

Sistema

Fairview Health Services

Política

Política de asistencia financiera

Las copias impresas son para referencia únicamente. Consulte la copia electrónica para ver la última versión.

Propósito:

Fairview Health Services y HealthEast (de manera conjunta, "Fairview") tienen una larga trayectoria de brindar atención médica de calidad a los pacientes de nuestra comunidad independientemente de su capacidad de pago. Fairview reconoce que algunos pacientes podrían no estar en condiciones de pagar la totalidad o una parte del costo de servicios de atención médica necesarios desde el punto de vista médico que reciben ya que no tienen cobertura de seguro médico o porque sus costos de atención médica superan su capacidad de pago. A fin de proporcionar atención de caridad adecuada u otro tipo de asistencia financiera a aquellos que la necesiten, Fairview cuenta con un proceso para evaluar la elegibilidad del paciente para recibir atención de caridad.

Declaración de la política: Fairview tiene el compromiso de mejorar la salud de la comunidad. Esta política abarca los diversos componentes de la política de asistencia financiera de Fairview.

Definiciones:

Necesidad médica

La atención necesaria desde el punto de vista médico es la atención que, según la opinión del médico/clínico a cargo de la atención acreditado por Fairview y según el estándar de atención, es razonablemente necesaria para:

- Prevenir la aparición o el empeoramiento de una enfermedad, afección o discapacidad.
- Establecer un diagnóstico,
- Brindar tratamiento paliativo, curativo o restaurador para afecciones físicas, conductuales y/o de salud mental y/o
- Ayudar a la persona a alcanzar o mantener la capacidad funcional al realizar actividades diarias, teniendo en cuenta tanto la capacidad funcional de la persona como aquellas capacidades funcionales apropiadas para las personas de la misma edad.
- Los servicios necesarios desde el punto de vista médico incluyen servicios de hospitalización y ambulatorios, según lo dispuesto en el Artículo XIX de la Ley Federal de Seguridad Social (*Federal Social Security Act*), y cualquier servicio hospitalario de internación o ambulatorio cubierto y considerado necesario desde el punto de vista médico según lo establecido en el Artículo XVIII de la Ley Federal de Seguridad Social. También reúne los requisitos para recibir ayuda financiera la atención proporcionada en el establecimiento hospitalario por una asociación o sociedad de responsabilidad limitada en la que el hospital posee un capital o de la cual obtiene intereses. Los servicios deben realizarse según los estándares nacionales de la práctica médica generalmente aceptados al momento de prestarse los servicios. Cada servicio debe ser suficiente en cantidad, duración y alcance para lograr razonablemente su propósito.
- Los servicios necesarios desde el punto de vista médico no incluyen servicios que son intervenciones experimentales o de naturaleza estética.
- Otras condiciones que respaldan la necesidad médica de tratamientos particulares incluyen:
 - Evidencia científica de alta calidad que indique que los pacientes con esta afección particular se beneficiarán con el tratamiento solicitado,
 - Un tipo de beneficio que es importante desde el punto de vista clínico y/o
 - Tratamientos alternativos y vías de administración menos costosos que se han considerado y han sido rechazados.

Intervenciones experimentales

Las intervenciones experimentales son tratamientos e intervenciones no aceptadas generalmente como seguras y eficaces por expertos en el campo relevante en el diagnóstico, la prevención o el tratamiento de la afección de

salud en consideración. Cuando se determina que una intervención es experimental, los factores relevantes incluyen, entre otros:

- Si la intervención solamente está disponible como parte de un estudio clínico.
- Si los artículos relevantes en publicaciones revisadas por colegas requieren un estudio adicional de la intervención para la afección de salud en consideración.
- Si la intervención se realizaría en una parte del cuerpo diferente, de manera significativamente diferente y/o para una afección de salud diferente de lo que es generalmente aceptado por otros expertos en el campo relevante (dentro de Fairview, Twin Cities [Minneapolis y St. Paul], Minnesota, EE. UU., etc.).

Carga fiscalmente insostenible

Una situación en la que la prestación del servicio supone un costo importante para una entidad de Fairview exenta de impuestos y la incidencia de la necesidad potencial del servicio que tiene un paciente es tal que la entidad no podría proporcionar el mismo servicio sin el reembolso adecuado a todos los pacientes en una situación similar y permanecer fiscalmente responsable.

Familia

A los fines de esta política, una familia es:

- Una pareja casada y cualquier dependiente, según lo definido en las pautas del Servicio de Impuestos Internos (*Internal Revenue Service*, IRS).
- Una persona con dependientes, según lo definido en las pautas del IRS.
- Una persona no casada sin dependientes.

Las pautas de pobreza se aplicarán de manera separada a cada familia dentro de un grupo familiar si el grupo familiar incluye más de una unidad familiar.

Provisión de atención

Fairview proporcionará exámenes médicos de detección y servicios de estabilización para afecciones médicas de emergencia sin importar la capacidad de pago. (Consulte las políticas de HealthEast o Fairview relacionadas con la Ley Federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Mano de Obra Activa [*Federal Emergency Medical Treatment and Labor Act*, EMTALA]).

Fairview proporciona servicios que no son de emergencia que, en la opinión de un médico acreditado por Fairview que los solicita, son necesarios desde el punto de vista médico. Fairview puede exigir que se hayan establecido acuerdos de pago a su satisfacción antes de que se proporcionen servicios que no son de emergencia. Los acuerdos de pago pueden incluir pagos en efectivo o con tarjeta de crédito, seguro de una clase aceptada por Fairview, un descuento para pacientes sin seguro de salud y, donde corresponda, ayuda financiera (atención gratis o con descuento) aprobada por Fairview. Es posible que los servicios seleccionados no sean elegibles para recibir ayuda financiera. En situaciones que no son de emergencia, Fairview se reserva el derecho de revisar los casos individuales o pedidos de servicios específicos para establecer el curso de tratamiento más apropiado desde una perspectiva médica y ética.

Descuento para pacientes sin seguro de salud (hospitales de Fairview)

Los pacientes de hospitales que reciben tratamientos que no están cubiertos por el seguro de salud, según lo definido en los acuerdos de Fairview y HealthEast con la Oficina de la Procuraduría General con vigencia desde junio de 2017 hasta junio de 2022 (de manera conjunta, los "Acuerdos") serán elegibles para recibir un descuento ("descuento para pacientes sin seguro de salud").

I. Elegibilidad para el descuento:

- A. Los pacientes sin seguro de salud serán identificados durante el proceso de registro previo, registro o admisión, o en otros momentos del proceso de facturación y cobranzas. Los pacientes sin seguro de salud, incluidos entre otros, todos los pacientes sin seguro de salud con un ingreso del grupo familiar igual o inferior a \$125,000 que reciban tratamiento necesario desde el punto de vista médico serán elegibles para recibir un descuento para pacientes sin seguro de salud equivalente a la tarifa contratada del pagador privado de ingresos más altos de Fairview.
- B. Exclusiones del descuento:
 1. Los pacientes que no son residentes de Minnesota o Wisconsin en el momento de la prestación del servicio no son elegibles para recibir el descuento para pacientes sin seguro de salud.

2. Los pacientes que reciben servicios estéticos, opcionales, experimentales u otros servicios que no son necesarios desde el punto de vista médico, no son elegibles para recibir el descuento para pacientes sin seguro de salud.
3. El descuento para pacientes sin seguro de salud se aplica solamente a servicios hospitalarios y basados en hospitales, así como a servicios seleccionados de proveedores empleados en hospitales. Los pacientes que reciben servicios clínicos independientes, servicios de proveedores que no pertenecen a Fairview, servicios de entidades de Fairview no cubiertos por el Acuerdo con la Procuraduría General y otros servicios no hospitalarios no recibirán el descuento para pacientes sin seguro de salud.

II. Descuento sobre cargos facturados:

Los niveles de descuentos serán establecidos por el vicepresidente de Gestión de Ingresos al comienzo de cada año. El descuento se basará en la tasa de reembolso promedio proporcionada al pagador privado de ingresos más altos de Fairview por servicios hospitalarios. El director de Finanzas de la institución, el vicepresidente de Gestión de Ingresos y el vicepresidente de Ciclo de Ingresos, o la persona designada por ellos, debe aprobar las decisiones que no cumplan con las pautas establecidas, siguiendo una revisión exhaustiva de las supuestas circunstancias en cada caso.

Asistencia financiera

Además del descuento para pacientes sin seguro de salud, Fairview ofrece asistencia financiera para servicios elegibles en forma de atención con descuento para personas que cumplen con los criterios de aptitud. Los servicios de atención de emergencia y servicios que no son de emergencia solicitados por un médico acreditado por Fairview que, según la opinión del médico que los solicita, son necesarios desde el punto de vista médico son elegibles para recibir ayuda financiera; al igual que la atención proporcionada en el establecimiento hospitalario por una asociación o sociedad de responsabilidad limitada en la que el hospital posee un capital o de la cual obtiene intereses.

Los terceros proveedores que no forman parte de la institución y proporcionan atención de emergencia u otra atención necesaria desde el punto de vista médico en el establecimiento hospitalario se detallan en un documento adjunto a esta Política de asistencia financiera. En el documento adjunto se explica si la atención proporcionada por estos proveedores está cubierta por esta Política de asistencia financiera.

Fairview se reserva el derecho de revisar los pedidos de asistencia financiera para servicios que no son de emergencia a fin de considerar establecimientos para la prestación de servicios o tratamientos alternativos, y de rechazar los pedidos de ayuda financiera que sentarían un precedente al crear una carga financieramente insostenible para la entidad.

Se espera que los pacientes que reciben atención en Fairview colaboren con el costo de su atención en función de su capacidad de pago. La asistencia financiera de Fairview no sustituye el seguro patrocinado por el empleador, el seguro público ni el seguro adquirido en forma individual. Para reunir los requisitos para recibir ayuda financiera, se espera que los pacientes:

- Accedan a opciones de seguro público o privado para las que sean elegibles; esto incluye proporcionar a Fairview toda la información necesaria para inscribirse en un programa de seguro patrocinado con fondos públicos.
- Cumplan con los requisitos de solicitud de asistencia financiera, que incluyen la presentación de la documentación necesaria.

Elegibilidad para asistencia financiera

Fairview basa la elegibilidad para la asistencia financiera en los ingresos y activos del hogar. El formulario de solicitud de asistencia financiera debe ir acompañado de un formulario de verificación de ingresos y activos de la familia. Una verificación aceptable de ingresos y activos de todos los miembros adultos de la familia incluye lo siguiente: recibos de nóminas del mes más reciente; estados de cuenta que demuestren los beneficios de seguro social, desempleo, discapacidad y de manutención de hijos/cónyuge; estados de cuenta de cuentas bancarias y de inversiones (en efectivo o en acciones), y la declaración de impuestos del año más reciente. Los solicitantes autónomos deberán presentar una declaración de ingresos. Si no se poseen ingresos, se aceptará una Declaración de que no se perciben ingresos.

Las pautas de ingresos se revisarán junto con la información actualizada de las Pautas federales de pobreza publicadas por el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (*Center for Medicare and Medicaid Services*). A continuación se detallan las pautas de ingresos de elegibilidad para ayuda financiera en Fairview:

Ingreso familiar como % de las Pautas federales de pobreza	% de descuento de cargos brutos (en conjunto después del descuento para pacientes sin seguro)
0 - 200 %	100 %
201 % -300 %	50 %

A continuación se detallan las pautas de activos de elegibilidad para ayuda financiera en Fairview: si una familia tiene activos totales en cuentas bancarias, activos de acciones y jubilación por un total de más de \$500,000, no son elegibles para recibir asistencia financiera.

Fairview no usará ningún software de presunción de elegibilidad para aprobar o rechazar a los pacientes para la ayuda financiera. Para los pacientes que se determine que actualmente son elegibles para Asistencia Médica (*Medical Assistance*) o Minnesota Care (juntos "MA"), cualquier saldo que el paciente tenga antes de la fecha de entrada en vigencia de MA será elegible para la ayuda financiera.

Procesamiento de solicitudes de asistencia financiera

- Fairview brindará asesoramiento financiero a los pacientes y sus familias para ayudarlos a identificar las opciones apropiadas para cumplir con sus obligaciones financieras. A los pacientes que expresen dificultades financieras se les ofrecerá una solicitud de asistencia financiera.
- Para solicitar asistencia financiera, una persona debe completar una solicitud de asistencia financiera y presentar la documentación requerida relacionada con los ingresos y activos de la familia (consulte a continuación). Se puede obtener una solicitud de asistencia financiera de forma gratuita llamando al Servicio al cliente de HealthEast al 651-232-1100, al Servicio al cliente de Fairview al 612-672-6724 o al Servicio al cliente de Fairview Range al 218-362-6624. También puede recibir asistencia con la solicitud llamando a estos números.

Un paciente que anteriormente no ha indicado incapacidad de pago puede comunicarse con el servicio al cliente de HealthEast, el servicio al cliente de Fairview o el servicio al cliente de Fairview Range después de recibir una factura; o bien, un asesor financiero puede comunicarse con el paciente. Los representantes del servicio de atención al cliente derivarán al paciente para que un miembro del personal apropiado lo ayude a realizar la solicitud para un programa de asistencia pública adecuado, y analizarán la elegibilidad del paciente para recibir ayuda financiera. A los candidatos para recibir asistencia financiera se les proporcionará un formulario de solicitud.

- Los formularios de solicitud completados se enviarán a los coordinadores de atención de caridad.
- Si se devuelve una solicitud incompleta a Fairview, se enviará una carta a la persona responsable explicando lo que se requiere.
- Fairview proporcionará un aviso por escrito sobre sus determinaciones de asistencia dentro de los 30 días calendario de haber recibido una solicitud de asistencia financiera completa. Esta notificación incluirá el nivel de descuento consistente con la capacidad de pago del paciente. Las denegaciones de asistencia incluirán el motivo de la denegación e instrucciones para el proceso que el paciente puede utilizar para solicitar una reconsideración. Una determinación de aptitud para asistencia financiera tiene una vigencia de 6 meses sin necesidad de volver a solicitarla (esto se aplicará a la atención proporcionada que de otro modo cumple con los requisitos de esta política).
- El paciente puede solicitar la reconsideración de la determinación de elegibilidad de asistencia financiera de Fairview presentando información adicional por escrito, por ejemplo, una verificación de ingresos o una explicación de circunstancias atenuantes, a la parte designada para la aprobación dentro de los 30 días de recibida la notificación de denegación. Si se reafirma la denegación anterior de elegibilidad para asistencia financiera, se enviará una notificación por escrito a la parte responsable. El seguimiento de la cobranza de las cuentas se suspenderá durante todo el proceso de reconsideración.
- Se aplicarán descuentos de asistencia financiera al saldo de las cuentas aprobadas remanente después de la aplicación del descuento para pacientes sin seguro de salud si el paciente es elegible según los términos del Acuerdo. Después de una determinación de elegibilidad para asistencia financiera, a una persona elegible para recibir asistencia financiera no se le podrá cobrar un monto mayor que el monto generalmente

facturado (*amount generally billed*, AGB) a personas que tienen seguro para atención de emergencia o atención necesaria desde el punto de vista médico. El AGB se calcula para cada hospital utilizando el método retrospectivo para reembolso recibido de todas las cuentas comerciales y de Medicare para el año fiscal anterior. Se puede obtener sin cargo una hoja de información que indica el porcentaje del monto generalmente facturado de Fairview comunicándose con el Servicio al cliente de HealthEast al 651-232-1100, el Servicio al cliente de Fairview al 612-672-6724 o el Servicio al cliente de Fairview Range al 218-362-6624.

El paciente es responsable de cualquier saldo restante después de que se haya aplicado el descuento de asistencia financiera. Si el saldo no se paga dentro del plazo límite estipulado, la cuenta se gestionará a través del proceso de cobranza normal, que se describe en la política de Cobranza y Facturación de Fairview, disponible en www.Fairview.org. Fairview no aprueba ni permite que sus agentes participen en prácticas de cobranza abusivas o ilegales.

Publicación de disponibilidad de asistencia financiera

Fairview pondrá en conocimiento del público su política de asistencia financiera a través de diversos medios, como la publicación de la política de asistencia financiera, el formulario de solicitud de asistencia financiera y un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera en el sitio web de Fairview (www.Fairview.org), que incluye un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera. Además, poner a disposición de los pacientes material electrónico (con el consentimiento del paciente) o impreso en lugares públicos en el hospital y por correo postal o correo electrónico (con el consentimiento del paciente), a través de exhibiciones públicas visibles en la sala de emergencia del hospital y en áreas de admisión, y en los estados de cuenta de facturación del paciente. Fairview informará y notificará a los miembros de la comunidad a quienes Fairview brinda sus servicios sobre su política de asistencia financiera a través de su sitio web, boletines de noticias y por medio de la distribución de copias de folletos de asistencia financiera a los miembros de la comunidad a través de Fairview Clinics.

Reclasificación de atención de caridad/asistencia financiera

Fairview puede decidir no obtener un pago por el saldo de la cuenta de un paciente sobre la base de la incapacidad de pago establecida a través del proceso de cobranza habitual. Cuando nuestra decisión de no obtener un pago se base en la dificultad financiera de un paciente, Fairview reclasificará estos saldos como ayuda financiera o atención de caridad, con la aprobación del director del Sistema de Ciclo de Ingresos o la persona designada.

Costos que exceden el reembolso del gobierno

Los costos no compensados resultantes de Medicare, Medicaid y programas estatales/locales para la atención de personas indigentes están incluidos como beneficios comunitarios debido a la diferencia significativa entre los costos reales y el reembolso.

Programa de atención de caridad

- El Anexo A contiene información adicional sobre los requisitos para recibir atención de caridad.
- El Anexo B contiene información adicional sobre la falsificación de información.
- El Anexo C contiene información adicional sobre la cooperación y el uso del seguro.
- El Anexo D contiene información adicional sobre las exclusiones de la atención de caridad.
- El Anexo E contiene información adicional sobre otras opciones de descuento.
- El Anexo F contiene información adicional sobre facturación y cobranzas.

Política de asistencia financiera

Anexo A

Elegibilidad para el programa de atención de caridad

- Solamente los servicios de emergencia y los servicios necesarios desde el punto de vista médico califican para la atención de caridad. Fairview se reserva el derecho de determinar en cada caso en particular si los servicios cumplen con la definición de “necesarios desde el punto de vista médico” a los fines de elegibilidad para la atención de caridad.
- Para calificar para la atención de caridad, un paciente debe cumplir con las pautas de ingresos y activos como se detalla a continuación:
 1. Nivel de ingresos: El ingreso anual combinado del grupo familiar del paciente debe estar en el 300 % o por debajo del Nivel federal de pobreza (*Federal Poverty Level, FPL*).

Límites de ingresos por tamaño familiar

Tamaño familiar	Ingresos anuales brutos (200 % del FPL)	Ingresos anuales brutos (300 % del FPL)
1	\$25,760	\$38,640
2	\$34,840	\$52,260
3	\$43,920	\$65,880
4	\$53,000	\$79,500
5	\$62,080	\$93,120

2. A continuación se detallan las pautas de activos de elegibilidad para ayuda financiera en Fairview: si una familia tiene activos totales en cuentas bancarias, activos de acciones y jubilación por un total de más de \$500,000, no son elegibles para recibir asistencia financiera.
 3. Los detalles relativos a la documentación necesaria para verificar los ingresos y activos se encuentran a continuación en “Proceso de solicitud”.
- Cálculo de ingresos:
 - Para los adultos, el término “Total de ingresos anuales” en la Solicitud de atención de caridad se refiere a la suma total anual de ingresos brutos del solicitante y del cónyuge del solicitante de todas las fuentes de ingresos. Si el solicitante es un menor, el término “Total de ingresos anuales” se refiere al ingreso bruto combinado de los padres y/o tutor legal del solicitante. La cifra del “Total de ingresos anuales” utilizada en la Solicitud de atención de caridad se refiere al ingreso documentado anualizado

durante 12 meses. Se solicitará un mínimo del último mes de verificación de ingresos para ayudar a calcular el ingreso anual actual. Si el último mes de la verificación de ingresos no está disponible, el paciente puede proporcionar el monto más reciente del ingreso anual total documentado. La atención de caridad no se puede otorgar si el paciente recibe un acuerdo financiero de terceros asociado a la atención proporcionada por Fairview que sea suficiente para cubrir los reclamos pendientes, ya que se espera que dichos fondos se usen para pagar el saldo que el paciente adeuda a Fairview. Un paciente que solicite atención de caridad informará la cantidad de personas del grupo familiar del paciente a fin de determinar el tamaño, los ingresos y los activos del grupo familiar del siguiente modo:

Adultos: Para calcular la cantidad de personas en el grupo familiar de un solicitante adulto, Fairview incluirá al solicitante, el cónyuge del solicitante y cualquier dependiente legal.

Menores: Para calcular la cantidad de personas en el grupo familiar de un solicitante menor de edad, Fairview incluirá al solicitante, al padre/a la madre/al tutor legal del solicitante y a cualquier dependiente del padre, de la madre o del menor.

Los padres que vivan en el hogar con su hijo adulto no se tendrán en cuenta para calcular el tamaño o los ingresos del grupo familiar de ese hijo, a menos que se pueda demostrar una tutela/custodia legal a través de documentación legal oficial.

Política de asistencia financiera

Anexo B

Falsificación de información

- Falsificación de información:
 - Falsificar la información de ingresos o negarse a cooperar con Fairview a través del proceso de solicitud dará como resultado la denegación de la solicitud de atención de caridad. Si después de que se le otorgue atención de caridad a un solicitante Fairview se entera de que una provisión material de la solicitud de atención de caridad no es veraz, puede retirarse la solicitud de atención de caridad y cualquier atención de caridad otorgada según lo determine Fairview a su solo criterio.

Política de asistencia financiera

Anexo C

Cooperación con el programa de atención de caridad y uso del seguro

Debido a que el Programa de atención de caridad no sustituye la responsabilidad personal, se espera que las personas que busquen asistencia financiera a través del Programa cooperen con los procedimientos de Fairview para determinar la elegibilidad y colaboren con el costo de los servicios hasta donde lo permita su capacidad individual. Fairview alienta a las personas que tienen la capacidad financiera a que compren un seguro de salud para asegurar su acceso continuo a los servicios de salud preventivos y para proteger sus activos individuales. Se analizarán todos los pacientes y si son elegibles, es posible que deban presentar la solicitud a través de MNsure para Medicaid, MinnesotaCare, el Plan de salud calificado (*Qualified Health Plan*) u otra forma aceptable de cobertura de salud, como se describe en la Ley de Atención Asequible (*Affordable Care Act, ACA*), para que se los considere colaboradores.

- Si un paciente es potencialmente elegible para una fuente de financiación de un tercero y no coopera debido a circunstancias atenuantes fuera del control del paciente, el paciente deberá presentar una carta en la que explique esto. La carta será revisada por la gerencia de Fairview.
- Un paciente no será elegible para recibir atención de caridad o cualquier otro Programa de asistencia financiera de Fairview si tiene un tercero pagador y no presenta la información del pagador a Fairview de forma oportuna, lo que provocará la denegación de servicios de Fairview.
- Por lo general, si un paciente elige no tener seguro a través de su empleador si está disponible, es posible que no sea elegible para recibir atención de caridad. Debe presentar su solicitud a través de MNsure para Asistencia Médica (*Medical Assistance*), MinnesotaCare o un Plan de salud calificado.
- Si un paciente elige que un procedimiento o fecha de servicio particular no se le facture a su seguro, esa visita no será elegible para atención de caridad.

Política de asistencia financiera

Anexo D

Exclusiones del programa de atención de caridad:

Los programas de atención de caridad de Fairview y otros planes de atención de caridad no cubren lo siguiente:

- A los pacientes que no cumplen con el proceso de solicitud de atención de caridad se les puede negar la atención de caridad.
- Si la cuenta de un paciente está pendiente con una compañía de seguros, se rechazará la atención de caridad si el solicitante no coopera con la presentación de reclamos o cobros a posibles recursos de terceros.
- Servicios de proveedores que no pertenezcan a Fairview, otros proveedores de Fairview no cubiertos por esta política.
- Servicios realizados en las clínicas exprés de Fairview.
- Gastos relacionados con el transporte o gastos personales de subsistencia
- Los cargos relacionados con trasplantes incurridos en el momento del trasplante hasta un año después del trasplante para pacientes de trasplante no son elegibles para un descuento de atención de caridad. Cualquier recomendación de ajuste de estos cambios debe realizarse a través del proceso de excepción financiera.
- Las personas que no son ciudadanos de los EE. UU. o los ciudadanos de los EE. UU. que vivan fuera de los EE. UU. no son elegibles para recibir atención de caridad; esto incluye a pacientes con visa y estudiantes internacionales. Esto no incluye a personas indocumentadas que viven en los EE. UU. y a residentes no permanentes. Residentes permanentes de EE. UU./con tarjeta verde (Green card).
- Las clínicas independientes de Fairview no participan de Asistencia Médica (*Medical Assistance*) fuera del estado. Por lo tanto, los pacientes con cargos de una clínica independiente que tengan cobertura de Medicaid fuera del estado no reúnen los requisitos para recibir atención de caridad.
- Servicios considerados no cubiertos por la mayoría de los proveedores de seguro, a menos que se consideren estándar de atención.
- Debido a la naturaleza minorista del negocio, los equipos médicos para el hogar de Fairview y los dispositivos protésicos y ortopédicos de Fairview no están cubiertos por esta política.
- Fairview Homecare y Fairview Pharmacy tienen sus propias políticas de atención de caridad y no están cubiertos por esta política.
- Los establecimientos afiliados de Fairview que sean entidades corporativas separadas y no estén sujetos a esta política, como por ejemplo, Fairview Maple Grove Ambulatory Surgery Center, Crosstown Surgery Center y Greenview Alzheimer's.
- Los servicios profesionales proporcionados en entidades que no pertenecen a Fairview no están cubiertos por este programa.

Política de asistencia financiera

Anexo E

Programa de atención de caridad – Otras opciones de descuentos

- Excepciones financieras
 - La administración de Fairview designada evaluará todas las excepciones para determinar la capacidad de pago del paciente. Solamente se procesarán e informarán como atención de caridad los casos de excepción que correspondan a los pacientes que no poseen recursos financieros para pagar. Todos los demás casos se procesarán e informarán como ajustes administrativos y no como atención de caridad o deuda morosa, según se define en las pautas estatales y federales. A un solicitante que exceda las pautas del FPL y tenga una deuda médica total pendiente que supere el ingreso bruto del grupo familiar durante el último año puede permitírsele solicitar atención de caridad a través de una excepción financiera.
- Senior Partners:
 - Fairview Senior Partners es una asociación entre Fairview y Servicios Comunitarios para Personas Mayores (Senior Community Services). Fairview ha acordado exonerar los coseguros y los deducibles de hospitales y clínicas. Los miembros de este programa comprenden que son responsables de cualquier artículo no cubierto por Medicare, como fármacos para llevarse a la casa. El coordinador de atención de caridad ajustará las cuentas. Los montos cobrados de Medicare se deducirán del ajuste de la atención de caridad.
 - Solicitudes de inscripción
 - Todas las solicitudes son enviadas a y procesadas por Servicios Comunitarios para Personas Mayores o por las oficinas estatales periféricas. Los pacientes pueden pedir una solicitud o más información llamando al 952-767-0665 o visitando www.seniorcommunity.org para el área metropolitana, o llamando al 1-800-662-5711 o visitando www.aeo.org/senior-services para Fairview Range.
 - Criterios de elegibilidad
 - Los pacientes deben estar inscritos en las partes A y B de Medicare y no estar en un plan de reemplazo.
 - No pueden tener un suplemento de Medicare.
- Atención de caridad retrospectiva/atención de caridad para personas indigentes desde el punto de vista médico
 - Si un paciente tiene MA o MinnesotaCare actual y todas las fechas de servicio anteriores no están cubiertas por MA/MinnesotaCare, cualquier cuenta incurrida antes de la fecha de aprobación de MA puede ser elegible para atención de caridad.
- Descuento para pacientes sin seguro de salud
 - Además de los programas disponibles conforme a la Política de asistencia financiera, los residentes de Minnesota y Wisconsin que no tienen seguro de salud serán elegibles para el descuento para pacientes sin seguro de salud para servicios hospitalarios antes de presentar una solicitud para recibir un descuento de atención de caridad. Este descuento se basa en el acuerdo de las Normas de Cobranza de la Procuraduría General y no es un programa de atención de caridad.

Política de asistencia financiera

Anexo F

Facturación y cobranzas

- Fairview tiene una política separada de facturación y cobros que está disponible a través del sitio web www.Fairview.org o llamando al Servicio al cliente de Fairview al 612-672-6724 o al teléfono gratuito, al 1-888-702-4073, al Servicio al cliente de HealthEast al 651-232-1100 o al número gratuito al 1-866-770-6411, o al Servicio al cliente de Fairview Range al 218-362-6624 o al número gratuito al 1-877-390-6624. Esta política incluye información más específica sobre:
 - Proceso de facturación: Fairview emitirá estados de cuenta de facturación de acuerdo con plazos establecidos y proporcionará un mínimo de 120 días a partir de la primera factura posterior a la visita antes de iniciar acciones de cobranza extraordinarias sobre una cuenta.
 - Resolución de cuentas: Fairview proporcionará un mínimo de 240 días para resolver las cuentas abiertas a través de diversas opciones, tales como la identificación de seguro o asistencia médica elegibles, arreglos de pago, atención de caridad u otros medios.
 - Acciones de cobranza: En el caso de falta de pago, Fairview puede remitir las cuentas a agencias de cobranza y/o empresas de cobranza legales para el seguimiento. Fairview proporcionará una notificación al paciente al menos 30 días antes de iniciar acciones extraordinarias sobre una cuenta.

Lista de proveedores

Fairview tiene una lista de todos los grupos de proveedores que brindan servicios de emergencia y servicios necesarios desde el punto de vista médico a pacientes en un establecimiento hospitalario de Fairview. La lista identifica los proveedores que están cubiertos por la Política de asistencia financiera de Fairview y los que no lo están (consulte el enlace adjunto). <https://www.fairview.org/search/doctors> o https://www.healtheast.org/images/stories/billing/covered_providers.pdf

Entidades que adoptaron la política:

Fairview Lakes Medical Center ha adoptado esta política.
Fairview Northland Medical Center ha adoptado esta política.
Fairview Range Medical Center ha adoptado esta política.
Fairview Ridges Hospital ha adoptado esta política.
Fairview Southdale Hospital ha adoptado esta política.
Grand Itasca Clinic & Hospital ha adoptado esta política.
HealthEast St. John's Hospital ha adoptado esta política.
HealthEast St. Joseph's Hospital ha adoptado esta política.
HealthEast Woodwinds Hospital ha adoptado esta política.
HealthEast Bethesda Hospital ha adoptado esta política.
Las clínicas de HealthEast y otras entidades exentas de impuestos han adoptado esta política.
University of Minnesota Medical Center ha adoptado esta política.
Fairview Medical Group ha adoptado esta política.

Propietario de la política:

Vicepresidente del Ciclo de Ingresos

Aprobado por:

Junta Directiva de Fairview

Fecha(s):

Fecha de entrada en vigencia: 18/2/2017, aprobado por la Junta

Reemplaza – Sección de atención comunitaria, acuerdos financieros aprobados por la Junta para servicios financieros para pacientes con fecha 16/12/04

Fecha de corrección: 1/2/15; 1/12/15; 29/12/15; 29/1/16, 24/7/17, 20/6/19, 10/2/20, 1/2/21

Fecha de revisión: Revisión y reaprobación de la Junta de Fairview: 16/4/15, 17/6/16, 17/8/17, 5/11/19, 5/8/21

Fecha de implementación de la revisión: 1/6/15, 17/6/16, 1/11/17