

NORTH SUFFOLK MENTAL HEALTH ASSOCIATION, INC.
Políces y procedimiento

<p><u>Nombre de directive:</u> Programa de tarifas móviles</p> <p><u>Directive #:</u> FIN 17</p> <p><u>Preparado por:</u> Judi Lemoine, R. N., Chief Operating Officer, Sandra Heath, Director of Compliance and Quality Management</p> <p><u>Aprobado por:</u> Jackie K. Moore, Ph. D., Chief Executive Officer</p>	<p><u>Fecha Original:</u> 1/19/2007</p> <p><u>Revision Actual:</u> 09/24/2020</p> <p><u>Revision#:</u> 4</p> <p><u>Fecha efectiva:</u> 2/1/2013</p>
--	---

A. DECLARACIÓN Y PROPÓSITO DE LA DIRECTIVE:

Los requisitos federales prescriben que se utilice un programa de tarifas con descuento / variable determinado localmente para todos los que no busquen servicios de seguro y que los servicios se brinden sin cargo o con un cargo nominal según lo determine el proveedor. Dicho programa de tarifas aborda cómo cobrar de manera equitativa a los clientes sin seguro por los servicios prestados. Las tarifas con descuento / deslizantes están disponibles para aquellas personas que no son elegibles para cobertura de seguro a través de MassHealth o Connector Plans. Los clientes deben proporcionar documentación de su solicitud de cobertura de seguro médico o carta de denegación. Si es necesario, los clientes serán asistidos con el proceso de solicitud. Las tarifas de escala móvil se basan en las pautas federales actuales de pobreza; la elegibilidad del cliente está determinada por los ingresos anuales y el tamaño de la familia. Como tal, estos programas se establecen para garantizar que se aplique de manera uniforme y coherente una tarifa no discriminatoria, uniforme y razonable. Esto se hace descontando la tarifa usual y acostumbrada para los servicios basados en los ingresos y el tamaño de la familia usando los Estándares de Ingresos de MassHealth y las Pautas Federales del Nivel de Pobreza s-Vea el Anexo (4). El programa de tarifas de descuento / deslizamiento se aplica solo a los montos cobrados a clientes sin cobertura de seguro..

Los honorarios del cliente se definen como:

- tarifas cobradas por servicios para clientes que no tienen seguro (incluido Medicaid o Medicare o acceso a otros fondos del pagador de último recurso financiados por el estado);
- copagos y deducibles requeridos por Medicare o un seguro privado;
- Tarifas por agotamiento de los beneficios del seguro que han sido establecidas y acordadas a pagar por el cliente o la parte responsable de acuerdo con la escala de tarifas de la Agencia.

Para garantizar que la Agencia planifique y lleve a cabo todas las evaluaciones financieras de los clientes de manera adecuada y justa, la NSMHA cumplirá con todas las leyes y regulaciones pertinentes, incluidas:

- Departamento de Salud Pública (DPH) / Oficina de Servicios de Abuso de Sustancias (BSAS) Política del Pagador de Último Recurso (vigente desde el 1 de julio de 2010)
- Capítulo 58 de las leyes de 2006 - "Una ley que brinda acceso a una atención médica asequible, de calidad y responsable"
- Regulación de Massachusetts 114.3 CMR 46.00 Tarifas para ciertos programas de abuso de sustancias

B. ALCANCE:

Esta política se aplica a todos los programas y departamentos de servicios de atención ambulatoria (registros y recepción, cuentas por cobrar) de la agencia, a todas las personas y comunidades atendidas por esos programas, y a todo el personal, empleados contratados y voluntarios que trabajan en esos programas.

C. ADMINISTRACION:

Esta política y los procedimientos que la acompañan son implementados por gerentes sénior ambulatorios (directores de programas) y gerentes de operaciones financieras bajo la dirección del director ejecutivo y director de operaciones.

D. PROCEDIMIENTO:

Esta Política de Evaluación Financiera del Cliente está diseñada para clientes sin seguro (incluido Medicaid o Medicare o acceso a otros fondos de último recurso financiados por el Estado); copagos y / o deducibles exigidos por Medicare o un seguro privado; los honorarios debidos al agotamiento de los beneficios del seguro que hayan sido establecidos y acordados a pagar por el cliente o la parte responsable de acuerdo con el calendario de pagos privados de la Agencia. Cuando otro adulto se define como la "parte responsable" de las obligaciones financieras, esta política y procedimiento se refiere a la parte responsable donde indica "cliente". La cobertura del seguro, el método de pago y la parte responsable del pago de deducibles, copagos y / o tarifas privadas y los montos de los pagos se determinan antes de la visita de evaluación inicial de cada cliente. Esta información es recopilada por Central Intake. Si el cliente está buscando tratamiento por abuso, adicción o abuso de sustancias y es residente de Massachusetts, el personal de admisión en colaboración con el personal de Cuentas por cobrar llevará a cabo un Anexo de evaluación financiera del cliente de la agencia (I) y se utiliza el contrato DPH / BSAS, un copago es evaluados usando los Estándares de Ingresos de Masshealth y el Anexo de Pautas Federales de Pobreza (4), y el Anexo de tarifas correspondientes (2). El cliente debe proporcionar documentación de ingresos familiares al personal de recepción o de recepción. Las fuentes aceptables de documentación de ingresos familiares son, entre otras, las siguientes: 1 mes de talones de salario, 1 mes de talones de cheque de desempleo, 1 mes de talón de cheque del seguro social y 1 mes de talón de cheque de discapacidad, copia.

Si el cliente tiene un diagnóstico de salud mental y no tiene seguro, el cliente completará el Anexo del formulario de evaluación financiera del cliente (1) con el personal de recepción o de recepción para determinar la elegibilidad financiera para la tarifa con descuento. A los clientes se les cobra en función de los ingresos utilizando los Estándares de ingresos de Masshealth y las Pautas federales de pobreza en el Anexo (4) y las tarifas correspondientes enumeradas en el Anexo (3). La tarifa con descuento / deslizante se aplica por igual, de manera uniforme y continua a todos los destinatarios de cada ubicación de servicio sin tener en cuenta el médico en particular que los trata. Todos los clientes potenciales son atendidos y / o evaluados independientemente de su capacidad de pago, y no se le niegan los servicios a ningún cliente por no poder pagar. La elegibilidad se determina para cada cliente de la clínica independientemente del sitio / ubicación. El aviso / información de elegibilidad se exhibirá apropiadamente en cada sitio de la clínica.

Además de la evaluación financiera y la determinación de la tarifa del cliente, el personal de la clínica proporcionará al cliente la información necesaria para ayudarlo a completar la inscripción en la cobertura de seguro elegible y se brindará asistencia con el proceso de solicitud cuando sea necesario.

Si un cliente comienza el tratamiento con un pagador de seguro identificado (o Medicaid, Medicare, seguro privado o un pagador estatal), pero el pagador interrumpe el pago por cualquier motivo, el Departamento de Cuentas por Cobrar notifica al personal de recepción que, a su vez, notifica al cliente y al médico (toda la comunicación por correo electrónico para conservar un registro). Si el cliente y el médico acuerdan en colaboración con el Gerente Clínico que se necesita más tratamiento, el médico notifica al personal de recepción, el personal de recepción revisa el programa de tarifas de pago privado con el cliente y el cliente firma un acuerdo de pago. Si el cliente indica que no puede pagar, la documentación de ingresos necesaria se envía al personal de Cuentas por cobrar, se completa una Evaluación financiera del cliente de la agencia, como.

Si un cliente no ha pagado su copago, deducible o tarifa de pago privado en su totalidad por dos visitas, o su tarifa de pago privado en su totalidad en la primera visita, el personal de recepción entrevista al cliente y determina el motivo de la el incumplimiento del cliente. El personal de la recepción informa al médico si el cliente no proporciona la documentación de ingresos adecuada antes de su próxima cita. El personal de recepción también informa al médico si el cliente se niega a pagar copagos, deducibles y tarifas de pago privado aprobadas por razones no relacionadas con la capacidad financiera.

Policy Name: Sliding Fee Schedule

Policy#: FIN17

Las tarifas de pago privado, los copagos y los deducibles no se pueden renunciar. Se puede desarrollar un plan de pago para permitir que el cliente continúe con el tratamiento. El personal del Departamento de AR se comunica con el cliente y elabora un plan de pago para las tarifas de pago deducibles y privadas. El cliente debe aceptar el plan de pago y firmar el Formulario de evaluación financiera del cliente.

Si el cliente se niega a firmar un plan de pago o no cumple con el pago de copagos, deducibles y tarifas de pago privado después de la ejecución del plan de pago, el personal de recepción notifica al médico tratante, al gerente clínico y a AR por correo electrónico.

Cualquier cambio significativo que ocurra en el estado clínico o financiero del cliente se comunica a las partes correspondientes, y la evaluación de tarifas se modifica en consecuencia utilizando la escala móvil de tarifas.

E. DISTRIBUCION:

Este procedimiento de política se encuentra en la intranet de NSMHA y se distribuye a todos los gerentes sénior, gerente de oficina de múltiples sitios / gerente de oficina de la FTC y personal que tiene la responsabilidad de los programas de atención ambulatoria.

F. REVISIONES:

Las revisiones se realizan anualmente, como se indicó anteriormente, bajo la dirección del CEO y el Equipo Ejecutivo.

G. DIRECTIVES PERTINENTES A LAS REFERENCIAS CRUZADAS:

H. ARCHIVOS ADJUNTOS:

Evaluación financiera del cliente

Escala móvil de tarifas DPH (BSAS)

Escala móvil de tarifas de pago

privado

Estándares de ingresos de Masshealth y pautas federales de pobreza

Aprobaciones NSHMA:		
<u>PERSONAL</u>	<u>FIRMA</u>	<u>FECHA</u>
1. Aprobada por la CEO / designada		
2. Subido al portal de la junta directiva		
3. Aprobado por el consejo de administración si procede		

ADJUNTO ARCHIVE #1

Formulario de evaluación financiera del cliente

La NSMHA tiene la intención de proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del individuo. El programa de tarifas se basa en los ingresos y el tamaño de la familia. Complete la siguiente información para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento. El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en este.

PREPARADO POR EL GERENTE DE OFICINA:

NOMBRE DEL CLIENTE: _____ **CLIENTE#:** _____

LOCALIZACIÓN: _____ **PROGRAMA:** _____

DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS: Talones de salario de un mes
(Cliente y cónyuge, si corresponde) _____ Talones de cheques de desempleo de un mes
Talón de cheque del Seguro Social de un mes
Talón de cheque por discapacidad de un mes
Aviso de quiebra
Carta del cliente
Declaración del impuesto sobre la renta ** año
(Solo para documentación de dependientes)

INGRESO DEL

CÓNYUGE:

PRUEBA DE

DOMICILIO: Si No **NÚMERO DE DEPENDIENTES:** _____
Recibido

DIRECCIÓN CLIENTE: _____ **TELÉFONO:** _____
(No es un apartado de correos)

COPIAR AL CLÍNICO (indique el nombre del médico):

APROBADO POR: _____ **CANTIDAD DEL PLAN DE PAGO:** \$ _____

(Gerente de oficina)

(Ver calendario del plan de pago)

COMPLETADO POR EL CLIENTE:

Yo, _____, habiendo proporcionado la documentación de ingresos precisa y la confirmación de la dirección, acepto el plan de pago aprobado que se desarrolló para el pago de mis copagos, deducible y tarifas evaluadas aprobadas. Acepto pagar el monto del plan de pago de \$ _____ en el momento de la visita. Entiendo que el impago de este plan de pago La cantidad podría resultar en la terminación del tratamiento por parte de mi médico..

FIRMA DEL CLIENTE: _____ **FECHO:** _____

**ADJUNTO
 ARCHIVE #2**

Escala móvil de tarifas para clientes contractuales de DPH / BSAS

Tenga en cuenta que la diferencia entre la escala de tarifas y la escala de tarifas que establece las tarifas de comisión para el asesoramiento individual y grupal se factura al Departamento de Contratos de Salud Pública según lo indicado por la Política del Pagador de Último Recurso. La tarifa de DPH por persona es \$ 74.84 por hora clínica y \$ 33.66 por sesión grupal. NO se facturará al DPH según la tarifa habitual de NSMHA, solo hasta las tarifas de la Comisión de fijación de tarifas. Clientes cuyos.

Tarifas basadas en los estándares de ingresos de Masshealth y Pautas federales de pobreza	EVALUACIÓN SUBSIDIADA E INDIVIDUAL TRATAMIENTO (Por hora clínica)	GRUPO SUBSIDIADO TRATAMIENTO (Cargo si es por unidad de grupo: 1,5 horas)
Menos del 100% del nivel de pobreza	\$5.00	\$2.50
100% del nivel de pobreza	\$10.00	\$5.00
100-200% del nivel de pobreza	\$25.00	\$12.50
200-300% del nivel de pobreza	\$40.00	\$20.00
300-400% del nivel de pobreza	\$60	\$30
Más del 400% del nivel de pobreza	\$74.84	\$33.66

ADJUNTO ARCHIVE #3									
Escala móvil de tarifas de pago privado									
Plan de pago de tarifas de pago privado para clientes sin cobertura de seguro para los servicios enumerados. La elegibilidad requiere que se complete la evaluación financiera									
Los clientes que se encuentran por debajo de los estándares de ingresos de Masshealth pueden ser elegibles para los servicios a través de contratos adicionales de subvenciones.									
Fuente de pago interna #				8003	8004	8005	8006	8007	8008
Tipo de servicio	Código de servicio	Descripción	Tarifa habitual y habitual	Menos del 100% de las pautas de nivel de pobreza de Masshealth Descuento en la tasa de U&C 80%	100% de las pautas de nivel de pobreza de Masshealth Fed Tasa de descuento de U&C 70%	100%-200% de las pautas de nivel de pobreza de Masshealth Fed Tasa de descuento de U&C 60%	200%- 300% de las pautas de nivel de pobreza de Masshealth Fed Tasa de descuento de U&C 50%	300%- 400% de las pautas de nivel de pobreza de Masshealth Fed Tasa de descuento de U&C 40%	Más del 400% de las pautas de nivel de pobreza de Masshealth Fed Tasa de descuento U&C 30%
Servicios de diagnóstico									
	DE	Entrevista de diagnóstico psiquiátrico (mayores de 21)	\$205.00	\$41.00	\$61.50	\$82.00	\$102.50	\$123.00	\$143.50
Servicios de terapia									
Terapia individual	IT30	Resumen de terapia individual 16-37 minutos.	\$90.00	\$18.00	\$27.00	\$36.00	\$45.00	\$54.00	\$63.00
	IT45	Resumen de terapia individual 38-52 minutos.	\$125.00	\$25.00	\$37.50	\$50.00	\$62.50	\$75.00	\$87.50
	IT60	Resumen de terapia individual 53-60 minutos.	\$165.00	\$33.00	\$49.50	\$66.00	\$82.50	\$99.00	\$115.50
Servicios de consulta									
	CC		\$75.00	\$15.00	\$22.50	\$30.00	\$37.50	\$45.00	\$52.50
	FC	Consulta familiar por 16 minutos	\$47.00	\$9.40	\$14.10	\$18.80	\$23.50	\$28.20	\$32.90
	CC1		\$27.00	\$5.40	\$8.10	\$10.80	\$13.50	\$16.20	\$18.90
	BC60	Consulta puente para pacientes hospitalizados	\$200.00	\$40.00	\$60.00	\$80.00	\$100.00	\$120.00	\$140.00
Terapia familiar / grupal									
	FT	Terapia familiar (incluye parejas)	\$150.00	\$30.00	\$45.00	\$60.00	\$75.00	\$90.00	\$105.00
	FTWO	Cliente	\$140.00	\$28.00	\$42.00	\$56.00	\$70.00	\$84.00	\$98.00
	GT	Terapia de grupo	\$60.00	\$12.00	\$18.00	\$24.00	\$30.00	\$36.00	\$42.00
	GT90	Terapia de grupo	\$75.00	\$15.00	\$22.50	\$30.00	\$37.50	\$45.00	\$52.50
Servicios de apoyo a la recuperación									
	RC	Servicios de entrenador de recuperación por 15 minutos	\$13.96	\$2.79	\$4.19	\$5.58	\$6.98	\$8.38	\$9.77
	RSN	Navegador de soporte de recuperación por 15 minutos	\$13.97	\$2.79	\$4.19	\$5.59	\$6.98	\$8.39	\$9.78
Evaluación y manejo									
Visita de nuevo cliente		Cliente		\$45.00	\$67.50	\$90.00	\$112.50	\$135.00	\$157.50
		Codigos		\$20.00	\$30.00	\$40.00	\$50.00	\$60.00	\$70.00
Servicios de medicación									
	IMI	Inyección intramuscular	\$30.00	\$6.00	\$9.00	\$12.00	\$15.00	\$18.00	\$21.00
Tratamiento psiquiátrico diurno									
	DY60	Tratamiento diurno psiquiátrico por hora	\$20.00	\$4.00	\$6.00	\$8.00	\$10.00	\$12.00	\$14.00
	SOAP	"Motivational SOAPI" para adultos cada 3,5 horas	\$175.00	\$35.00	\$52.50	\$70.00	\$87.50	\$105.00	\$122.50
	DYPA	Evaluación previa al ingreso al tratamiento diurno por hora	\$40.00	\$8.00	\$12.00	\$16.00	\$20.00	\$24.00	\$28.00
Servicios de emergencia									
	UC	Servicios ambulatorios de urgencia / Psicoterapia para crisis	\$171.13	\$34.23	\$51.34	\$68.45	\$85.57	\$102.68	\$119.79
Servicios telefónicos									
	NPPE	Evaluación telefónica no psicológica 5-10 minutos	\$20.00	\$4.00	\$6.00	\$8.00	\$10.00	\$12.00	\$14.00
	NPP2	11-20 minutos	\$35.00	\$7.00	\$10.50	\$14.00	\$17.50	\$21.00	\$24.50
	NPP3	21-30 minutos	\$45.00	\$9.00	\$13.50	\$18.00	\$22.50	\$27.00	\$31.50
	PHPE	Evaluación telefónica psicológica / professional 5-10 minutos	\$100.00	\$20.00	\$30.00	\$40.00	\$50.00	\$60.00	\$70.00
	PPE2	11-20 minutos	\$145.00	\$29.00	\$43.50	\$58.00	\$72.50	\$87.00	\$101.50
	PPE3	21-30 minutos	\$180.00	\$36.00	\$54.00	\$72.00	\$90.00	\$108.00	\$136.00

ADJUNTO ARCHIVE #4

2020 Estándares de ingresos de MassHealth y pautas federales de pobreza

Tamaño de la familia	MassHealth Estándares de ingresos		100% Nivel federal de pobreza		5% Nivel federal de pobreza		130% Nivel federal de pobreza		133% Nivel federal de pobreza		150% Nivel federal de pobreza	
	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual
1	\$522	\$6,264	\$1,064	\$12,768	\$54	\$648	\$1,383	\$16,596	\$1,415	\$16,980	\$1,595	\$19,140
2	\$650	\$7,800	\$1,437	\$17,244	\$72	\$864	\$1,868	\$22,416	\$1,911	\$22,932	\$2,155	\$25,860
3	\$775	\$9,300	\$1,810	\$21,720	\$91	\$1,092			\$2,408	\$28,896	\$2,715	\$32,580
4	\$891	\$10,692	\$2,184	\$26,208	\$110	\$1,320			\$2,904	\$34,848	\$3,275	\$39,300
5	\$1,016	\$12,192	\$2,557	\$30,684	\$128	\$1,536			\$3,401	\$40,812	\$3,835	\$46,020
6	\$1,141	\$13,692	\$2,930	\$35,160	\$147	\$1,764			\$3,897	\$46,764	\$4,395	\$52,740
7	\$1,266	\$15,192	\$3,304	\$39,643	\$166	\$1,992			\$4,394	\$52,728	\$4,955	\$59,460
8	\$1,383	\$16,596	\$3,677	\$44,124	\$184	\$2,208			\$4,890	\$58,680	\$5,515	\$66,180
Por cada persona adicional	\$133	\$1,596	\$374	\$4,488	\$19	\$228			\$497	\$5,964	\$560	\$6,720

Estas cifras están redondeadas y pueden no reflejar las cifras utilizadas en la determinación del programa. Estándar de ingresos institucionales \$ 72.80

Tamaño de la familia	165% Nivel federal de pobreza		200% Nivel federal de pobreza		250% Nivel federal de pobreza		300% Nivel federal de pobreza		400% Nivel federal de pobreza	
	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual	Mensual	Anual
1	\$1,755	\$21,060	\$2,127	\$25,524	\$2,659	\$31,908	\$3,190	\$38,280	\$4,254	\$51,048
2	\$2,371	\$28,452	\$2,874	\$34,488	\$3,592	\$43,104	\$4,310	\$51,720	\$5,747	\$68,964
3			\$3,620	\$43,440	\$4,525	\$54,300	\$5,430	\$65,160	\$7,240	\$86,880
4			\$4,367	\$52,404	\$5,459	\$65,508	\$6,550	\$78,600	\$8,734	\$104,808
5			\$5,114	\$61,368	\$6,392	\$76,704	\$7,670	\$92,040	\$10,227	\$122,724
6			\$5,860	\$70,320	\$7,325	\$87,900	\$8,790	\$105,480	\$11,720	\$140,640
7			\$6,607	\$79,284	\$8,259	\$99,108	\$9,910	\$118,920	\$13,214	\$158,568
8			\$7,354	\$88,248	\$9,192	\$110,304	\$11,030	\$132,360	\$14,707	\$176,484
Por cada persona adicional			\$747	\$8,964	\$934	\$11,208	\$1,120	\$13,440	\$1,494	\$17,928

Estas cifras están redondeadas y pueden no reflejar las cifras utilizadas en la determinación del programa. Estándar de ingresos institucionales \$ 72.80