson Health - Attn: Patient Financial Advocate - 1095 Hwy 15 S - Hutchinson MN 55350
Por teléfono	Llame al 320-484-4493 o 800-454-3903 para comunicarse con un Representante financiero del paciente

Puede tener acceso a la solicitud e instrucciones usando uno de los siguientes métodos:

En persona	Presente la solicitud a un Representante financiero del paciente ubicado en Hutchinson Health - 1095 Hwy 15 S - Hutchinson MN 55350 (puede obtener direcciones en la recepción a la entrada principal o en cualquier oficina de registro)
Por teléfono	Llame al 320-484-4493 o 800-454-3903 para comunicarse con un Representante financiero del paciente
Internet	https://hutchhealth.com/patients-visitors/billing-and-insurance/

Para ser considerado elegible para ayuda financiera, los pacientes deben cooperar con Hutchinson Health en explorar medios alternativos de ayuda si es necesario, incluyendo Medicare, Medicaid y otra cobertura de terceros. Cuando soliciten ayuda financiera u otros programas de pago privado o público, se requerirá a los pacientes presentar la información y documentación necesaria.

Las personas que tienen preguntas acerca de la Solicitud de ayuda financiera de Hutchinson Health, pueden obtener ayuda en una de las siguientes maneras:

En persona	Presente la solicitud a un Representante financiero del paciente ubicado en Hutchinson Health - 1095 Hwy 15 S - Hutchinson MN 55350 (puede obtener direcciones en la recepción a la entrada principal o en cualquier oficina de registro)
Por teléfono	Llame al 320-484-4493 o 800-454-3903 para comunicarse con un Representante financiero del paciente

Los Representantes financieros del paciente están disponibles de lunes a viernes, de 8 a 4:30 o previa cita.

E. Medidas en caso de falta de pago

Hutchinson Health puede tomar acciones de cobranza, si es que una Solicitud de ayuda financiera y/o el pago no se recibe, como es descrito en la Política de Facturación y Cobranza de Hutchinson Health.

En resumen, Hutchinson Health hará ciertos esfuerzos para proporcionar información acerca de nuestra política de ayuda financiera a los pacientes, antes de que nosotros o representantes del organismo tomen ciertas medidas para cobrar su factura, como es descrito en nuestra política aparte.

Para más información en los pasos que Hutchinson Health tomará para informar a los pacientes no asegurados y pacientes con seguro insuficiente de nuestra política de ayuda financiera y de las medidas de cobro que nosotros podemos seguir, por favor vea la Política de Facturación y Cobranza de Hutchinson Health.

Puede pedir una copia gratis de esta política completa por uno de los siguientes métodos:

En persona	Presente la solicitud a un Representante financiero del paciente ubicado en Hutchinson Health - 1095 Hwy 15 S - Hutchinson MN 55350 (puede obtener direcciones en la recepción a la entrada principal o en cualquier oficina de registro)
Por correo	Envíe a: Hutchinson Health - Attn: Patient Financial Advocate - 1095 Hwy 15 S - Hutchinson MN 55350
Por teléfono	Llame al 320-484-4493 o 800-454-3903 para comunicarse con un Representante financiero del paciente
Internet	https://hutchhealth.com/patients-visitors/billing-and-insurance/

F. Proveedores elegibles

En adición a la atención médicamente necesaria ofrecida por el hospital y clínicas de Hutchinson Health, la atención médicamente necesaria prestada por los proveedores de especialidades listadas abajo, también está cubierta bajo esta política de ayuda financiera.

- Audiología
- Enfermeros Anestesiólogos Certificados (CRNA, por sus siglas en inglés)
- Oído, nariz y garganta (ENT, por sus siglas en inglés)
- Proveedores del Departamento de Emergencia
- Medicina Familiar
- Cirugía General realizada por el Dr. Joshua Knudtson y la Dra. Christina Moses
- Médicos Hospitalistas
- Salud Mental (incluyendo los servicios de dependencia de sustancias químicas)
- Obstetricia/Ginecología
- Oncología
- Ortopedia
- Pediatría
- Podiatría
- Sueño
- Urología

La atención prestada en las instalaciones de Hutchinson Health por cualquier de los proveedores de especialidades listadas abajo, **NO** será cubierta bajo esta política, ya que estos proveedores no están empleados o facturados por Hutchinson Health; como tal, las facturas que reciben los pacientes de Hutchinson Health por la atención prestada por cualquiera de los siguientes proveedores **NO** serán elegibles para los descuentos descritos en esta política de ayuda financiera.

- Alergólogo
- Ambulancia
- Cardiólogo
- Radiólogo
- Dentista
- Cirugía General realizada por el Dr. Chad Robbins, la Dra. Nora Burkart, la Dra. Kellie Newman y el Dr. Karl Papierniak
- Nefrólogo
- Neurólogo
- Oftalmólogo
- Patólogo
- Proveedores de Medicina Física y de Rehabilitación
- Cirujanos de la columna

Los pacientes que se preocupan por su capacidad para pagar por los servicios o aquellos a quienes les gustaría informarse más sobre la ayuda financiera, deben contactar a un Representante financiero del paciente al teléfono 320-484-4493.

REFERENCIAS:

Ninguna

DOCUMENTOS ADJUNTOS:

[PFS Charity Care Application and Instructions Form 4246](#) (Solicitud e Instrucciones de Asistencia Caritativa-Formulario 4246)

[PFS Charity Care Application and Instructions - Spanish Form 4247](#) (Solicitud e Instrucciones de Asistencia Caritativa-Formulario 4247) (español)

[PFS Billing and Collection Policy](#) – Política de Facturación y Cobranza

[PFS Billing and Collection Policy \(Spanish\)](#) – (Política de Facturación y Cobranza) (español)

[PFS Financial Assistance Policy \(FAP\)](#) – (Política de Ayuda Financiera)

[PFS Financial Assistance Policy \(FAP\) - Plain Language Summary](#)- (Política de Ayuda Financiera-Resumen en términos sencillos)

[PFS Financial Assistance Policy \(FAP\) - Plain Language Summary \(Spanish\)](#)– (Política de Ayuda Financiera-Resumen en términos sencillos) (español)

APENDICE A

Los servicios **EXCLUIDOS** del Programa de ayuda financiera de Hutchinson Health incluyen, pero no están limitados a los siguientes:

- Procedimientos cosméticos
 - Estiramiento facial
 - Liposucción
 - Rinoplastia
 - Botox para el envejecimiento/electivo
 - Implantes faciales
 - Levantamiento de glúteos
 - Eliminación de tatuajes
 - Levantamiento de los ojos
- Servicios de manejo reproductivo
 - Servicios para lograr el embarazo y/o maternidad sustituta
 - Procedimientos de esterilización voluntaria; tales como, la vasectomía y la ligadura de trompas
 - Procedimientos de reversión de esterilización voluntaria
 - Circuncisiones voluntarias
 - Servicios de administración de anticonceptivos
 - Uso del DIU (dispositivo intrauterino)
 - Control de la natalidad
- Otros
 - Equipo y suministros médicos durables que no están cubiertos en el ámbito clínico
 - Llevar a casa medicamentos
 - Vacunas para viajeros
 - Servicios de rehabilitación cardíaca III
 - Denegaciones de seguro fuera de la red
 - DOT/exámenes físicos de vuelo
 - Exámenes físicos para deportes de la escuela
 - Servicios de adopción
 - Prueba de conmoción cerebral inicial
 - Prueba de impacto después de la lesión
 - Audífonos