

HonorHealth Rehabilitation Hospital

Capítulo	N.º de política	
Política de asistencia financiera		
Fecha de emisión	Fecha de revisión	Aprobación

Propósito:

Garantizar un mecanismo uniforme para la aplicación de la Política de asistencia financiera a nuestros clientes que no cuentan con seguro o tienen cobertura insuficiente. La política contempla lo siguiente:

La aplicación uniforme en todos los hospitales HonorHealth;
El cumplimiento de la sección 501R del Código de Impuestos Internos referente a la condición de exención de impuestos.

Política:

HonorHealth Rehabilitation Hospital se compromete a proporcionar la mejor atención posible a todos nuestros pacientes y a colaborar para que cada persona que nos ha confiado su atención pueda disfrutar al máximo la posibilidad de contar con la mejor salud posible. Para lograr este objetivo, el hospital brindará asistencia financiera para cubrir los gastos de atención de emergencia y cualquier otra atención urgente médicamente necesaria a pacientes que no cuenten con seguro médico o cuya cobertura sea insuficiente y que cumplan con los criterios financieros y de documentación que se definen en esta Política de Asistencia Financiera (la "Política"). El hospital debe operar de una manera prudente, que le permita seguir prestando sus servicios. Por lo tanto, el hospital pretende 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 en relación con las prácticas comerciales recomendadas.

Esta Política no se aplica en los casos en los que la Red tenga derechos de preferencia de conformidad con las Secciones 33-931 – 33-934 de las A.R.S., es decir que si existe un resarcimiento, la Red cobrará los fondos. Cada situación se revisará de manera independiente y se efectuarán ajustes cuando existan circunstancias atenuantes en función del siguiente procedimiento:

Asistencia financiera básica: declaración del paciente sin seguro médico con ingresos inferiores al 500 % de los Niveles federales de pobreza – descuento del 51 %

Asistencia financiera mejorada: pacientes sin seguro médico o con cobertura insuficiente que demostraron la necesidad reciben asistencia de hasta el 100 % según los ingresos o activos incluidos en el Anexo A.

Definiciones:

A. Atención de emergencia y otros tipos de atención médicamente necesaria. La atención de emergencia no optativa u otros tipos de atención urgente se limitan a la atención definida como médicamente necesaria conforme a las pautas de Medicare del Estado de Arizona.

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

Sin seguro médico: Personas sin seguro médico que no reúnen los requisitos para Medicaid.

Con cobertura insuficiente: Personas sin cobertura médica adecuada o que no cuentan con los medios para pagar lo que les corresponde.

Procedimiento:

B. Cargos por atención de emergencia y otros tipos de atención médicamente necesaria: A ninguna persona elegible para recibir asistencia en virtud de esta Política de asistencia financiera se le cobrará más por la atención de emergencia u

otra atención médicamente necesaria que el “monto que se factura generalmente” (“AGB”, por su sigla en inglés), definido como el monto promedio que pagan las personas que cuentan con seguro médico. El porcentaje de AGB del Rehabilitation Hospital es el 49 % de los cargos brutos y por lo tanto una persona elegible para recibir asistencia financiera pagará como máximo el 51 % de los cargos brutos. La asistencia financiera se aplica a los cargos del centro únicamente. Los descuentos no se aplican a terceros involucrados en la atención de un paciente. Algunos ejemplos de terceros involucrados en la atención del paciente incluyen, entre otros, a los médicos de las salas de emergencia, los patólogos, radiólogos y anestesiólogos. Las solicitudes que se reciban antes de obtener los servicios requieren la aprobación del Comité de Caridad.

C. Criterios de elegibilidad para la asistencia financiera: Para determinar si un paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, el hospital toma en cuenta si la persona tiene ingresos u otros bienes que podrían utilizarse para afrontar sus obligaciones financieras. La Red tomará en cuenta la condición laboral para determinar la posibilidad de que sus ingresos futuros sean suficientes para cumplir con su obligación relacionada con la atención médica dentro de un plazo de tiempo razonable (por ejemplo, el paciente se encuentra temporalmente desempleado pero cuando vuelva a trabajar podrá pagar su obligación). La asistencia financiera no estará disponible para aquellas personas que cuenten con seguro médico pero opten por no enviar la factura a su seguro o para pacientes que no cooperen con los procedimientos del seguro. La asistencia financiera estará disponible de la siguiente manera para los pacientes que, aparte de sus ingresos, no cuente con bienes para pagar su factura del hospital:

1. Atención gratuita. El paciente recibirá un descuento total (el 100 %) sobre los cargos brutos si puede demostrar que su ingreso familiar es igual o inferior al 200 % de los Niveles federales 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 detallan en el **Anexo A**. Todos los descuentos están sujetos al proceso de verificación de ingresos y bienes de los hospitales, además de otros requisitos de elegibilidad para recibir la asistencia financiera de la Red.
3. Proceso de declaración para recibir asistencia financiera: Únicamente los pacientes sin seguro médico podrán recibir un descuento en función del proceso de declaración que otorga un descuento del 51 % sobre los cargos facturados. Esos pacientes que pagan sus gastos pueden completar una declaración de ingresos y bienes en lugar de la solicitud completa de asistencia financiera. Existen descuentos adicionales disponibles si el paciente puede demostrar ingresos inferiores al 300 % de los niveles federales de pobreza conforme al Apéndice A.
4. Autoridad discrecional: En caso de dificultades extremas o por circunstancias compasivas, el Director General o el Director de Operaciones podrá, a su criterio, otorgar asistencia a pacientes que de otro modo no podrían reunir los requisitos 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, el Director General o el Director de Operaciones empleará las mejores prácticas para identificar las posibles necesidades usando informes crediticios, registros anteriores o actuales de AHCCCS y otra información que esté disponible. En tales casos, el Director General o el Director de Operaciones podrán, a su criterio, otorgar atención gratuita o con descuento a algún paciente cuando el empleado autorizado tenga la certeza de que el cliente no tiene la capacidad para pagar, en vez de no estar dispuesto a pagar su deuda. La autoridad discrecional para otorgar atención gratuita o con descuento en casos de dificultades extremas o circunstancias compasivas es como se establece a continuación:
5. El uso que haga la Red de los Niveles federales de pobreza se actualizará anualmente junto con los Niveles federales de pobreza publicados por el Departamento de Salud y Servicios Sociales 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 usando el lenguaje apropiado para las áreas de servicio del Hospital. Los métodos que el Hospital usa para comunicar la política incluyen, entre otros, los siguientes:

- Se colocarán letreros, información y folletos en áreas apropiadas del Hospital;

- Se colocará el resumen en lenguaje simple, escrito en inglés y en 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 para solicitar más información;
- Se publicará información relativa a la disponibilidad de asistencia financiera en el sitio web del Hospital.

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

1. Solicitud de asistencia financiera: Los pacientes podrán solicitar asistencia financiera en la Oficina de Servicios Financieros para el Paciente ya sea en forma personal, mediante un sustituto, un familiar o a través de la parte que corresponda. El paciente o su sustituto deberán proporcionar al hospital la información financiera u otra información necesaria para determinar su elegibilidad en virtud de esta Política. El Paciente también deberá proporcionar al hospital 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, obligación de terceros, 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 según el criterio del Director General o del Director de Operaciones.
2. Notificación de la decisión: El hospital notificará al paciente dentro de un plazo razonable (por lo general 30 días) después de recibir la solicitud de asistencia financiera y cualquier información financiera u otra documentación requerida para determinar la elegibilidad para recibir la asistencia financiera. El hospital también informará al paciente sobre las responsabilidades que tiene en virtud de estas pautas para recibir asistencia financiera. Una vez que el paciente ha sido aprobado para recibir un descuento en virtud de la Política de los hospitales, el hospital trabajará con el paciente o con la persona responsable para establecer un plan de pagos razonable que tomará en cuenta los ingresos y los bienes disponibles, el monto de la factura con descuento y cualquier pago anterior.
3. Modificación de las circunstancias: En caso de no reunir los requisitos iniciales para recibir asistencia financiera después de proporcionar toda la información y documentación solicitada, los pacientes podrán solicitar asistencia nuevamente si se produce alguna modificación en sus ingresos, bienes o responsabilidad por el tamaño de su familia. Además, el descuento podrá cancelarse si posteriormente se comprueba que la información en la que se basó la decisión era inexacta.

F. Facturación y cobros

1. Investigación razonable: El hospital empleará las mejores prácticas para determinar si un individuo reúne los requisitos para recibir asistencia financiera antes de derivar al paciente a una agencia recaudadora. El hospital no iniciará acciones legales por falta de pago de facturas contra pacientes que reciban asistencia financiera y que hayan demostrado claramente que no cuentan con suficientes ingresos ni bienes para cumplir con sus obligaciones financieras.
2. Métodos de cobro: Sin embargo, el hospital podrá iniciar una acción legal, que incluya el embargo de ingresos para exigir el cumplimiento del plan de pagos cuando exista evidencia de que el paciente que recibe asistencia financiera o la parte responsable cuentan con suficientes ingresos o bienes para cumplir con su obligación, o cuando no se proporcionen pruebas suficientes para determinar los ingresos o bienes. El hospital no ejecutará un gravamen para forzar la venta o la ejecución de la residencia principal del paciente que recibe asistencia financiera para que pague la factura médica pendiente. El hospital no usará una orden de arresto para obligar al paciente que recibe asistencia financiera o a la persona responsable a comparecer ante un tribunal. El hospital podrá informar a los pacientes que reciban asistencia financiera ante las agencias de calificación de riesgo cuando no cumplan con los planes de pagos reducidos y existan pruebas de que el paciente que recibe asistencia financiera tiene suficientes

ingresos o bienes para cumplir con su obligación. El paciente debe comunicar los cambios en los ingresos que podrían afectar su capacidad de pago. El hospital se asegurará de que todas las agencias recaudadoras externas que colaboran para cobrar las facturas impagas de los pacientes que reciben asistencia financiera, cumplan con todas las pautas mencionadas anteriormente.

- G. Responsabilidades del paciente: Para ser considerada para recibir atención gratuita o con descuento en virtud de la Política de asistencia financiera, la persona debe:
1. Solicitar la asistencia financiera ya sea de manera personal o mediante un representante, un pariente u otra persona que corresponda. Sin embargo, no es necesario completar una solicitud de asistencia financiera en los siguientes casos:
 - Pacientes fallecidos. Pacientes fallecidos sin patrimonio.
 - Pacientes indigentes. Todo lo que se requiere en el caso de los pacientes indigentes es que exista una nota en el sistema que indique esa condición del paciente.
 - Pacientes que reúnen los requisitos para el seguro de salud AHCCCS. Las determinaciones por parte de otras agencias (esto incluye a los pacientes que reúnen los requisitos dentro de los 30 días a partir de la fecha del servicio). Todo lo que se requiere es la documentación proveniente de la agencia.
 - Pacientes con predisposición de pago. Toda cuenta evaluada a través de una verificación de antecedentes que se considere con la “probabilidad” de reunir los requisitos para la caridad en función de un algoritmo específico del servicio de informes crediticios.
 - Pacientes con seguimiento médico dentro de los 6 meses posteriores. La atención de seguimiento que se haya aprobado para que una 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 se mencione el número de cuenta.
 - Pacientes sin documento, no ciudadanos (anteriormente la Sección 1011): Cualquier cuenta que anteriormente hubiera reunido los requisitos de elegibilidad en virtud de la Sección 1011. La documentación se completará durante el proceso de ingreso/admisión del paciente y todas las cuentas se vincularán como corresponda.
 2. Proporcionar al hospital la información financiera y de otro tipo para determinar si reúne los requisitos en virtud de la Política.
 3. Participar activamente con el hospital y sus representantes con el fin de solicitar otros recursos financieros que pudieran estar disponibles para pagar la atención médica (*por ejemplo*, Medicare, Medicaid, AHCCCS, obligación de terceros, etc.) proporcionando al hospital, sus representantes y agencias gubernamentales la información financiera o de otro tipo que sea necesaria. Se requerirá presentar la negación a pagar por los servicios prestados por las agencias gubernamentales o por terceros responsables de los pagos para que se apruebe/otorgue la asistencia financiera.
 4. Cooperar con el hospital para establecer un plan de pagos razonable que tome en cuenta los ingresos y los bienes disponibles, el monto de las facturas con descuento y cualquier otro pago anterior.
 5. Hacer el esfuerzo, de buena fe, para cumplir con los planes de pagos de sus facturas con descuento.
 6. Comunicarle al hospital cualquier cambio en su situación financiera que pudiera afectar su capacidad para pagar sus facturas con descuento o de cumplir con las condiciones de sus planes de pagos.

H. Registros financieros

HonorHealth Rehabilitation Hospital registra el valor de los servicios de asistencia financiera para la atención médica al 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 (contracuenta de cuentas por cobrar). La documentación relativa a la elegibilidad para recibir servicios de asistencia financiera se conserva en el expediente financiero del paciente.

- I. Base para calcular los montos que se facturan generalmente. El hospital determina los montos que se facturan generalmente multiplicando los cargos brutos por cualquier atención de emergencia u otra médicamente necesaria brindada a una persona por el 49 % de los montos que se facturan generalmente. El porcentaje del 49 % de los montos que se facturan generalmente calculados por el hospital se basa en todos los reclamos que admite Medicare durante un período específico de 12 meses, dividido por los cargos brutos asociados de esos reclamos. Los montos que se facturan generalmente se actualizarán anualmente dentro de los 120 días a partir del último día incluido en el cálculo del año anterior.
- J. Guía de ingresos para los pacientes: determina el nivel de asistencia que se proporcionará (cuando no hay activos suficientes disponibles)

Cargos brutos adeudados por el paciente	\$101 a \$25 000	\$25 001 a \$50 000	\$50 001 y más
Nivel de ingresos			
0-200 % FPL	100 %	100 %	100 %
201-300 % FPL	85 %	85 %	85 %
301-500 % FPL (relacionado con la atención por una catástrofe)	51 %	51 %	51 %

Los Niveles federales de pobreza utilizados se basan en las pautas de pobreza publicadas anualmente en el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Sociales. La dirección del sitio 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 tendrán en cuenta durante un plazo de 240 días. Haremos nuestro mejor esfuerzo para determinar si usted reúne los requisitos para recibir asistencia dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su solicitud y de los documentos complementarios.
- K. Ajustes. El otorgamiento de asistencia financiera se limita al presupuesto de asistencia financiera de los hospitales en un año determinado; por lo tanto, el HonorHealth Rehabilitation Hospital se reserva el derecho de modificar o ajustar esta Política en relación con uno o más de sus hospitales si, de buena fe, considera que los cambios en las circunstancias ameritan tal ajuste.

Asistencia financiera – Anexo A
Porcentaje de AGB 2018

Ajuste de caridad mínimo en retrospectiva

	2018
--	------

Asistencia financiera básica	51 %
Montos que se facturan generalmente	49 %

Referencias: N/C