

HonorHealth

Asunto:	Política de Asistencia Financiera	
Fuente:	Ciclo de Ingresos	Política #: AD1057
Sección:	Servicios Financieros para el Paciente	Página: 1 de 6
Distribución:	John C. Lincoln, Deer Valley, Scottsdale Shea, Scottsdale Osborn, Scottsdale Thompn Peak, Greenbaum Specialty Hospital, Sonoran Health and Emergency Center	Aprobada por: Belle Butler VP de las Operaciones de Ciclo de Ingresos
Fechas de revisión:	Fecha efectiva: 06/15/15	

PROPÓSITO

Asegurar un método uniforme para que se aplique la Política de Asistencia Financiera a nuestros clientes que no cuentan con, o no tienen suficiente cobertura de seguro médico. La política proporciona:

La aplicación uniforme a lo largo de los hospitales de HonorHealth.

El cumplimiento con la sección 501R del Código de Impuestos Internos (Internal Revenue Code) referente al estatus de exención de impuestos.

POLÍTICA

HonorHealth (“la Red”) está comprometido a proporcionar la mejor atención posible a todos nuestros pacientes y a ayudar a que cada persona que nos ha confiado su atención pueda disfrutar al máximo del regalo de contar con la mejor salud posible. Para lograr este objetivo, la Red proporcionará asistencia financiera para cubrir los gastos de atención hospitalaria de emergencia u otra atención urgente médicamente necesaria a pacientes que no cuenten con cobertura de seguro médico o cuya cobertura no sea suficiente, y que reúna los requisitos financieros y de documentación que se definen en esta Política de Asistencia Financiera (“la Política”). La Red tiene la responsabilidad de operar de una manera prudente, que le permita seguir proporcionando sus servicios, por consiguiente, la Red busca evaluar de manera objetiva las circunstancias de cada paciente o de las partes responsables y ofrecer servicios gratuitos o con descuento cuando sea necesario y apropiado respecto a las buenas prácticas empresariales.

Esta política no es aplicable en los casos en que la Red tenga derechos de retención en conformidad con las Secciones 33-931 – 33-934 del A.R.S., lo que significa que si existe un acuerdo de gravamen, la Red recolectará los fondos de dicho gravamen. Cada situación se revisará de manera independiente y se efectuarán ajustes cuando existan circunstancias atenuantes con base en el siguiente procedimiento:

PROCEDIMIENTO

A. Definiciones

Atención de emergencia y otros tipos de atención médicamente necesaria. La atención de emergencia no-electiva u otros tipos de atención urgente se limita a la atención definida como médicamente necesaria conforme a las pautas de Medicaid del estado de Arizona.

Ingreso familiar: La remuneración total que reciben todos los miembros de familia de 18 años o mayores que viven en la misma casa.

Sin cobertura de seguro médico: Las personas sin seguro médico y que no califican para Medicaid.

Sin suficiente cobertura de seguro médico: Las personas sin cobertura de seguro médico adecuada o que no cuentan con los medios para pagar lo correspondiente a su responsabilidad.

B. Cargos por la atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios: A ninguna persona que sea elegible a recibir apoyo bajo esta Política de Asistencia Financiera se le cobrará más por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que el “promedio del costo bruto” (AGB, por sus siglas en

inglés), definido como la cantidad promedio que pagan las personas que cuentan con seguro médico. El porcentaje de AGB de la Red es el 19% de los cargos brutos, por lo que lo más que pagará una persona elegible a recibir asistencia financiera será el 19% de los cargos brutos. La asistencia financiera únicamente es aplicable a los cargos correspondientes a las instalaciones. Los descuentos no son aplicables a terceras partes involucradas en la atención del paciente. Ejemplos de terceras partes involucradas en la atención del paciente incluyen, pero no se limita a todos los médicos, médicos de la sala de emergencias, patólogos, radiólogos y anestesiólogos. Las solicitudes que se reciban antes de obtener los servicios requerirán la aprobación del Comité de Caridad.

- C. Requisitos de elegibilidad para recibir asistencia financiera: Para determinar si un paciente reúne los requisitos de elegibilidad para recibir asistencia financiera, la Red toma en cuenta hasta qué medida la persona cuenta con ingresos u otros bienes que pudieran utilizarse para satisfacer su obligación financiera. La Red tomará en cuenta el estatus laboral para determinar la posibilidad de que sus ganancias futuras sean suficientes para cumplir con la obligación relacionada con la atención médica dentro de un plazo de tiempo razonable (por ejemplo, el paciente se encuentra temporalmente desempleado, pero cuando regrese a su trabajo podrá pagar su obligación). La asistencia financiera no está disponible para aquellas personas que cuenten con seguro médico pero elijan no mandar la factura a su seguro, o para pacientes que no cooperen con los procedimientos de las aseguradoras. La asistencia financiera estará disponible de la siguiente manera para los pacientes que, aparte de sus ingresos, no cuenten con bienes para pagar su factura de la Red:
1. Atención gratuita. El paciente recibirá un descuento total (el 100%) sobre los cargos brutos si él/ella demuestra que su ingreso familiar es igual o inferior al 200% conforme a las pautas del nivel federal de pobreza.
 2. Atención con descuento. Existen otros descuentos de asistencia financiera sobre los cargos brutos, disponibles para pacientes con niveles de ingresos más altos, los cuales se enumeran en el **Anexo A**. Todos los descuentos están sujetos al proceso de verificación de ingresos y bienes de la Red, además de otros requisitos de elegibilidad para recibir la asistencia financiera de la Red.
 3. Proceso de verificación para recibir asistencia financiera: Únicamente los pacientes sin seguro médico calificarán para recibir un descuento del 81% de los cargos facturados mediante un proceso de verificación. Dichos pacientes de pago propio pueden completar un certificado de ingresos y bienes en lugar de la solicitud completa de asistencia financiera. Existen descuentos adicionales disponibles si el paciente logra demostrar un ingreso inferior al 300% conforme al límite de nivel de pobreza según el apéndice A.
 4. Autoridad discrecional: En casos de dificultades extremas, o por circunstancias compasivas, el Director de Servicios Financieros para el Paciente (“el Director”) cuenta con el poder para juzgar a su discreción y conceder ayuda a pacientes que en otras circunstancias no calificarían para recibir asistencia financiera. En los casos en que el paciente no pueda o no esté dispuesto a cooperar, o que la documentación que proporcione no sea suficiente para evaluar la situación financiera del paciente en su totalidad, el Director hará su mejor esfuerzo por identificar las necesidades potenciales utilizando reportes crediticios, registros pasados o actuales de AHCCCS y otra información que esté disponible. En tales casos, el Director cuenta con el poder para juzgar a su discreción o para otorgar atención gratuita o con descuento a algún paciente cuando el empleado autorizado se sienta satisfecho de que el cliente no tiene la capacidad para pagar, en vez de no estar dispuesto a pagar su obligación financiera. La autoridad discrecional para otorgar atención gratuita o con descuento en casos de dificultades extremas o de compasión es como sigue:
 5. El uso que haga la Red de las pautas del nivel federal de pobreza se actualizará anualmente junto con las pautas federales de pobreza publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Sociales (Health and Human Services) de los Estados Unidos.
- D. Comunicación de la Política de Asistencia Financiera: El Hospital comunicará la disponibilidad de la asistencia financiera a todos los pacientes mediante métodos de comunicación apropiados en las áreas de servicio del Hospital. Los métodos que el hospital utilizará para informar sobre la política incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente:

- Se colocarán letreros, información y folletos en áreas apropiadas del hospital.
- Se colocará el Resumen de la Política en Lenguaje Simple (Plain Language Summary), escrito en inglés y español en lugares visibles en las áreas de registro de pacientes y se proporcionará una copia del mismo a cada paciente durante el proceso de facturación.
- Se contará con personas asignadas para explicar la Política de Asistencia Financiera del Hospital.
- Se incluirá información en los estados de cuenta del Hospital sobre la disponibilidad de la asistencia financiera y el número de teléfono a contactar para solicitar más información.
- Se publicará la información referente a la disponibilidad de la asistencia financiera en la página de internet del Hospital.

E. Método para solicitar la asistencia financiera. Se alentará a los pacientes a solicitar la asistencia financiera antes de, durante o dentro de un tiempo razonable después de que se haya proporcionado la atención.

1. Solicitud para recibir asistencia financiera: Los pacientes podrán solicitar asistencia financiera en la oficina de Servicios Financieros para el Paciente ya sea en persona, mediante un sustituto, miembro de la familia u otra parte apropiada. El paciente o su sustituto deberá proporcionar a la Red la información financiera u otra información necesaria para determinar su elegibilidad bajo la presente Política. El paciente también deberá proporcionar a la Red la información financiera u otra información que sea necesaria y solicitar otros recursos de asistencia financiera que pudieran estar disponibles para pagar por su atención médica (por ejemplo, Medicare, Medicaid, AHCCCS, la responsabilidad de terceras partes, etc.). Las visitas comprendidas dentro de los 6 meses a partir de su tratamiento podrán cubrirse sin la necesidad de completar una nueva solicitud de asistencia financiera conforme a la discreción del Director de Servicios Financieros para el Paciente.
2. Notificación de la decisión: La Red notificará al paciente dentro de un tiempo razonable (por lo general 30 días) después de recibir la petición para recibir asistencia financiera y cualquier información financiera u otra documentación requerida para determinar la elegibilidad a recibir la asistencia financiera. La Red también aconsejará al paciente sobre las responsabilidades que tiene bajo estas pautas para recibir la asistencia financiera. Una vez que se haya aprobado que el paciente reciba algún descuento bajo la política de la Red, la Red trabajará con el paciente o la parte responsable para establecer un plan de pago razonable que tomará en cuenta el ingreso y los bienes disponibles, la cantidad de los descuentos en la(s) factura(s) y cualquier pago anterior.
3. Cambios de circunstancias: En caso de no calificar inicialmente para recibir asistencia financiera después de proporcionar toda la información y documentación solicitada, los pacientes podrán solicitar asistencia nuevamente si ocurre algún cambio en su ingreso, bienes o responsabilidad por el tamaño de su familia. Además, el descuento podría revertirse si existieran hallazgos posteriores que indicaran que la información en la que se basó la decisión era incorrecta.

F. Facturaciones y recaudaciones

1. Investigación razonable: La Red hará un esfuerzo razonable para determinar si un paciente es elegible o no a recibir asistencia financiera antes de que se le remita a una agencia recaudadora. La Red no emprenderá acciones legales por falta de pago contra pacientes que reciban asistencia financiera y que hayan demostrado claramente que no cuentan ni con suficientes ingresos ni con bienes para cumplir con sus obligaciones financieras.
2. Métodos de recaudación: No obstante, para que se cumplan los términos del plan de pago, la Red podría llevar a cabo alguna acción legal, incluyendo el embargo de ingresos, si existiera evidencia de que el paciente que recibe la asistencia financiera, o la parte responsable, cuenta con suficiente dinero o bienes para cumplir con su obligación, o cuando no se proporcione suficiente evidencia para determinar los ingresos o bienes. La Red no ejecutará un gravamen para forzar la venta o el embargo de la residencia principal del paciente que reciba asistencia financiera para que pague por la factura médica pendiente. La Red no utilizará una orden de arresto para obligar al paciente que reciba asistencia financiera, o a la parte responsable, a presentarse ante un tribunal. La Red podrá reportar a los pacientes que reciban asistencia financiera ante las agencias recaudadoras cuando éstos no cumplan con sus planes de pagos reducidos y exista evidencia de que el paciente que recibe la asistencia financiera cuenta con suficientes ingresos o bienes para satisfacer su obligación. El paciente tiene la responsabilidad de comunicar los cambios en ingresos que pudieran afectar su capacidad para pagarle a la Red. La Red se asegurará de que cualquier agencia recaudadora involucrada de manera externa en ayudar a obtener

el pago de cuentas morosas de los pacientes que reciban asistencia financiera, cumplan con todas las normas anteriormente mencionadas.

G. Responsabilidades del paciente: Para que se le considere para recibir atención gratuita o con descuento bajo la Política de Asistencia Financiera, la persona debe:

1. Solicitar la asistencia financiera ya sea en persona o mediante un representante, miembro de familia u otra parte apropiada. Sin embargo, no tiene que completarse una solicitud para recibir asistencia financiera en los siguientes casos.

- Pacientes finados. Pacientes fallecidos sin patrimonio.
- Pacientes indigentes. Todo lo que se requiere en el caso de los indigentes es que exista una nota en algún lugar en el sistema donde se indique el desamparo del paciente.
- Pacientes calificados para recibir AHCCCS. Las determinaciones por parte de otras agencias (esto incluye a los pacientes que se vuelvan elegibles dentro de los 30 días a partir del día de servicio). Todo lo que se requiere es la documentación proveniente de la agencia.
- Pacientes propensos a pagar. Cualquier cuenta evaluada a través de una verificación de antecedentes que se considere con la “probabilidad” de calificar para caridad basada en un algoritmo específico mediante el servicio de informes crediticios.
- Pacientes con seguimiento médico dentro de los 6 meses siguientes. La atención de seguimiento que se haya aprobado para que alguna cuenta reciba atención por caridad dentro de los seis (6) meses anteriores. En estos casos, todo lo que se requiere es una nota en el sistema donde se indique que la cuenta se considera como atención de seguimiento a una cuenta aprobada anteriormente y hacer referencia a dicho número de cuenta.
- Pacientes indocumentados, no-ciudadanos (anteriormente sección 1011): Cualquier cuenta que anteriormente hubiese calificado bajo la Sección 1011 de elegibilidad. La documentación se completará durante el proceso de ingreso/acceso del paciente y todas las cuentas se ligarán apropiadamente.

2. Proporcionar a la Red la información financiera y de otro tipo para determinar su elegibilidad bajo la Política.
3. Participar de manera activa con la Red y sus representantes con el fin de solicitar otros recursos financieros que pudieran estar disponibles para pagar por la atención médica (por ejemplo, Medicare, Medicaid, AHCCCS, responsabilidad de terceras partes, etc.), proporcionando a la Red, sus representantes y agencias gubernamentales, la información financiera o de otro tipo que sea necesaria. Se requerirá presentar la negación a pagar los servicios prestados por parte de las agencias gubernamentales o terceras partes responsables de los pagos para que se apruebe/niegue la asistencia financiera.
4. Cooperar con la Red para establecer un plan de pago razonable, el cual tomará en cuenta el ingreso y los bienes disponibles, la cantidad de los descuentos en la(s) factura(s) y cualquier pago anterior.
5. Hacer el esfuerzo, actuando de buena fe, de cumplir con los planes de pagos de las facturas con descuento de la Red.
6. Comunicarle a la Red cualquier cambio en su situación financiera que pudiera tener un impacto en la capacidad para pagar sus facturas con descuento de la Red o de cumplir con las provisiones de los planes de pago.

H. Mantenimiento de los registros financieros

HonorHealth registra el valor de los servicios de asistencia financiera para la atención médica a costo. Al mismo tiempo que se determina si las cuentas por cobrar individuales reúnen los requisitos para otorgar asistencia financiera, dichas cuentas individuales se deducen de las cuentas por cobrar y se aplican a la cuenta asignada a los servicios de asistencia financiera (las cuentas por cobrar contra la cuenta). La documentación referente a la elegibilidad a recibir servicios de asistencia financiera se mantiene en el expediente financiero del paciente.

- I. Bases para calcular la Cantidad que Generalmente se Factura (AGB, por sus siglas en inglés). La Red determina la AGB multiplicando los cargos brutos debidos a cualquier emergencia u otra atención médicamente necesaria para algún individuo elegible, por un porcentaje de AGB del 19%. El valor calculado de la Red del porcentaje del AGB al 19% se basa en todos los reclamos que permiten Medicare y las aseguradoras de salud privada durante un periodo específico de 12 meses, dividido entre los cargos brutos de esos reclamos. El AGB se actualizará anualmente a los 120 días del último día que se haya incluido en los cálculos del año anterior.
- J. Guía de ingresos para los pacientes – determina el nivel de asistencia que se proporcionará (cuando no se cuente con suficientes bienes disponibles)

	Cargos brutos que debe el paciente	\$101 a \$25,000	\$25,001 a \$50,000	\$50,001 y mayor
Nivel de ingreso				
0-200% FPL		100%	100%	100%
201-300% FPL		85%	85%	85%
301-500% FPL (<u>relacionado con atención por una catástrofe</u>)		81%	81%	81%

Los límites federales de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) que se utilizan se basan en las pautas de pobreza publicadas anualmente en el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Sociales. El sitio web es <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

1. Las solicitudes iniciales para recibir asistencia financiera deben recibirse dentro de los 120 días a partir del alta hospitalaria, no obstante, se considerarán hasta 240 días. Haremos nuestro mejor esfuerzo por determinar si es elegible a recibir la asistencia financiera dentro de los 30 días a partir de haber recibido su solicitud y documentación justificante.
- K. Ajustes. La otorgación de asistencia financiera se limita al presupuesto de la Red en cualquier año, por lo tanto, HonorHealth se reserva el derecho de modificar o ajustar la presente política respecto a uno o más de sus hospitales si actuando de buena fe se cree que los cambios de circunstancias ameritan tal ajuste.

Asistencia Financiera

Accesorio A

Año calendario 2018

AGB Porcentaje:

Historia de lookback:

	2016	2017	2018
Asistencia financiera básica	78%	79%	81%
Cantidad que Generalmente se Factura "AGB"	22%	21%	19%