

	Manual del departamento: Oficina de Negocios Corporativos	Número de política:
Título: Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, FAP)	Categoría:	Fecha original: jul 1999
Dueño de la política: Servicios de Negocios Corporativos	Palabras clave: Asistencia financiera, sin seguro, descuento	Fecha de la última revisión:
Referenciado con: Política de la EMTALA	Ciclo de revisión: Periódicamente	Última fecha de revisión: Aprobado el 19 de marzo de 2018 por la Junta de Fideicomisarios de Aria Hospital

Propósito:

Aria -Jefferson Health (AJH) se compromete a brindar atención médica de manera solidaria y compasiva, independientemente de las circunstancias financieras del paciente, de conformidad con la Sección 501 (r) del Servicio de Rentas Internas del Departamento del Tesoro.

Política:

La Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, FAP) de AJH existe con el fin de ofrecer asistencia financiera para la atención médicamente necesaria a personas sin seguro o con seguro insuficiente según su capacidad de pago. El otorgamiento de asistencia financiera no tendrá en cuenta la edad, el sexo, la etnicidad, la condición social, la orientación sexual o la afiliación religiosa. Los pacientes que buscan atención de emergencia deben ser tratados sin tener en cuenta su capacidad para pagar dicha atención.

AJH operará de acuerdo con todos los requisitos federales, estatales y locales para la provisión de servicios de salud, incluidos los requisitos de detección y transferencia conforme a la Ley Federal sobre Asistencia Médica de Urgencia y de Atención al Parto (Federal Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA). Los pacientes no serán objeto de actividades de cobro de deudas que pudiesen interferir con la atención médica de emergencia. Consulte la política de la EMTALA.

Alcance:

Esta Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, FAP) se aplica a los pacientes que viven en las Áreas de Servicio Local (consulte el Adjunto A) atendidas por Aria - Jefferson Health, incluidos sus departamentos de pacientes ambulatorios fuera del lugar. Siempre que se use AJH en esta Política, incluirá todas las entidades y servicios anteriores.

Además de las instalaciones del hospital en sí y su personal, los proveedores que no están cubiertos por esta FAP pueden proporcionar atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria en el hospital. Esta política no incluye a los médicos no empleados ni a otros servicios proporcionados por proveedores externos. Puede encontrar una lista de los proveedores cubiertos conforme a esta política para los servicios prestados a los pacientes del hospital en el Adjunto B. Esto se actualizará trimestralmente.

No es la intención de esta política brindar atención gratuita o con descuento a los pacientes que tienen seguro médico con saldos adeudados por copagos, deducibles o coseguros, a menos que se demuestre una dificultad financiera. Algunos servicios que no son médicamente necesarios (tales como la cirugía estética electiva) tienen un precio de paquetes de tarifas sin descuentos adicionales, y todos los pagos relacionados con dichos servicios se esperan antes o en el momento del servicio.

Definiciones:

Monto Generalmente Facturado (Amount Generally Billed, AGB): monto generalmente facturado por el hospital a las aseguradoras por servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios. Si califica para recibir asistencia financiera, AJH aplicará el descuento apropiado al monto que se hubiera pagado si el paciente fuese un beneficiario de Medicare. Esto se conoce como el "método prospectivo" para calcular el AGB.

Periodo de solicitud: El período durante el cual se aceptarán las solicitudes de FAP finaliza el 240° día después del primer estado de cuenta posterior al alta o 30 días después del aviso por escrito de las Medidas Extraordinarias de Cobro (Extraordinary Collection Action, ECA), lo que ocurra más tarde.

Medida Extraordinaria de Cobro (Extraordinary Collection Action, ECA): Cualquiera de varias medidas adicionales que AJH puede tomar para obtener el pago, incluida la acción legal o judicial, la venta de la deuda de un paciente a otra parte o la presentación de información negativa contra la persona ante las oficinas de crédito del consumidor.

Niveles Federales de Pobreza (Federal Poverty Levels, FPL): emitidos anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos; junto con el tamaño del hogar, se utilizan para determinar la elegibilidad financiera.

Asistencia financiera: Tarifas de descuento para la atención brindada a pacientes elegibles que tienen ingresos familiares que no exceden el 600% de los FPL.

Ingreso familiar del hogar: El ingreso familiar de un paciente incluye el ingreso de todos los miembros adultos de la familia en el hogar.

Área de servicio local: Solo los pacientes que viven en el área de servicio local tal como se enumeran en el Adjunto A son elegibles para recibir asistencia financiera, excepto los pacientes que se presentan ante Aria -Jefferson Health en virtud de la EMTALA antes mencionada.

Cuidado médicamente necesario: Servicios de atención médica que un médico prudente proporcionaría a un paciente con el propósito de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas de una forma que: coincide con los estándares de práctica médica generalmente aceptados; sea clínicamente apropiada en cuanto al tipo, frecuencia, alcance, sitio y duración; y no sea principalmente para la comodidad del paciente, el médico tratante u otro proveedor de atención médica.

Período de notificación: Comienza en la fecha en que se brinda la atención médica y finaliza el 120° día después de proporcionar el primer estado de cuenta posterior al alta por la atención brindada.

Presunta elegibilidad de asistencia financiera: Cuando el paciente no proporciona información adecuada, aunque a través de otras fuentes, AJH puede asumir que el paciente califica para recibir asistencia financiera al mismo nivel que un paciente de quien se le ha proporcionado información.

Subasegurado: Un paciente que tiene cobertura de seguro médico que está limitada en el alcance de los servicios cubiertos o montos máximos de la póliza de modo que sus facturas médicas no están completamente cubiertas.

Sin seguro: Una persona sin seguro médico a través de una compañía de seguros, un plan de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), un programa federal de atención médica (Medicare, Medicaid, SCHIP y TRICARE), automático, de compensación a trabajadores, de cuentas de ahorros médicos u otra cobertura. Los pacientes que han agotado sus beneficios de seguro se consideran no asegurados.

Descuento para no asegurado: Para aquellas personas que no soliciten o no sean elegibles para recibir asistencia financiera, se aplicará el descuento para no asegurado AJH al determinar la responsabilidad financiera del paciente.

Procedimiento:

1. **Calificación para programas patrocinados por el gobierno:** Si un paciente no está asegurado, el personal de AJH deberá primero ayudar al paciente a determinar si es elegible para programas patrocinados por el gobierno u otra cobertura de seguro. Se puede contratar una firma externa para que ayude en el proceso formal de solicitud del programa de asistencia médica estatal, incluida la visita del paciente en el hogar para obtener toda la documentación de respaldo necesaria. Se le pedirá al paciente que proporcione a AJH toda la información financiera y de otro tipo necesaria para ayudar a inscribirse en un programa de seguro patrocinado públicamente (por ejemplo, Medicaid, HealthChoices, CHIP, AdultBasic, subvenciones, etc.). A los pacientes que no cooperan en la solicitud de dichos programas se les puede negar la asistencia financiera.
2. **Elegibilidad:** Un paciente puede calificar para recibir descuentos en atención médica si no hay un seguro médico disponible o si tiene seguro médico, pero ese seguro no cubre por completo la atención médica necesaria, como que tenga los beneficios agotados, y se aplica todo lo siguiente:
 - El paciente no es elegible para recibir Asistencia Médica Estatal u otros programas de asistencia disponibles, y
 - El paciente cumple con los criterios de asistencia financiera descritos en esta política, y
 - El paciente proporciona los documentos necesarios y completa los trámites necesarios.

La elegibilidad para la asistencia financiera se determina por la capacidad del paciente o garante para pagar después de que se haya utilizado todo el seguro o se hayan agotado los recursos líquidos (excluidos los fondos de jubilación). AJH no tendrá en cuenta la casa del paciente, su automóvil, sus cuentas de jubilación ni otros

activos "no líquidos". Sin embargo, se reconoce que hay un pequeño porcentaje de población de pacientes no asegurados que tiene activos sustanciales y que podrían pagar los servicios de salud fácilmente, pero que, debido a que tienen ingresos exentos de impuestos, no tendrían ingresos reflejados en una declaración de impuestos. Es posible que dichas personas no califiquen para recibir asistencia financiera de conformidad con esta Política.

- a) Como cuestión de umbral, todos los pacientes no asegurados tendrán derecho al descuento para no asegurado como se detalla más adelante en la sección N.º 5 a continuación.
- b) La elegibilidad para asistencia financiera se basa en la necesidad financiera. Los pacientes que se encuentren por debajo del 300% de los FPL, con base en el ingreso total del hogar, con suficiente documentación de respaldo suministrada, recibirán un descuento del 100%. Los pacientes con un 300% o superior, hasta un máximo del 600% de los FPL, son elegibles para recibir asistencia financiera según un descuento de escala móvil. Estos descuentos se aplican contra las tarifas de pago por servicio de Medicare en vigencia al momento de la determinación (consulte el adjunto D).

Las tasas de descuento de asistencia financiera se proporcionan a continuación:

<u>% de los Niveles Federales de Pobreza</u>	<u>% del descuento</u>
0% - 299%	100%
300% - 375 %	80%
376% - 450%	60%
451% - 525%	40%
526% - 600%	20%

3. **Solicitud de Asistencia Financiera (Financial Assistance Application, FAA):** Si el paciente pide una Solicitud de Asistencia Financiera, se le entregará o enviará por correo una solicitud al paciente, sin costo (consulte el adjunto E) junto con un resumen de los documentos de respaldo necesarios. Un paciente no calificará para recibir Asistencia Financiera hasta que la solicitud esté completa y se proporcionen los documentos de respaldo necesarios.

- a) Los pacientes deben presentar declaraciones de impuestos (IRS 1040, 1040A o 1040E2) como prueba de ingresos siempre que sea posible. Si el paciente no puede proporcionar una declaración de impuestos adecuada, muchos de los siguientes artículos disponibles se deben proporcionar en un plazo de 30 días.
 - 1. Formularios 1099 o Formulario W-2 del Seguro Social (si corresponde).
 - 2. Talones de pago de los últimos tres meses.
 - 3. Si trabaja por cuenta propia, Declaración Complementaria C y/o estado de ganancias y pérdidas.
 - 4. Cartas de compensación por desempleo o indemnización por accidente laboral (si corresponde).
 - 5. Estados de cuenta bancarios.
 - 6. Otra documentación: cartas de refugio, carta del empleador, cartas de apoyo financiero, cartas del paciente que detallan el motivo por el cual

no está disponible el comprobante de ingresos, los ingresos de una persona patrocinadora.

b) Todos los pacientes deben proporcionar copias de las declaraciones más recientes (si corresponde):

1. Cuentas corrientes y/o de ahorros.
2. Acciones, bonos, certificados de depósito, cuentas de interés de alto rendimiento o anualidades.
3. Cualquier otra inversión (incluidos bienes raíces).
4. Cuentas de Ahorros de Salud (Health Savings Accounts, HSA), Cuentas de Ahorros Médicos (Medical Savings Accounts, MSA), Cuenta de Gastos Flexibles (Flexible Spending Arrangements, FSA) o Plan de Reembolso de Gastos Médicos (Health Reimbursement Arrangements, HRA).

c) Si se presenta una Solicitud, cualquier ECA que se haya iniciado contra el paciente para cobrar los montos que son objeto de la Solicitud se suspenderá inmediatamente hasta el último de (a) en el caso de las Solicitudes incompletas, el último día en que el paciente puede enviar información para completar su solicitud; o (b) la fecha de una determinación de elegibilidad para recibir asistencia según se describe en la Sección 7 de esta Política.

4. **Solicitudes incompletas:** Si se presenta una FAA, pero no se completa, el asesor financiero le proporcionará al paciente un aviso por escrito y le describirá la información y/o la documentación adicional que debe enviar. Ese aviso incluirá un Resumen en Lenguaje Sencillo (Plain Language Summary, PLS). Si el paciente no completa la solicitud en el período descrito, las ECA se pueden iniciar después de un aviso de 30 días, y se proporciona una copia del PLS; consulte el Adjunto C para ver una copia del PLS.
Si el paciente completa la solicitud antes de la fecha límite, la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera debe determinarse de conformidad con la Sección 7 de esta Política, y se debe informar al paciente sobre esa determinación.
5. **Descuento para no asegurado:** Para los pacientes no asegurados, hay un descuento inicial automático que equivale a un 50% de descuento en los cargos totales por los servicios prestados. Además, para los servicios del Departamento de Emergencia y Observación para las personas tratadas y dadas de alta (no ingresadas como pacientes hospitalizados), habrá una responsabilidad máxima de \$1,600. Para los servicios de laboratorio, hay un descuento adicional que generalmente es superior al 50% de los cargos. Un paciente que no puede pagar la tarifa de no asegurado es elegible para solicitar asistencia financiera como se describe anteriormente.
6. **Presunta elegibilidad para recibir asistencia financiera.** Antes de remitir una cuenta a una agencia de cobro, AJH puede revisar la cuenta del paciente para la presunta elegibilidad para recibir asistencia financiera. Esto puede implicar la revisión de los informes de crédito y otra información disponible públicamente para determinar, de conformidad con los requisitos legales aplicables, el tamaño estimado del hogar y los montos de ingresos. Estos elementos de datos pueden combinarse con otros atributos de puntuación para desarrollar un modelo predictivo de asistencia financiera de modo que el tiempo y los costos no se asignen a la obtención del pago de quienes realmente no pueden pagar.

Los descuentos aplicados serán los mismos que en el proceso completo de la FAA; sin embargo, estas cuentas se ajustarán usando códigos específicos de transacción de presunta asistencia financiera. En caso de que un paciente no califique para el 100% de asistencia según el modelo predictivo, el paciente puede seguir brindando información de respaldo dentro de los plazos establecidos anteriormente y puede ser considerado en el proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera para recibir asistencia adicional.

La aprobación de presunta elegibilidad solo se aplicará a la(s) fecha(s) de servicio en las cuentas que se evalúan. La elegibilidad no se aplicará a las cuentas para futuras fechas de servicio.

7. **Revisión de la solicitud.** Las solicitudes deben ser revisadas y aprobadas inicialmente por el personal designado dentro de la Unidad de Servicios Financieros.
- a) Se debe enviar una copia de la FAA completa y los documentos de respaldo a los Asesores Financieros.
 - b) Si una persona que presenta una FAA puede calificar para Medicaid, la instalación puede posponer la determinación de elegibilidad hasta que se haya completado la solicitud de Medicaid y se haya determinado su elegibilidad.
 - c) Se notificará al paciente por escrito la determinación de elegibilidad de manera oportuna (de ser posible en los 60 días posteriores a la recepción) y la justificación de esta determinación.
 - 1. Si el paciente califica para recibir asistencia financiera parcial o se determina que no es elegible, el aviso incluirá un estado de cuenta que indique el monto que debe la persona.
 - 2. Si el paciente no es elegible para recibir asistencia financiera o asistencia parcial, el paciente puede apelar la decisión por escrito al Vicepresidente de Operaciones del Ciclo de Ingresos en los treinta (30) días siguientes a la recepción de la factura para la que se solicitó la asistencia.
 - 3. Cualquier pago individual que exceda los montos adeudados conforme a esta Política y por los incidentes cubiertos, se reembolsará el excedente de más de \$5.00.
 - 4. Si se ha iniciado alguna ECA para cobrar las cantidades adeudadas, el Hospital tomará todas las medidas razonablemente disponibles para revertir dichas ECA.
8. **Duración de la elegibilidad:** Una vez que se aprueba la asistencia financiera, es efectiva para todas las cuentas de pacientes pendientes incurridas durante los últimos 6 meses y para todos los servicios prestados en los seis (6) meses posteriores a la aprobación. La asistencia financiera se puede extender por seis meses adicionales con la confirmación de los ingresos del paciente o los ingresos estimados y el tamaño del hogar. Para el servicio clínico ambulatorio en el hospital AJH, la asistencia tiene vigencia durante 12 meses después de la aprobación.

9. Esfuerzos de facturación y cobranzas:

- a. Si bien la calificación de Asistencia Financiera se determina idealmente antes o en el momento del servicio, AJH seguirá revisando dichas decisiones a medida que se descubran otros recursos financieros durante el proceso de facturación y cobro.
- b. Después de que una cuenta de un paciente no asegurado o insuficientemente asegurado se reduce al descuento para no asegurado o a la tasa de descuento de asistencia financiera, según corresponda, el paciente es responsable por el resto de los saldos pendientes del paciente.
- c. Los pacientes recibirán una declaración inicial que indica el saldo adeudado junto con la información sobre la disponibilidad de asistencia financiera y con quién contactar.
- d. Los saldos de autopago pasan por un proceso de colocación previa a la cobranza que puede implicar el envío de estados de cuenta o cartas y/o llamadas telefónicas para cobrar los saldos pendientes.
- e. Cuando las cuentas de saldo abierto completen el ciclo de reclamación previo a la cobranza, (120 días o más) sin pago ni prueba de elegibilidad para asistencia financiera u otros programas, las cuentas se transferirán a una agencia de cobranza profesional. Si se ha presentado una FAA y los documentos justificativos correspondientes, y se espera una decisión, la cuenta no se transferirá en la agencia.
- f. En algunos casos, es posible que un paciente elegible para recibir asistencia financiera no haya sido identificado antes de enviar la cuenta a una agencia de cobro externa. Cada agencia tendrá conocimiento de la política de asistencia financiera y trabajará con el proveedor para determinar la elegibilidad del paciente como se describe en la política.
- g. No se pueden realizar ECA durante el período de notificación inicial de los 120 días desde el primer estado de facturación posterior al alta y hasta el momento en que se haya enviado a la persona un inicio de aviso de ECA de 30 días. El aviso de inicio de ECA de 30 días debe contener la acción de ECA que el proveedor tiene la intención de emprender y la fecha en que esto ocurriría. Una copia del PLS debe acompañar el aviso de iniciación de ECA de 30 días. Si el paciente presenta una FAA, AJH suspenderá todas las ECA hasta que se determine la elegibilidad para la asistencia financiera del paciente y se informe al paciente sobre su elegibilidad.
- h. Después de que se hayan tomado las medidas descritas anteriormente, AJH puede usar las ECA con respecto a la cuenta del paciente sin seguro o subasegurado y además puede considerar los informes de la oficina de crédito y/o acciones legales según corresponda. El Asesor General de AJH preautorizará todas las demandas.
- i. Si una cuenta debe ser remitida a una agencia externa, esa agencia primero debe aceptar cumplir con esta Política en relación con sus esfuerzos de cobranza. Ninguna agencia externa de cobranza puede participar en las ECA, a menos que

lo autorice AJH y solo por excepción. La autoridad final para determinar que AJH ha realizado los intentos adecuados para informar a un paciente sobre la Política de Asistencia Financiera y que puede usar las ECA recae en el Vicepresidente Director de Operaciones del Ciclo de Ingresos de AJH.

Métodos para divulgar la Política de Asistencia Financiera:

Las siguientes medidas se utilizan para divulgar esta política a la comunidad y a los pacientes. La comunicación se escribirá con terminología de fácil comprensión para el consumidor y en idiomas que los pacientes puedan entender. AJH brindará capacitación al personal administrativo y clínico apropiado que interactúa con los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera, cómo comunicar esa disponibilidad a los pacientes y cómo dirigir a los pacientes hacia el personal de asistencia financiera apropiado.

- a) **Notificación a la comunidad.** Esta Política, los formularios de solicitud y un resumen en lenguaje sencillo se pondrán a disposición de la comunidad en inglés, así como en cualquier idioma principal de poblaciones con conocimientos limitados de inglés que constituyan el 5% o 1,000 personas, lo que sea menor, de las comunidades primarias atendidas por AJH. Estos documentos estarán disponibles, sin costo, de la siguiente manera:
1. Esta política, los formularios de solicitud y el resumen en lenguaje sencillo se pueden encontrar en el sitio web de AJH: www.ariahealth.org/financialassistance
 2. Por correo cuando un paciente llama o contacta a AJH. Las consultas telefónicas deben dirigirse a la Unidad de Servicios Financieros a través del (215) ___- ____.
 3. Como parte del proceso de admisión o alta, se distribuirán copias impresas de la FAP en PLS a las personas a las que la instalación brinde atención.
 4. En persona, sin cita, en la Unidad de Servicios Financieros ubicada dentro del Departamento de Ingresos en el Torresdale Hospital.
- b) **Notificación personal.** AJH hará todos los esfuerzos razonables para notificar a los pacientes sobre su Política de Asistencia Financiera. AJH utilizará los siguientes métodos para notificar a los pacientes:
1. En el momento de la programación, el registro previo o el registro de los servicios electivos, se le solicitará al paciente una cobertura de seguro. Si el paciente es un paciente no asegurado, se informará al paciente sobre la Política de Asistencia Financiera y, si lo solicita, se le proporcionará un resumen en lenguaje sencillo de la política (consulte el Adjunto C).

A menos que el médico tratante aconseje al Asesor Financiero o al Representante de Registro que dicho tratamiento es médicamente necesario, los pacientes que soliciten ingresos o servicios ambulatorios que no sean de emergencia no se programarán para recibir servicios hasta que el paciente haya cumplido con sus obligaciones financieras.

2. En el caso de los servicios de emergencia o urgentes que no están programados, un Asesor Financiero o un Representante del Paciente lo visitará según sea necesario, con los pacientes, en persona, en los sitios de servicio.
3. Todos los estados de cuenta incluirán una referencia a la Política de Asistencia Financiera y un número de contacto y dirección de correo electrónico, así como una referencia a un sitio web para acceder a información adicional.
4. El personal analizará la Política de Asistencia Financiera, cuando corresponda, durante la facturación y los contactos telefónicos de atención al cliente con los pacientes.

Autorizaciones:

(Firma en el archivo)
Steven G. Littleton
Presidente
Aria - Jefferson Health

Fecha

(Firma en el archivo)
Michael Walsh
Vicepresidente Sénior, Finanzas y Director Financiero
Aria - Jefferson Health

Fecha

(Firma en el archivo)
Deborah Datte
Vicepresidente Sénior, Servicios Legales y Asesor Jurídico
Aria - Jefferson Health

Fecha

(Firma en el archivo)
Kim Roberts
Vicepresidente, Operaciones del Ciclo de Ingresos
Aria - Jefferson Health

Fecha

Archivos adjuntos:

- Adjunto A: Área de servicio local
- Adjunto B: Proveedores cubiertos, no cubiertos
- Adjunto C: Resumen en lenguaje sencillo
- Adjunto D: Niveles federales de pobreza
- Adjunto E: Solicitud de asistencia financiera