

Sistema

Fairview Health Services

Política

Política de Asistencia Financiera

Propósito:

Fairview Health Services y HealthEast (en conjunto, "Fairview") tienen una larga trayectoria de provisión de atención médica de calidad a pacientes dentro de nuestra comunidad, independientemente de su capacidad de pago. Fairview reconoce que probablemente algunos pacientes no puedan pagar la totalidad o parte del costo de los servicios de atención médicamente necesaria recibidos debido a que no tienen cobertura de seguro de salud o porque sus costos de atención médica superan su capacidad de pago. A fin de proporcionarles la Atención Caritativa adecuada u otra asistencia financiera a aquellas personas que la necesitan, Fairview cuenta con un proceso para evaluar la elegibilidad de los pacientes para recibir Atención Caritativa.

Declaración de la política: Fairview se compromete a mejorar la salud de su comunidad. Esta política aborda los diferentes componentes de la Política de Asistencia Financiera de Fairview.

Definiciones:

Necesidad médica

La atención médicamente necesaria es la atención que, según la opinión de los médicos/clínicos acreditados que brindan el tratamiento de Fairview y de acuerdo con el estándar de atención, es razonablemente necesaria:

- para prevenir el desarrollo o empeoramiento de una enfermedad, afección o discapacidad;
- para establecer un diagnóstico;
- para brindar tratamiento paliativo, curativo y restaurador por condiciones de salud física, conductual o mental; y/o
- para ayudar a la persona a lograr y mantener la capacidad funcional en el desempeño de las actividades diarias, teniendo en cuenta la capacidad funcional de la persona y aquellas capacidades funcionales propias de las personas de la misma edad.
- Los servicios médicamente necesarios incluyen servicios para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios conforme al Título XIX de la Ley de Seguridad Social Federal, y cualquier servicio hospitalario para paciente hospitalizado o paciente ambulatorio cubierto y que sea considerado médicamente necesario conforme al Título XVIII de la Ley de Seguridad Social Federal. Además, la atención provista en la instalación hospitalaria por una sociedad o una sociedad de responsabilidad limitada (limited liability company, LLC) en la que el hospital posee capital o una participación en las ganancias es elegible para la ayuda financiera. Los servicios deben ser provistos de acuerdo con los estándares nacionales de prácticas médicas generalmente aceptados al momento en que se brindan los servicios. Cada servicio debe ser adecuado en cuanto a la cantidad, la duración y el alcance para lograr razonablemente su propósito.
- Los servicios médicamente necesarios no incluyen servicios que sean intervenciones experimentales o de carácter estético.
- Otras condiciones que respaldan la necesidad médica de determinados tratamientos incluyen las siguientes:
 - evidencia científica de alta calidad de que el paciente con esta afección en particular se beneficiará del tratamiento requerido;
 - el tipo de beneficio es clínicamente significativo; y/o
 - se consideraron y rechazaron vías de administración y tratamientos alternativos menos costosos.

Intervenciones experimentales

Las intervenciones experimentales son tratamientos e intervenciones generalmente no aceptados como seguros y efectivos por los expertos en el campo relevante para el diagnóstico, la prevención o el tratamiento de la afección médica bajo consideración. Al momento de determinar que una intervención es experimental, los factores relevantes incluyen, entre otros, los siguientes:

- si la intervención solo está disponible como parte de un estudio clínico;
- si los artículos relevantes en las publicaciones con revisión externa por expertos requieren un estudio adicional

- de la intervención para la afección médica bajo consideración;
- si la intervención se utilizaría en otra área del cuerpo, de manera significativamente diferente o para otra afección médica, que sea generalmente aceptada por otros expertos en el campo relevante (dentro de Fairview, las Ciudades Gemelas, Minnesota, EE. UU., etc.).

Carga fiscalmente insostenible

Una situación donde existe un costo significativo para una entidad exenta de impuestos de Fairview para brindar el servicio, y la incidencia de la posible necesidad del paciente de recibir el servicio es tal que la entidad no podría brindar el mismo servicio sin el reembolso correspondiente a todos los pacientes en situación similar y seguir siendo fiscalmente responsable.

Familia

A los efectos de esta política, una familia es:

- Una pareja casada y cualquier familiar a cargo, según la definición de las pautas del Servicio de Renta Interna (Internal Revenue Service, IRS).
- Una persona con familiares a cargo, según la definición de las pautas del Servicio de Renta Interna (IRS).
- Una persona soltera sin familiares a cargo.

Las pautas de pobreza se aplicarán por separado a cada familia dentro de un hogar si el hogar incluye más de un grupo familiar.

Provisión de atención

Fairview brindará exámenes médicos y servicios de estabilización para afecciones médicas de emergencia independientemente de la capacidad de pago. (Consulte las políticas de la Ley para el Tratamiento de las Urgencias Médicas y los Partos Activos [Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA] de HealthEast o Fairview).

Fairview brinda servicios que no sean de emergencia y que, según la opinión de un médico tratante acreditado de Fairview, sean médicamente necesarios. Fairview puede exigir que se establezcan acuerdos de pago para la conformidad de Fairview antes de brindar los servicios que no sean de emergencia. Los acuerdos de pago pueden incluir pago en efectivo o con tarjeta de crédito, seguro de una clase aceptada por Fairview, un descuento para no asegurados y, si corresponde, ayuda financiera (atención con descuento o gratuita) aprobada por Fairview. Los servicios seleccionados pueden no ser elegibles para la ayuda financiera. En situaciones que no son de emergencia, Fairview se reserva el derecho a revisar los casos particulares o las solicitudes de servicios específicos para establecer el curso de tratamiento más adecuado desde una perspectiva médica y ética.

Descuento para no asegurados (Hospitales de Fairview)

Los pacientes hospitalizados que reciben tratamientos no asegurados, según lo definido por los acuerdos que estableció Fairview y HealthEast con la Oficina del Procurador General vigentes de junio de 2017 a junio de 2022 (en conjunto, los "Acuerdos"), resultarán elegibles para obtener un descuento (el "descuento para no asegurados").

I. Elegibilidad para obtener descuentos:

- A. Los pacientes no asegurados serán identificados durante la preinscripción, la inscripción o el proceso de admisión, o en otros puntos del proceso de facturación o cobranza. Los pacientes no asegurados que cuenten con un ingreso familiar igual o inferior a \$125,000 que reciban tratamiento médicamente necesario resultarán elegibles para obtener un descuento para no asegurados equivalente a la tarifa establecida según contrato perteneciente al pagador privado de Fairview con mayor ingreso. A su discreción, Fairview o las unidades de negocios de Fairview pueden ampliar el descuento a los pacientes que cuenten con un ingreso que exceda los \$125,000.
- B. Exclusiones de descuentos:
 1. Los pacientes que no son residentes de Minnesota o Wisconsin al momento de obtener los servicios no resultan elegibles para obtener el descuento para no asegurados.
 2. Los pacientes que reciben servicios estéticos, optativos, experimentales u otros servicios que no sean médicamente necesarios no son elegibles para obtener el descuento para no asegurados.
 3. El descuento para no asegurados solo se aplica a los servicios hospitalarios y basados en el hospital y de proveedores empleados por el hospital. Los pacientes que reciben servicios clínicos independientes, servicios de proveedores que no pertenecen a Fairview, servicios de entidades de Fairview que no

están cubiertas por el Acuerdo del Procurador General y otros servicios no hospitalarios no recibirán el descuento para no asegurados.

II. Descuento para gastos facturados:

El vicepresidente de Administración de Ingresos establecerá al comienzo de cada año los niveles de descuentos. Este descuento se calculará con base en la tasa de reembolso promedio que haya proporcionado el pagador privado de Fairview con mayor ingreso por los servicios basados en el hospital. El director financiero del sitio, el vicepresidente de Administración de Ingresos y el vicepresidente de Ciclo de Ingresos o su designado deben aprobar las decisiones tomadas fuera de las pautas establecidas y realizar una revisión exhaustiva de las presuntas circunstancias en cada caso.

Asistencia financiera

Además del descuento para no asegurados, Fairview ofrece ayuda financiera para los servicios elegibles a través de atención con descuento para personas que cumplen con los criterios de calificación. La atención de emergencia y los servicios que no sean de emergencia solicitados por un médico acreditado de Fairview que, según la opinión del médico tratante sean médicamente necesarios, resultan elegibles para obtener ayuda financiera, como si dicha atención fuera provista en el centro hospitalario por una asociación o sociedad de responsabilidad limitada (Limited Liability Company, LLC) en la cual el hospital posee capital o una participación en las ganancias.

En un documento adjunto a esta Política de Asistencia Financiera, se enumeran los proveedores externos no empleados que brindan atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en el centro hospitalario. El documento adjunto explica si la atención provista por estos proveedores está cubierta por esta Política de Asistencia Financiera.

Fairview se reserva el derecho a revisar las solicitudes de asistencia financiera para los servicios que no sean de emergencia para analizar ubicaciones de tratamientos o servicios alternativos, y a rechazar las solicitudes de ayuda financiera que establecerían un precedente al crear una carga fiscalmente insostenible para la entidad.

Se espera que los pacientes que reciben atención en Fairview colaboren con el costo de su atención de acuerdo con su capacidad de pago. La asistencia financiera de Fairview no sustituye el seguro patrocinado por el empleador, público o adquirido en forma individual. Para poder calificar para la ayuda financiera, los pacientes deben cumplir con los siguientes requisitos:

- acceder a las opciones de seguro público o privado para las que resulten elegibles, y brindarle a Fairview toda la información necesaria para inscribirse en un programa de seguro de patrocinio público;
- cumplir con los requisitos de la solicitud de asistencia financiera, incluida la presentación de la documentación necesaria.

Elegibilidad de la Asistencia Financiera

Fairview basa la elegibilidad para la asistencia financiera en los ingresos y activos del grupo familiar. El formulario de solicitud de asistencia financiera debe estar acompañado de un formulario de verificación de ingresos y activos familiares. La verificación aceptable de los ingresos y activos incluye lo siguiente para todos los miembros adultos de la familia: los dos recibos de sueldo más recientes, declaraciones que demuestren el Seguro Social, beneficios por desempleo, discapacidad o de manutención de cónyuge/menores, resúmenes de cuentas bancarias y de corretaje (para cuentas en caja, cuentas individuales de jubilación [individual retirement accounts, IRA], de inventario, 401K), y la declaración de impuestos del año más reciente. Los solicitantes que trabajan de manera independiente deben presentar una declaración de ingresos. Ante la ausencia de ingresos, se aceptará la presentación de una Declaración de ausencia de ingresos.

Las pautas sobre ingresos se revisarán junto con las actualizaciones de las pautas federales de pobreza publicadas por el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid. Las pautas sobre ingresos para la elegibilidad para obtener ayuda financiera en Fairview son las siguientes:

ingresos familiares porcentuales de las Pautas Federales de Pobreza	% de descuento de los cargos brutos (sobre el saldo, después del descuento para no asegurados)
Del 0 al 200 %	100 %
Del 201 % al 300 %	50 %

Las pautas sobre activos para la elegibilidad para obtener asistencia financiera en Fairview son las siguientes: Si una familia tiene activos en cuentas en caja/IRA/de inventario/401K que totalizan de \$25,000 a \$500,000, por lo menos, 10 por ciento de los activos disponibles deben ser aplicados al saldo adeudado a Fairview antes de que la persona/familia califique para recibir asistencia financiera. Si los activos superan los \$500,000, no son elegibles para la asistencia financiera.

Fairview no utilizará ningún software de elegibilidad presunta para aprobar o rechazar a los pacientes que deseen obtener la asistencia financiera. Para los pacientes que se determina que cumplen con los requisitos de elegibilidad en la actualidad para Medical Assistance o MinnesotaCare (en conjunto, "MA"), cualquier saldo del paciente en que incurra antes de la fecha de vigencia de MA será elegible para la ayuda financiera.

Procesamiento de las solicitudes de asistencia financiera

- Fairview brindará asesoramiento financiero a pacientes y sus familiares para ayudarles a identificar las opciones adecuadas para cumplir con las obligaciones financieras. A los pacientes que expresen dificultad financiera se les ofrecerá una solicitud de asistencia financiera.
- Para solicitar asistencia financiera, una persona debe completar una solicitud de asistencia financiera y brindar la documentación solicitada sobre los ingresos y activos del grupo familiar (consulte a continuación). Puede obtener una solicitud de asistencia financiera llamando gratis al número del servicio al cliente de HealthEast al 651-232-1100 o al número del servicio al cliente de Fairview al 612-672-6724. Además, puede obtener asistencia para completar la solicitud llamando a estos mismos números.

El paciente que no manifestó previamente su incapacidad de pago puede llamar al número del servicio al cliente de HealthEast o Fairview después de recibir una factura, o un asesor financiero puede comunicarse con el paciente. Los representantes del servicio al cliente derivarán al paciente al personal adecuado para que solicite el programa de asistencia pública correspondiente, y evaluarán la elegibilidad del paciente para obtener la ayuda financiera. Los candidatos para la ayuda financiera recibirán un formulario de solicitud.

- Los formularios de solicitud completados se enviarán a los coordinadores de Atención Caritativa.
- Si Fairview recibe una solicitud incompleta, se llamará por teléfono y/o se enviará una carta a la parte responsable para explicarle los requisitos.
- Fairview entregará un aviso por escrito sobre sus determinaciones de asistencia en el plazo de 30 días calendario posteriores a la recepción de una solicitud completada de ayuda financiera. Este aviso incluirá el nivel de descuento de acuerdo con la capacidad de pago del paciente. Los rechazos incluirán la razón del rechazo y las instrucciones para el proceso a través del cual el paciente puede solicitar la reconsideración. La determinación de calificación para la asistencia financiera, que se aplicará a la atención siempre y cuando se cumpla con los requisitos de esta política, es válida por 6 meses sin necesidad de volver a presentar una solicitud.
- El paciente puede solicitar la reconsideración de la determinación de elegibilidad para la asistencia financiera de Fairview si presenta información adicional por escrito, como la verificación de ingresos o una explicación de las circunstancias atenuantes, al aprobador designado en el plazo de 30 días posteriores a la notificación de rechazo. Si se ratifica el rechazo previo de elegibilidad para la asistencia financiera, se enviará una notificación escrita a la parte responsable. Los seguimientos de cobro en las cuentas se suspenderán durante el proceso de reconsideración.
- Los descuentos de la asistencia financiera se aplicarán al saldo de las cuentas restantes aprobadas después de la aplicación del descuento para no asegurados si el paciente es elegible conforme a los términos del Acuerdo. Después de una determinación de la elegibilidad para la asistencia financiera, una persona elegible para recibir la ayuda financiera no pagará más que el monto generalmente facturado (Amount Generally Billed, AGB) a las personas que tienen seguro para atención de emergencia o médicamente necesaria. El AGB se calcula para cada hospital por medio del método retrospectivo para el reembolso recibido de todas las cuentas comerciales y de Medicare durante el año fiscal anterior. Puede obtener sin cargo una hoja informativa que indique el porcentaje del monto generalmente facturado de Fairview si se comunica con el servicio al cliente de HealthEast al 651-232-1100 o con el servicio al cliente de Fairview al 612-672-6724.

El paciente es responsable de cualquier saldo restante una vez aplicado el descuento de la ayuda financiera. Si el saldo no se paga dentro del plazo estipulado, la cuenta se manejará mediante el proceso de cobro habitual, el cual se describe en la Política de facturación y cobros de HealthEast o Fairview disponible en www.Healtheast.org o

www.Fairview.org. Fairview no tolera ni permite que sus agentes participen en prácticas de cobros abusivas o ilegales.

Publicación de disponibilidad de ayuda financiera

Fairview divulgará al público su política de ayuda financiera de diversas maneras, por ejemplo, publicando la política de asistencia financiera, el formulario de solicitud de asistencia financiera y un resumen en lenguaje simple de la política de asistencia financiera en los sitios web de HealthEast y de Fairview (www.Healtheast.org o www.Fairview.org). Además, incluirá un resumen en lenguaje simple de la política de asistencia financiera, y ofrecerá materiales en línea (con el consentimiento del paciente) o impresos a pacientes en áreas públicas del hospital y por correo postal o correo electrónico (con el consentimiento del paciente), e incluirá también anuncios públicos visibles en la sala de emergencia y las áreas de admisión del hospital, y en los estados de cuenta de facturación del paciente. Fairview informará y notificará a los miembros de la comunidad que reciben servicios de Fairview acerca de su política de asistencia financiera a través de su sitio web, boletines informativos y por medio de la distribución de copias de folletos de asistencia financiera a los miembros de la comunidad a través de las clínicas de Fairview.

Reclasificación de atención caritativa/asistencia financiera

Fairview puede decidir no perseguir el pago del saldo de la cuenta de un paciente según la incapacidad de pago establecida a través del proceso de cobro habitual. En el caso de que nuestra decisión de no perseguir el pago se base en la dificultad financiera del paciente, Fairview reclasificará estos saldos como ayuda financiera o atención caritativa, con la aprobación del director de Sistema del Ciclo de Ingresos o la persona designada.

Costos que superan el reembolso del gobierno

Los costos no compensados que surgen de programas de Medicare, Medicaid y de atención de indigentes estatales/locales se incluyen como beneficio comunitario debido a la diferencia significativa entre los costos reales y el reembolso.

Programa de Atención Caritativa

- El apéndice A incluye más información sobre las calificaciones de Atención Caritativa.
- El apéndice B incluye más información sobre la falsificación de información.
- El apéndice C incluye más información sobre la cooperación y el uso de seguros.
- El apéndice D incluye más información sobre las desviaciones de Atención Caritativa.
- El apéndice E incluye más información sobre otras opciones de descuentos.
- El apéndice F incluye más información sobre facturación y cobranzas.

Política de Asistencia Financiera

Apéndice A

Elegibilidad del Programa de Atención Caritativa

- Solo califican para la Atención Caritativa los servicios de emergencia y medicamento necesarios. Fairview se reserva el derecho de determinar en cada caso si los servicios cumplen con la definición de “medicamento necesarios” con el propósito de resultar elegibles para la Atención Caritativa.
- Para calificar para la Atención Caritativa, el paciente debe cumplir con las pautas de ingresos y activos de la siguiente manera:
 1. Nivel de ingreso: el ingreso familiar anual combinado del paciente no debe equivaler ni estar por debajo del límite a establecer del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL).

Límites de ingresos según el tamaño de la familia

Tamaño de la familia	Ingreso bruto anual (200 %FPL)	Ingreso bruto anual (300 %FPL)
1	\$24,280	\$36,420
2	\$32,920	\$49,380
3	\$41,560	\$62,340
4	\$50,200	\$75,300
5	\$58,840	\$88,260

2. Las pautas sobre activos para la elegibilidad para obtener asistencia financiera en Fairview son las siguientes: Si una familia tiene activos en cuentas en caja/IRA/de inventario/401K que totalizan de \$25,000 a \$500,000, por lo menos, 10 por ciento de los activos disponibles deben ser aplicados al saldo adeudado a Fairview antes de que la persona/familia califique para recibir asistencia financiera. Si los activos superan los \$500,000, no son elegibles para recibir la asistencia financiera.
 3. Los detalles de la documentación requerida para verificar los ingresos y activos pueden encontrarse en la sección “Application Process” (Proceso de solicitud).
- Cálculo de ingresos:
 - Para los adultos, el término “ingreso anual total” de la Solicitud de Atención Caritativa hace referencia a la suma de ingresos brutos anuales provenientes de todas las fuentes del solicitante y su cónyuge. Si el solicitante es menor de edad, el término “ingreso anual total” hace referencia al ingreso bruto combinado de uno u ambos padres y/o tutor legal del solicitante. La cifra del “ingreso anual total” utilizado en la Solicitud de Atención Caritativa hace referencia al ingreso anual documentado durante

12 meses. Se solicitará como mínimo las verificaciones de los 3 últimos meses de ingresos para ayudar a calcular el ingreso anual actual. Si la verificación de los 3 últimos meses de ingresos no está disponible, el paciente puede proporcionar el monto más reciente del ingreso anual total documentado. La Atención Caritativa no puede otorgarse si el paciente recibe un acuerdo financiero externo relacionado con la atención proporcionada por Fairview que sea suficiente para cubrir los reclamos pendientes, ya que se espera que dichos fondos se utilicen para pagar el saldo que el paciente adeuda a Fairview. El paciente que solicite la Atención Caritativa informará la cantidad de personas que conforman su grupo familiar a fin de determinar el tamaño, el ingreso y los activos de la familia, de la siguiente manera:

Adultos: al calcular la cantidad de personas que conforman el grupo familiar de un solicitante adulto, Fairview incluirá al solicitante, al cónyuge del solicitante y a los dependientes legales.

Menores: al calcular la cantidad de personas que conforman el grupo familiar de un solicitante menor de edad, Fairview incluirá al solicitante, a su padre/tutor, madre/tutora, y a los dependientes del padre, madre o menor.

Los padres que convivan en el hogar con sus hijos mayores de edad no serán incluidos en el tamaño familiar ni en el ingreso de ese hijo, a menos que pueda demostrarse la tutela/custodia legal mediante documentación legal oficial.

Política de Asistencia Financiera

Apéndice B

Falsificación de información

- Falsificación de información:
 - La falsificación de información de ingresos o la negativa a cooperar con Fairview mediante el proceso de solicitud tendrá como consecuencia el rechazo de la Solicitud de Atención Caritativa. Si, luego de otorgarle la Atención Caritativa a un solicitante, Fairview toma conocimiento de que una disposición sustancial de la solicitud de Atención Caritativa es falsa, podría retirarse la Solicitud de Atención Caritativa y cualquier Atención Caritativa otorgada, según lo determine Fairview a su exclusiva discreción.

Política de Asistencia Financiera

Apéndice C

Cooperación del Programa de Atención Caritativa y uso del seguro

Debido a que el Programa de Atención Caritativa no sustituye la responsabilidad personal, se espera que las personas que buscan asistencia financiera a través del Programa cooperen con los procedimientos de Fairview para determinar la elegibilidad y para contribuir con el costo de los servicios, en la medida de su posibilidad individual. Fairview alienta a las personas que tienen capacidad financiera a que adquieran el seguro de salud para asegurarse un acceso continuo a los servicios de salud preventivos y para proteger sus activos individuales. Todos los pacientes son analizados y probablemente se les exigirá que soliciten a través de MNsure la cobertura de Medicaid, MinnesotaCare, Qualified Health Plan u otra forma aceptable de cobertura médica como se describe en la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) para que sean considerados cooperativos, en caso de resultar elegibles.

- Si un paciente es potencialmente elegible para recibir una fuente de financiación externa y no coopera debido a circunstancias atenuantes que exceden el control del paciente, este deberá enviar una carta explicativa. La administración de Fairview revisará la carta.
- Un paciente no será elegible para el Programa de Atención Caritativa ni para ningún otro programa de asistencia financiera de Fairview si el paciente tiene un pagador externo y no le provee de forma oportuna la información del pagador a Fairview, lo cual producirá el rechazo de Fairview.
- Generalmente, si un paciente elige no recibir un seguro, en caso de estar disponible, a través de su empleador, no resultará elegible para la Atención Caritativa. Debe solicitarlo a través de MNsure for Medical Assistance, MinnesotaCare o Qualified Health Plan.
- Si un paciente opta por no facturarle a su seguro un procedimiento particular o la cita del servicio, esa visita no será elegible para la Atención Caritativa.

Política de Asistencia Financiera

Apéndice D

Exclusiones del Programa de Atención Caritativa:

Los programas de Atención Caritativa de Fairview y otros planes de Atención Caritativa no cubren lo siguiente:

- a los pacientes que no cumplen con el proceso de la solicitud de Atención Caritativa se les podría negar la Atención Caritativa;
- la Atención Caritativa no será otorgada a los pacientes cuya cuenta tenga saldo deudor ante una compañía de seguros y si el solicitante no coopera con la presentación de reclamos o con el cobro de posibles recursos de terceros;
- los servicios de proveedores que no pertenezcan a Fairview y otros proveedores de Fairview no cubiertos por esta política;
- los servicios ofrecidos en las Fairview Express Clinics;
- los gastos relacionados con el transporte o la vida personal;
- los gastos relacionados con trasplantes incurridos durante el año posterior al trasplante por pacientes de trasplante no son elegibles para obtener un descuento de Atención Caritativa. Toda recomendación para un ajuste de estos cambios debe realizarse a través del proceso de excepción financiera;
- los ciudadanos no estadounidenses o los ciudadanos estadounidenses que viven fuera de los Estados Unidos no son elegibles para la Atención Caritativa. Esto incluye a los pacientes con visa y a los estudiantes internacionales. Esto no incluye a las personas indocumentadas que viven en los Estados Unidos;
- las clínicas independientes de Fairview no participan de la asistencia médica fuera del estado. Por consiguiente, los pacientes con cargos de una clínica independiente que tengan cobertura de Medicaid fuera del estado no son elegibles para la Atención Caritativa;
- los servicios que se consideran no cubiertos por la mayoría de los proveedores de seguros, a menos que se les considere un estándar de atención;
- debido a la naturaleza minorista del negocio, los equipos médicos domésticos de Fairview y los dispositivos de Ortótica y Prótesis de Fairview no están cubiertos por esta política;
- Fairview Homecare, Fairview Pharmacy y Fairview Range tienen sus propias políticas de Atención Caritativa y no están cubiertas por esta política;
- las sitios afiliados a Fairview que sean entidades empresariales separadas y que no estén sujetas a esta política, tales como, entre otros, Fairview Maple Grove Ambulatory Surgery Center y Crosstown Surgery Center;
- los servicios profesionales brindados por las entidades no pertenecientes a Fairview no están cubiertos por este programa.

Política de Asistencia Financiera

Apéndice E

Programa de Atención Caritativa: otras opciones de descuentos

- Excepciones financieras
 - La administración designada de Fairview evaluará todas las excepciones para determinar la capacidad de pago del paciente. Solo se procesarán y reportarán como Atención Caritativa los casos excepcionales que pertenezcan a pacientes sin recursos financieros para pagar. Todos los demás casos serán procesados y reportados como ajustes administrativos y no como Atención Caritativa o deuda morosa, según lo definido por las pautas estatales y federales. Un solicitante que exceda las pautas del FPL y que tenga una deuda médica total pendiente superior al ingreso bruto familiar del último año puede solicitar la Atención Caritativa mediante una excepción financiera.
- Socios Sénior:
 - Socios Sénior de Fairview es una asociación entre Fairview y los servicios comunitarios sénior. Fairview ha acordado no exigir coseguros ni deducibles hospitalarios y clínicos. Los miembros de este programa comprenden que son responsables de cualquier punto no cubierto por Medicare, como ingerir fármacos para uso en el hogar. El coordinador de la Atención Caritativa ajustará las cuentas. Los montos cobrados de Medicare serán compensados por los ajustes de Atención Caritativa.
 - Solicitudes para la inscripción
 - Todas las solicitudes son enviadas y procesadas por los servicios comunitarios sénior o por las oficinas estatales externas. Los pacientes pueden pedir una solicitud u obtener mayor información llamando al 952-767-0665 o visitando www.seniorcommunity.org.
 - La tarifa anual de las solicitudes aprobadas es de \$42.
 - Requisitos de elegibilidad
 - Los pacientes deben estar inscritos en las partes A y B de Medicare y no en un plan de reemplazo.
 - Los pacientes no pueden tener un complemento de Medicare.
 - Los ingresos de los pacientes no pueden superar el 200 % del FPL.
 - Los activos de los pacientes no pueden superar los \$47,100 (excluye una vivienda y un automóvil).
- Atención caritativa retro/Atención caritativa para indigentes
 - Si un paciente cuenta con un plan actual de MA o MinnesotaCare y todas las citas previas de servicios no están cubiertas por MA/MinnesotaCare, cualquier cuenta incurrida antes de la fecha de aprobación de MA puede ser elegible para obtener la Atención Caritativa siempre y cuando la propensión al pago sea baja según lo indicado por la herramienta de Asistencia financiera de Fairview.
- Descuento para no asegurados
 - Además de los programas disponibles en virtud de esta Política de Asistencia Financiera, los habitantes no asegurados de Minnesota serán elegibles para obtener el descuento para no asegurados para los servicios hospitalarios antes de presentar la solicitud para un descuento de Asistencia Caritativa. Este descuento se basa en el Acuerdo de los Estándares de Cobranza del Procurador General y no en un programa de atención caritativa.

Política de Asistencia Financiera

Apéndice F

Facturación y cobranzas

- Fairview tiene una política aparte de facturación y cobranzas que está disponible en el sitio web www.Healtheast.org o www.Fairview.org o llamando al servicio al cliente de Fairview al 612-672-6724 o al 1-888-702-4073 o al servicio al cliente de HealthEast al 651-232-1100. Esta política incluye información más específica sobre:
 - Proceso de facturación: Fairview emitirá los 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 en una cuenta.
 - Resolución de cuentas: Fairview proporcionará un mínimo de 240 días para resolver las cuentas abiertas a través de diversas opciones, tales como identificar seguros o asistencia médica elegibles, planes de pago, atención caritativa u otros medios.
 - Acciones de cobranza: Ante el incumplimiento del pago, Fairview puede derivar las cuentas a agencias de cobranza y/o firmas de cobranza legales para su seguimiento. Fairview enviará 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 proveedores de servicios de emergencias y servicios médicamente necesarios para pacientes en un centro hospitalario de Fairview. Esta lista identifica qué proveedores están o no cubiertos por la Política de Asistencia Financiera (consulte el enlace adjunto). www.fairview.org/providerlists o https://www.healtheast.org/images/stories/billing/covered_providers.pdf

La adopción por parte de entidades:

Fairview Lakes Medical Center ha adoptado esta política.

Fairview Northland Medical Center ha adoptado esta política.

Fairview Ridges Hospital ha adoptado esta política.

Fairview Southdale Hospital ha adoptado esta política.

University of Minnesota Medical Center, Fairview 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.

HealthEast Clinics y otras entidades exentas de impuestos han adoptado esta política.

Fairview Medical Group ha adoptado esta política.

Propietario de la política:

Vicepresidente de Ciclo de Ingresos

Aprobado por:

Junta Directiva de Fairview

Fecha(s):

Fecha de entrada en vigencia: 2-18-07, aprobado por la Junta

Reemplazos: Acuerdos financieros aprobados por la Junta para servicios de pacientes de la Sección de atención comunitaria, con fecha del 12-16-04.

Fecha de revisión: 2/1/15; 12/1/15; 12/29/2015; 1/29/2016, 7/24/2017

Fecha de revisión: Revisado y aprobado nuevamente por la Junta de Fairview: 4/16/15, 6/17/16, 8/17/17

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