

**ATLANTIC GENERAL HOSPITAL/HEALTH SYSTEM**

**POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO**

<b>TÍTULO:</b>	<b>POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA</b>
<b>DEPARTAMENTO:</b>	<b>SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES</b>

Fecha de vigencia: 01/jul/2016 Número: \_\_\_\_\_

Fecha de revisión: ago/2018, abr/2023 Páginas: Seis (6)  
01/jul/2024

Fecha de revisión: ago/2018, ago/2022,  
oct/2022, abr/2023,  
oct/2024

Firma:

\_\_\_\_\_  
Vicepresidente de Finanzas

Director de Servicios Financieros para Pacientes

**FECHAS DE APROBACIÓN:**

Autor

06/sep/2018, 05/feb/2021, 03/nov/2022,  
01/jun/2023, 24/oct/2024  
Junta Directiva

26/oct/2022, 25/may/2023, 17/oct/2024  
Comité de Finanzas

**Política:**

Es política del Atlantic General Hospital/Health System (AGH/HS) brindar servicios médicamente necesarios a quienes no tienen los recursos para pagarlos, o a un costo reducido a todos los pacientes elegibles cuya cobertura de atención médica no cubre el costo total de sus facturas hospitalarias. Los servicios se brindarán sin discriminación por motivos de raza, color, sexo, religión, ascendencia, estado civil, orientación sexual, identidad de género, información genética, discapacidad, nacionalidad o credo. Además, la ciudadanía o el estado migratorio del paciente no se utilizarán como requisito de elegibilidad para la Asistencia Financiera (FA). La elegibilidad se basa en los ingresos y el tamaño de la familia. Se ofrecen planes de pago sin intereses para cualquier parte de la factura que no sea elegible para FA, que no excederá el 5% del ingreso mensual ajustado del paciente. La FA se aplica solo a las facturas relacionadas con los servicios proporcionados por AGH/HS. Los honorarios por servicios de atención médica y profesionales que no proporciona AGH/HS no se incluyen en esta política. A todos los pacientes no asegurados o con seguro insuficiente atendidos en el hospital se les cobrará de manera uniforme

según lo establecido por la Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud (HSCRC), lo que equivale a la metodología de montos generalmente facturados (AGB).

A todos los pacientes no asegurados o con seguro insuficiente atendidos por un proveedor de AGHS en un área no regulada se les cobrará la Tarifa de Medicare o una tarifa contratada en ausencia de una Tarifa de Medicare. 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](http://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.

### **Definiciones:**

- a. **Atención de emergencia:** Un accidente de emergencia, por ejemplo, un evento externo repentino que provoca lesiones corporales, o una enfermedad de emergencia, por ejemplo, la aparición repentina de síntomas agudos de tal gravedad que, ante la ausencia de atención inmediata, puede tener consecuencias médicas graves.
- b. **Médicamente necesario:** Servicios de atención médica para pacientes hospitalizados o ambulatorios proporcionados con el fin de evaluar, diagnosticar y/o tratar una lesión, enfermedad, condición o sus síntomas que, si no se tratan, podrían representar una amenaza para el estado de salud continuo. Los servicios deben:
  - i. Ser clínicamente apropiados y estar dentro de los estándares de práctica médica generalmente aceptados.
  - ii. 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.
- c. **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 conseguir 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.
- d. **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.
- e. **Dificultades médicas:** Deuda médica contraída por una familia en un período de 12 meses que exceda el 25% del ingreso familiar. La deuda médica se define como los gastos de bolsillo por atención médicamente necesaria que AGH/HS factura. El hospital brindará atención médicamente necesaria a un costo reducido a los pacientes con ingresos familiares iguales o inferiores al 500% del Nivel Federal de Pobreza.
- f. **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. Se excluyen los primeros \$100,000 de activos monetarios.

- g. Deuda médica: Gastos de bolsillo, excluyendo los copagos, coseguros y deducibles, por costos médicos que AGH/HS factura.
- h. Acciones de cobranza extraordinarias (ECA): Cualquier acción legal y/o informe de la deuda a una agencia de informes del consumidor.
- i. Resumen en lenguaje sencillo (PLS): Un resumen de la Política de Asistencia Financiera que incluye información sobre cómo presentar una solicitud, y cómo obtener información adicional.
- j. 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.

**Difusión y educación del paciente:**

La solicitud de FA uniforme del Estado de Maryland, la política de FA de AGH/HS (Anexo 1), 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. A los residentes de Delaware se les indica que dejen los siguientes campos en blanco en el formulario de solicitud:

- Número de Seguro Social
- Estado civil
- Estado de residencia
- Activos líquidos y otros

Las políticas, la solicitud y el PLS se pueden obtener sin cargo en inglés y en español mediante una de las siguientes formas:

- a. Disponible a pedido llamando al (410) 629-6025.
- b. Se encuentran en las áreas de registro y en las oficinas de AGHS.
- c. Descargándolos del sitio web del hospital; [www.atlanticgeneral.org/FAP](http://www.atlanticgeneral.org/FAP).
- d. El PLS se inserta en el paquete de admisión.
- e. La información de FA figura en toda la declaración del paciente e incluye el número de teléfono para llamar y solicitar una copia y la dirección del sitio web en la que se pueden obtener copias.
- f. Los carteles de notificación de FA se colocan en las principales áreas de registro.
- g. Se publica una notificación anual en el periódico local.
- h. Los pacientes que tengan dificultades para completar la solicitud pueden proporcionar oralmente la información.

- i. El PLS está en la tercera declaración del paciente.

#### **Proceso de cobro mediante preaprobación para asistencia financiera**

- a. El Nivel Federal de Pobreza (FPL) se calculará al momento de la primera colocación de autopago y nuevamente 240 días después de que se emitió originalmente la factura. No se tomarán Acciones de cobranza extraordinarias (ECA) dentro de los 180 días del primer estado de cuenta de facturación posterior al alta. Se incluirá un mensaje de notificación en el estado de cuenta 30 días antes de iniciar las ECA notificando al paciente. Durante el período de 180 días, se le recordará al paciente la opción de FA durante las llamadas de cobro normales. Si el paciente solicita FA pero la solicitud no es elegible, se reanudarán las acciones de cobro normales, lo que incluirá notificar a la agencia, si corresponde, para proceder con los esfuerzos de ECA.
- b. Si la solicitud se recibe dentro de los 240 días posteriores al primer estado de cuenta de facturación posterior al alta, y la cuenta está en una agencia de cobranzas, se notificará a la agencia que suspenda todas las 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 (#3247).
- c. 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 necesaria, lo que incluirá un contacto telefónico para llamar y solicitar asistencia.
- d. La FA aprobada mediante un proceso de solicitud completo 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 seis meses. La FA aprobada a partir del proceso de elegibilidad presunta solo se otorga para servicios actuales y cuentas pasadas. Los servicios futuros necesitarán revalidación. 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%, recibirán el reembolso.
- e. Dentro de los 2 días hábiles posteriores a la solicitud inicial de FA, se proporcionará por escrito una determinación de elegibilidad probable. Se debe proporcionar información sobre el tamaño de la familia, el seguro y los ingresos antes de que se pueda tomar una determinación final.

#### **Elegibilidad:**

- a. Si el paciente está inscrito en un programa de verificación de recursos, la solicitud se aprobará para el 100% de FA sobre una base presuntiva, sin requerir datos financieros de respaldo. El paciente es responsable de proporcionar prueba de elegibilidad. Algunos ejemplos de un programa de verificación de recursos son:
  - Almuerzo escolar gratuito o a precio reducido
  - Cupones de alimentos (SNAP)
  - Asistencia para energía y de vivienda
  - Medicaid fuera del estado

- Programas para mujeres, bebés y niños (WIC)
  - 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
  - Cobertura QMB/SLMB
- b. Si un paciente solicita una opción de plan de pago sin intereses para la totalidad o una parte de su responsabilidad de pago por cuenta propia, se revisará la elegibilidad para FA según la Guía Federal de Pobreza al momento de la solicitud y 240 días después de que se emitió la factura si el plan de pago todavía está activo.

**Consideración de elegibilidad:**

Solo se considerarán los ingresos y el tamaño de la familia al aprobar las solicitudes de FA. Esto incluye todos los recursos financieros disponibles de otras personas y entidades que puedan tener responsabilidad legal por el paciente. 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:

- a. El monto solicitado es mayor a \$20,000
- b. La declaración de la renta muestra una cantidad significativa de ingresos por intereses
- c. El paciente tiene una cuenta corriente o de ahorros mayor a \$100,000
- d. Si el paciente/garante trabaja por cuenta propia, es posible que se requiera un estado de pérdidas y ganancias actual
- e. Se excluyen los siguientes activos:
  - i. Los primeros \$100,000 de activos monetarios.
  - ii. 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 de la Guía Federal de Pobreza (FPL):**

- a. 0% a 200% de la FPL - 100% de reducción para atención médicamente necesaria
- b. Entre el 201% y el 225% de la FPL - Atención médicamente necesaria con costo reducido al 75%
- c. Entre el 226% y el 250% de la FPL - Atención médicamente necesaria con costo reducido al 50%
- d. Entre el 251% y el 300% de la FPL - Atención médicamente necesaria con costo reducido al 25%

**Las dificultades médicas se basan en el siguiente nivel de ingresos:**

- a. 0% a 200% de la FPL - 100% de reducción para atención médicamente necesaria
- b. Entre el 201% y el 300% de la FPL - Atención médicamente necesaria con costo reducido al 75%
- c. Entre el 301% y el 400% de la FPL - Atención médicamente necesaria con costo reducido al 50%
- d. Entre el 401% y el 500% de la FPL - Atención médicamente necesaria con costo reducido al 25%

Si el paciente califica tanto para la atención con costo reducido como para dificultades médicas, se aplicará la reducción que le resulte más favorable. La FPL, 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 Directiva. Además, esta política debe ser revisada por la Junta y volver a aprobarse al menos cada 2 años.

**Apelaciones**

Los pacientes y garantes pueden apelar cualquier decisión sobre su elegibilidad para FA. Se enviará una carta de apelación, incluyendo cualquier información adicional que pueda aplicarse, al Director de Servicios Financieros para Pacientes indicando el motivo de la apelación. Además, se puede enviar una apelación a la Unidad de Educación y Defensa de la Salud de la Oficina del Fiscal General de Maryland. Se puede proporcionar asistencia para presentar y mediar una apelación. La carta de determinación escrita deberá incluir la dirección, número de teléfono, número de fax, dirección de correo electrónico, dirección postal y sitio web de la Unidad de Educación y Defensa de la Salud.

Unidad de Educación y Defensa de la Salud

200 St Paul Street

Baltimore, MD 21202

Número de teléfono: (410) 528-1840, línea gratuita: 1-877-261-8807

Número de fax: (410) 576-6571

<https://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/CPD/HEAU/default.aspx>