

Definiciones:

- **Atención emergente:** Un accidente de emergencia, que significa 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 la falta de atención inmediata puede resultar en graves consecuencias médicas.
- **Atención electiva:** Atención que puede posponerse sin perjudicar o dañar al paciente o que no es médicamente necesaria. Se contactará con un representante apropiado de enfermería o médico para consultarle y determinar el estado del paciente.
- **Necesidad médica:** Los servicios de atención médica para pacientes hospitalizados o ambulatorios proporcionados con el propósito de evaluar, diagnosticar y/o tratar una lesión, enfermedad, o sus síntomas, que si de otra manera no se tratan, representarían una amenaza para el estado de salud en curso. Los servicios deben:
 - Ser clínicamente apropiados y dentro del estándar de práctica médica generalmente aceptado.
 - Representar el suministro, dispositivo o servicio más apropiado y económico que pueda proporcionarse con seguridad y estar fácilmente disponible con un propósito principal que no sea la conveniencia del paciente o del proveedor.
- **Familia inmediata:** Una unidad familiar se define como todas las exenciones en la declaración de impuestos sobre la renta para la persona que llena la solicitud, sea o no la persona que presenta la declaración o que figura como cónyuge o dependiente. Para las personas sin hogar o en el caso de que un miembro de la familia no se puede contactar, se asumirá que el tamaño de la unidad familiar es de solo una persona. Si no se ha presentado una declaración de impuestos, se deben presentar los ingresos de todos los miembros que viven en el hogar.
- **Factura luego de haber sido dado de alta:** El primer extracto de la factura después de la fecha de alta de un paciente hospitalizado o la fecha del servicio de un paciente ambulatorio.
- **Dificultades financieras para pagar gastos médicos:** La deuda médica incurrida por una familia en el transcurso de los doce meses anteriores que supere el 25% de los ingresos de la familia. La deuda médica se define como gastos directos de los costos médicos facturados por el sistema de salud. El hospital proveerá atención médica de costo reducido y médicamente necesaria a pacientes con un ingreso familiar igual o inferior al 500% del Nivel Federal de Pobreza.
- **Acciones de Cobranza Extraordinaria (ECA, por sus siglas en inglés):** Tomar cualquier acción legal y/o informar de la deuda a una agencia de informes de consumidores.

- Resumen en lenguaje simple: Un resumen de la Política de Asistencia Financiera (FA) que incluye información sobre cómo solicitarla y cómo obtener información adicional.
- Ingresos: La cantidad de ingresos según se define en las declaraciones de impuestos.

Procedimientos:

La solicitud uniforme de Asistencia Financiera del Estado de Maryland, (Adjunto 1), la política de Asistencia Financiera de AGH/AGHS, la política de Cobranzas y el Resumen en lenguaje simple están disponibles en inglés y español. Ningún otro idioma constituye un grupo que sea el 5% o más del área de servicio hospitalario basado en la demografía de la población del condado de Worcester según lo listado por la Oficina del Censo de los EE. UU. Las políticas se pueden obtener de forma gratuita en inglés y en español de una de las siguientes maneras:

1. Disponibles previa solicitud llamando al (410) 629-6025.
2. Recogiéndolas en las áreas de registro
3. Descargándolas del sitio web del hospital: www.atlanticgeneral.org/FAP
4. El Resumen en lenguaje simple se incluye en el paquete de Admisión
5. La información sobre Asistencia Financiera (FA) se incluye en todas las declaraciones indicando el número de teléfono para llamar y solicitar una copia y la dirección del sitio web donde también se pueden obtener copias.
6. En las principales áreas de registro se colocan afiches de notificación de Asistencia Financiera (FA)
7. Una notificación anual se publica en el periódico local y se presenta en los eventos de la zona
8. Los pacientes que tienen dificultades para completar la solicitud pueden proporcionar oralmente la información

No se tomará ninguna ECA dentro de los 120 días de la primera factura posterior al alta. Se incluirá un mensaje en la factura treinta días antes de iniciar las Acciones de Cobranza Extraordinaria (ECA) notificando al paciente. Durante el período de 120 días, se le recordará al paciente sobre el programa de Asistencia Financiera (FA) durante las llamadas normales de cobranza. Si la solicitud no es elegible, se reanudarán las acciones normales de cobranza, lo que incluye notificar a la agencia si procede para proseguir con los esfuerzos de ECA. Si la solicitud se recibe dentro de los 240 días siguientes a la primera factura posterior al alta, y la cuenta se encuentra en una agencia de cobranza, se notificará a la agencia que suspenda todos los esfuerzos de ECA hasta que se hayan procesado la solicitud y todos los derechos de apelación. Se puede encontrar una lista de acciones ECA aprobadas en la Política de Cobranzas. El paciente puede apelar una solicitud denegada enviando una carta al Director de Servicios Financieros del Paciente indicando el motivo de la solicitud.

Si la solicitud de Asistencia Financiera (FA) se presenta incompleta, los esfuerzos de ECA que se hayan tomado se suspenderán durante 30 días calendario y se proporcionará asistencia al paciente para que se complete la solicitud. Se enviará por correo un aviso por escrito que describa la

información adicional y/o la documentación requerida, que incluye un contacto telefónico para solicitar ayuda.

Si la Asistencia Financiera (FA) es aprobada, el servicio tres meses antes de la fecha de la aprobación original y doce meses después del día de la aprobación será incluido en el ajuste. Para los pacientes que han sido aprobados para el 100%, se devolverá al paciente cualquier cantidad superior a \$5.00 que ya haya sido cobrada al paciente o garante para las fechas de servicio aprobadas al 100% si la determinación se hace dentro de los dos años de la fecha de aprobación de la Asistencia Financiera (FA).

La determinación de elegibilidad será proporcionada por escrito dentro de dos días hábiles luego de que el Comité de Asistencia Financiera (FA) haya recibido una solicitud completada.

Elegibilidad automática:

Si el paciente está inscrito en un programa de ayuda con comprobación previa de recursos financieros (means-tested), la solicitud es aprobada para el 100% de la Asistencia Financiera (FA) en una base presuntiva, sin necesidad de información financiera de respaldo. Ejemplos de un programa de ayuda con comprobación previa de recursos financieros son almuerzos escolares a precio reducido/gratis, cupones de alimentos, asistencia energética y de vivienda, Medicaid fuera del estado, Programa de Beneficiario de Medicaid Calificado y el Programa de Beneficiarios de Bajos Ingresos Especificados. El paciente es responsable de proporcionar las pruebas de elegibilidad.

Se concederá Asistencia Financiera (FA) para un paciente fallecido sin bienes.

Los pacientes aprobados en virtud de cualquier tipo de ayuda federal o estatal son elegibles para Asistencia Financiera (FA) para el saldo que no se pueda cubrir con el pago de esta ayuda.

La Asistencia Financiera (FA) puede ser aprobada basándose en qué tan propenso es el paciente a pagar según su puntuación de crédito.

Consideración para la elegibilidad:

Generalmente sólo se considerarán los ingresos y el tamaño de la familia para la aprobación de las solicitudes de Asistencia Financiera (FA). Los activos líquidos tales como propiedades de alquiler, acciones, bonos, CDs y fondos del mercado monetario se considerarán si se produce uno de los siguientes escenarios:

1. El monto solicitado es superior a \$20,000
2. La declaración de impuestos muestra una cantidad significativa de ingresos por intereses
3. El paciente tiene una cuenta de ahorros o cuenta de cheques superior a \$10,000
4. Si el paciente/garante es trabajador independiente, puede ser necesaria una declaración de pérdidas y ganancias

Los siguientes activos están excluidos:

1. Los primeros \$10,000 de activos monetarios
2. Hasta \$150,000 en una residencia primaria
3. Determinados beneficios de jubilación tales como una cuenta 401K en la que el IRS ha otorgado un tratamiento tributario preferencial como en la cuenta de jubilación incluyendo, por ejemplo, planes de compensación diferida calificados según el Código de Rentas Internas o planes de compensación diferida no calificados en los que el paciente potencialmente podría pagar impuestos y/o multas por cobrar el beneficio.

La aprobación de Asistencia Financiera (FA) se basa en los siguientes niveles de ingresos:

- 0% al 200% de las pautas federales de pobreza - Reducción del 100% para atención médicamente necesaria
- Entre el 201% y 225% de las pautas federales de pobreza - Costo reducido del 75% para la atención médicamente necesaria
- Entre el 226% y 250% de las pautas federales de pobreza - Costo reducido del 50% para la atención médicamente necesaria
- Entre el 251% y 300% de las pautas federales de pobreza - Costo reducido del 25% para la atención médicamente necesaria

Las dificultades financieras para pagar gastos médicos se basan en los siguientes niveles de ingresos:

- 0% al 200% de las pautas federales de pobreza - Reducción del 100% para atención médicamente necesaria
- Entre el 201% y 300% de las pautas federales de pobreza - Costo reducido del 75% para la atención médicamente necesaria
- Entre el 301% y 400% de las pautas federales de pobreza - Costo reducido del 50% para la atención médicamente necesaria
- Entre el 401% y 500% de las pautas federales de pobreza - Costo reducido del 25% para la atención médicamente necesaria

Si el paciente califica tanto para la atención a un costo reducido y ayuda por dificultades financieras, se aplicará la reducción que sea más favorable para el paciente. Puede encontrar una referencia de la Pauta Federal de Pobreza, el tamaño de la familia y el nivel de ingresos en el Adjunto 2.

Esta política no puede cambiarse sin la aprobación del Junta de Directivos. Además, esta política debe ser revisada por la Junta y volverse a aprobar por lo menos cada dos años.