

**POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO DE ATLANTIC GENERAL
HOSPITAL/HEALTH SYSTEM**

TÍTULO: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES

Fecha de vigencia: 1/jul/2016

Número: _____

Revisado: Ago/2018

Páginas: Cinco (5)

Fecha de revisión: Ago/2018, ene/2021

Fecha de aprobación: 6/sep/2018

Firma:

Vicepresidente, Finanzas

Director, Servicios Financieros para Pacientes
Autor

FECHAS DE APROBACIÓN:

6/sep/2018, 5/feb/2021
Junta Directiva

Comité de Finanzas

POLÍTICA:

Es política de Atlantic General Hospital/Health System (AGH/HS) brindar servicios médicamente necesarios sin cargo o a un costo reducido a todos los pacientes elegibles que carecen de cobertura de atención médica o cuya cobertura de atención médica no paga el costo total de su factura por servicios de AGH/HS. La intención de esta política es garantizar el acceso a los servicios de AGH/HS, independientemente de la capacidad de pago de una persona, y proporcionar esos servicios de manera caritativa a personas indigentes calificadas de acuerdo con esta política. La asistencia financiera (FA) se otorga una vez que se hayan agotado todas las demás vías, incluyendo, entre otras, la asistencia médica, el financiamiento privado, los programas de subvenciones, las tarjetas de crédito y/o los acuerdos de pago. La FA se aplica solo a las facturas relacionadas con los servicios prestados por AGH/HS. Los honorarios por servicios de atención médica y profesionales que no proporciona AGH/HS no están incluidos en esta política. Los servicios de emergencia y de urgencia, incluidos los servicios que se proporcionan en el centro de cirugía ambulatoria de AGH, pueden considerarse para FA. Todos los servicios regulados por hospitales se cobrarán de manera uniforme según lo establecido por la Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud (HSCRC) y los montos generalmente facturados (AGB). A todos los pacientes que soliciten servicios de atención de caridad de un proveedor de AGHS en un área no regulada se les cobrará el programa de tarifas más el margen estándar, a menos que se haga una

determinación final de elegibilidad para FA por los servicios prestados a una persona indigente calificada de acuerdo con los procedimientos establecidos más adelante. Cada trimestre se actualiza una lista de proveedores que brindan atención de emergencia, urgente y otra atención médicamente necesaria y que está disponible en el sitio web del hospital en www.atlanticgeneral.org. En dicha lista se indica qué proveedores están cubiertos y cuáles no en virtud de la política de FA. Esta información también está disponible llamando a un asesor financiero al (410) 629-6025. El paciente debe tener un número de seguro social válido, una tarjeta verde válida o una visa válida. El pago de un paciente por atención de costo reducido para AGH no excederá el monto generalmente facturado (AGB) según lo que determine la Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud (HSCRC).

Definiciones:

Atención de emergencia: Un accidente de emergencia, es decir, un evento externo repentino que provoca lesiones corporales, o una enfermedad de emergencia, es decir, la aparición repentina de síntomas agudos de tal gravedad que, ante la ausencia de atención inmediata, puede tener consecuencias médicas graves.

Necesidad médica: Los servicios de atención médica para pacientes hospitalizados o ambulatorios que se proporcionan con el propósito de evaluar, diagnosticar y/o tratar una lesión, enfermedad, dolencia o sus síntomas que, de no ser tratados, podrían representar una amenaza para el estado de salud actual. Los servicios deben:

- Ser clínicamente apropiados y estar dentro de los estándares de práctica médica generalmente aceptados.
- Representar el suministro, dispositivo o servicio más apropiado y rentable que se puede proporcionar de manera segura y disponible con un propósito principal que no sea la conveniencia del paciente o proveedor.

Familia inmediata: Una unidad familiar se define como todas las exenciones que figuran en la declaración de impuestos sobre la renta de la persona que completa la solicitud, independientemente de si es o no la persona que presenta la declaración o si figura como cónyuge o dependiente. Para las personas sin hogar o en el caso de que no se pueda obtener un miembro de la familia, se asumirá que el tamaño de la unidad familiar es uno. Si no se ha presentado una declaración de impuestos, se deben presentar los ingresos de todos los miembros que viven en el hogar.

Estado de cuenta de facturación posterior al alta: El primer estado de cuenta después de la fecha de alta de un paciente hospitalizado o la fecha de servicio de un paciente ambulatorio.

Dificultad médica: Deuda médica contraída por una familia en el transcurso de los doce meses anteriores que supera el 25% de los ingresos familiares. El hospital brindará atención médica necesaria a un costo reducido a los pacientes con ingresos familiares iguales o inferiores al 500% del nivel federal de pobreza.

Activos líquidos: Dinero en efectivo, saldos de cuentas corrientes/de ahorro, certificados de depósito, acciones, bonos, fondos del mercado monetario, propiedades de alquiler, etc. La disponibilidad de activos líquidos más el ingreso anual se puede considerar en relación con las pautas de pobreza vigentes publicadas en el Registro Federal.

Deuda médica: Gastos de bolsillo, excluyendo copagos, coseguro y deducibles, para costos médicos por parte de AGH/HS.

Acciones de cobranza extraordinarias (ECA): Toda acción legal y/o reportes de deuda a una agencia de informes del consumidor.

Resumen en lenguaje sencillo: Un resumen de la Política de asistencia financiera que incluye información sobre cómo presentar una solicitud, apelar y cómo obtener información adicional.

Ingreso: La cantidad de ingresos según se define en las declaraciones de impuestos, los talones de pago, la carta de concesión del seguro social, el informe de desempleo, etc.

Procedimientos:

La solicitud de FA uniforme del Estado de Maryland, (Anexo 1) la política de FA de AGH/HS, la política de cobranza y el resumen en lenguaje sencillo (PLS) están disponibles en inglés y español. Ningún otro idioma constituye un grupo que represente el 5% o más del área de servicio del hospital conforme a los datos demográficos de población del condado de Worcester según la lista de la Oficina del Censo de los EE. UU. Las políticas, la solicitud y el PLS se pueden obtener sin cargo en inglés y en español mediante una de las siguientes formas:

1. Disponible a pedido llamando al (410) 629-6025.
2. Las solicitudes se encuentran en las áreas de registro y oficinas de AGHS
3. Descargándolos del sitio web del hospital:

www.atlanticgeneral.org/FAP
4. El PLS está incluido en el paquete de Admisión.
5. La información de FA está incluida en toda la declaración del paciente e incluye el número de teléfono para llamar y solicitar una copia y la dirección del sitio web donde se pueden obtener copias.
6. Los carteles de notificación de FA se colocan en las principales áreas de registro.
7. Se publica una notificación anual en el periódico local.
8. Los pacientes que tengan dificultades para completar la solicitud pueden proporcionar la información de forma oral.
9. El PLS se envía con cada declaración de cobranza.

No se tomará ninguna ECA dentro de los 120 días del primer estado de cuenta de facturación posterior al alta. Habrá un mensaje en el estado de cuenta treinta días antes de iniciar la ECA notificando al paciente. Durante el período de 120 días, se le recordará al paciente el programa de FA durante las llamadas de cobranza normales. Si la solicitud no es elegible, se reanudarán las acciones normales de cobranza, lo que incluirá notificar a la agencia, si corresponde, para que proceda con los esfuerzos de ECA. Si la solicitud se recibe dentro de los 240 días posteriores al primer estado de facturación posterior al alta y la cuenta está en una agencia de cobranza, se notificará a la agencia que suspenda todas las acciones de cobranza extraordinarias (ECA) hasta que se hayan

procesado la solicitud y todos los derechos de apelación. Puede encontrar una lista de las acciones de ECA aprobadas en la Política de cobranza y crédito. El paciente puede apelar una solicitud denegada al enviar una carta al Director de Servicios Financieros para Pacientes indicando el motivo de la solicitud.

Si la solicitud de FA se presenta incompleta, todo esfuerzo de ECA que se haya realizado se suspenderá durante 30 días calendario y se brindará asistencia al paciente para completar la solicitud. Se enviará por correo regular un aviso por escrito que describirá la información adicional y/o la documentación requerida, que incluirá un contacto telefónico para llamar y solicitar asistencia.

La FA aprobada se aplica a todos los saldos abiertos aplicables al momento en que se apruebe la solicitud y permanecerá vigente para los servicios médicamente necesarios futuros durante 6 meses. En el caso de los pacientes que hayan pagado \$5.00 o más, y que en un período de dos años se haya verificado que eran elegibles para FA al 100%, se les reembolsará cualquier monto pagado que exceda los \$5.00.

Dentro de los dos días hábiles posteriores a la solicitud del paciente de servicios de atención caritativa, solicitud de asistencia médica, o ambos, AGH/HS tomará una determinación de elegibilidad probable y comunicará la determinación al paciente y/o a su representante. La determinación de la elegibilidad probable se realizará sobre la base de una entrevista con el paciente y/o su representante. La entrevista cubrirá el tamaño de la familia, el seguro y los ingresos. La determinación de elegibilidad probable se hará sobre la base de la información proporcionada en la entrevista. No se solicitará ni requerirá ningún formulario de solicitud, verificación o documentación de elegibilidad para determinar la probable elegibilidad. La determinación final de elegibilidad para la atención de caridad para las personas indigentes calificadas se proporcionará por escrito dentro de los 2 días hábiles posteriores a la recepción de una solicitud completa de FA.

Elegibilidad automática:

Si el paciente está inscrito en un programa de verificación de recursos, la solicitud se aprobará para el 100% de AF sobre una base presuntiva, sin requerir datos financieros de respaldo. Algunos ejemplos de un programa de verificación de recursos son los almuerzos escolares reducidos/gratuitos, cupones de alimentos, asistencia de energía y vivienda, Medicaid fuera del estado, WIC y el Programa de Beneficiarios Específicos de Bajos Ingresos. El paciente es responsable de proporcionar prueba de elegibilidad.

Se otorgará AF para un paciente fallecido sin patrimonio.

Los pacientes aprobados en virtud de cualquier subvención federal o estatal son elegibles para FA por el saldo sobre el pago de la subvención.

La FA puede ser aprobada en función de su propensión a pagar según la calificación crediticia.

Consideración de elegibilidad:

Por lo general, solo se considerarán los ingresos y el tamaño de la familia al aprobar las solicitudes de AF. Los activos líquidos como propiedades de alquiler, acciones, bonos, certificados de depósito y fondos del mercado monetario se considerarán si se produce uno de los siguientes escenarios:

1. El monto solicitado es mayor a \$20,000
2. La declaración de la renta muestra una cantidad significativa de ingresos por intereses
3. El paciente tiene una cuenta corriente o de ahorros mayor a \$10,000
4. Si el paciente/garante trabaja por cuenta propia, es posible que se requiera una declaración de impuestos vigente
5. Si AGH/HS tiene motivos para considerar que la información es incorrecta o no es confiable, o si se obtuvo bajo coacción o mediante el uso de prácticas coercitivas, se puede negar la FA.

Se excluyen los siguientes activos:

1. Los primeros \$10,000 de activos monetarios
2. Hasta \$150,000 en una residencia principal
3. Ciertos beneficios de jubilación, como un 401K, cuando el IRS ha otorgado un tratamiento fiscal preferencial como una cuenta de jubilación, incluyendo, entre otros, los planes de compensación diferida calificados en virtud del Código de Rentas Internas, o los planes de compensación diferida no calificados en los que el paciente posiblemente podría pagar impuestos y/o multas al cobrar el beneficio.

La aprobación de FA se basa en el siguiente nivel de ingresos:

- 0% a 200% de las Pautas Federales de Pobreza - 100% de reducción para atención médicamente necesaria
- Entre el 201% y el 225% de las Pautas Federales de Pobreza - Atención médicamente necesaria con costo reducido al 75%
- Entre el 226% y el 250% de las Pautas Federales de Pobreza - Atención médicamente necesaria con costo reducido al 50%
- Entre el 251% y el 300% de las Pautas Federales de Pobreza - Atención médicamente necesaria con costo reducido al 25%

La dificultad médica se basa en el siguiente nivel de ingresos:

- 0% a 200% de las Pautas Federales de Pobreza - 100% de reducción para atención médicamente necesaria
- Entre el 201% y el 300% de las Pautas Federales de Pobreza - Atención médicamente necesaria con costo reducido al 75%
- Entre el 301% y el 400% de las Pautas Federales de Pobreza - Atención médicamente necesaria con costo reducido al 50%
- Entre el 401% y el 500% de las Pautas Federales de Pobreza - Atención médicamente necesaria con costo reducido al 25%

Si el paciente califica tanto para la atención de costo reducido como para las dificultades médicas, se aplicará la reducción que sea más favorable para el paciente. Las Pautas Federales de Pobreza, el tamaño de la familia y el nivel de ingresos se pueden consultar en el Anexo 2.

Esta política no se puede cambiar sin la aprobación de la Junta de Fideicomisarios . Además, esta política debe ser revisada por la Junta y volver a aprobarse al menos cada 2 años.