

Política	Programa de Asistencia Financiera	
Departamento(s):	Políticas-Servicios Financieros para los Pacientes	
Aprobado por:	George Harms	Fecha de aprobación: 29 de noviembre de 2018

Propósito

El propósito de esta política es establecer el marco mediante el cual HaysMed cumple su mandato legal y continúa su tradición de atención a los ciudadanos médicamente indigentes de su área de servicio. Además, esta política brindará la orientación necesaria para ayudar a los pacientes que, de otro modo, no tienen la capacidad de pagar completamente la atención médica necesaria según lo prescrito por su médico. HaysMed está comprometido a brindar servicios de atención médica de alta calidad y esforzarse por garantizar que la falta de capacidad financiera no disuada a las personas en nuestra área de servicio de buscar o recibir la atención médica necesaria.

La asistencia financiera proporcionada por HaysMed no es un sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de HaysMed para obtener asistencia financiera u otras formas de pago y que, cuando puedan, todos los solicitantes de asistencia financiera contribuyan al costo de su atención.

Responsabilidad

El Director del Ciclo de Ingresos es el responsable de desarrollar, implementar y administrar (mantener) esta política. El Director Financiero es el responsable de aprobar esta política.

Alcance

Esta Política de Asistencia Financiera se aplica a todos los pacientes que reciben servicios médicamente necesarios en HaysMed y que cumplen con ciertas pautas financieras. HaysMed atenderá las necesidades de atención médica de emergencia de los pacientes que acudan al Departamento de Emergencia de HaysMed, independientemente de su capacidad para pagar la atención. La política se aplicará independientemente de la edad, el sexo, la religión o el origen nacional.

Los servicios cubiertos bajo esta política incluyen:

- A. Servicios médicos de emergencia proporcionados en el entorno de un Departamento de Emergencias
- B. Servicios no opcionales proporcionados en respuesta a circunstancias que ponen en peligro la vida en un entorno aparte del Departamento de Emergencia

Las exclusiones a esta política incluyen:

- A. Pacientes que no sean ciudadanos de los Estados Unidos o extranjeros residentes permanentes.
- B. Pacientes que reciban procedimientos experimentales y de investigación.

Definiciones

ACA – Ley de atención asequible

Extranjero – cualquier persona que no sea ciudadano o nacional (una persona que debe lealtad permanente a un estado) de los Estados Unidos.

Cantidad generalmente facturada (AGB) – la cantidad promedio permitida en los cargos brutos de los pagadores de seguros comerciales y de Medicare. Ninguna persona elegible para asistencia financiera bajo esta política pagará una tasa más alta que la AGB.

Condiciones médicas de emergencia – definidas en el sentido del artículo 1867 de la Ley de Seguro Social (42.U.S.C. 139dd).

EMTALA – Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo.

Acciones de cobro extraordinarias (ECA) – las medidas tomadas por la instalación hospitalaria contra una persona en relación con la obtención del pago de una factura por la atención cubierta bajo la FAP de la instalación hospitalaria que implica vender la deuda de una persona a otra entidad, informar datos adversos sobre una persona a agencias de informes crediticios del consumidor o agencias crediticias, aplazando o negando, o requiriendo un pago antes de proporcionar atención médicamente necesaria debido a que una persona no paga una o más facturas por atención proporcionada anteriormente cubierta por la FAP de la instalación hospitalaria, o exigir un proceso legal o judicial.

Familia – según lo definido por la Oficina de Censos de Estados Unidos (U.S. Census Bureau), es un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionados por nacimiento, por matrimonio o por adopción. Si un paciente incluye a un dependiente en su declaración de impuestos, de acuerdo con las normas del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service), esa persona puede ser considerada como dependiente a efectos de determinar la elegibilidad. Para determinar la elegibilidad es preciso tener en cuenta a todos y cada uno de los recursos del hogar.

FAP – Programa de Asistencia Financiera

Pautas Federales de Pobreza (FPG) – en febrero de cada año, el Gobierno Federal publica un nivel oficial de ingresos para la pobreza denominado Pautas Federales de Pobreza. Los niveles de beneficios de muchos programas de asistencia para personas de bajos ingresos se basan en estas cifras de pobreza. Para los fines de esta política, el hospital utilizará las Pautas Federales de Pobreza que se emiten cada año en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).

Ingreso familiar – definido por la Oficina del Censo e incluye:

1. Ingresos, compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad, asistencia pública, pagos de veteranos, prestaciones de sobrevivientes, pensiones o jubilaciones, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia fuera del hogar y otras fuentes diversas
2. Los beneficios que no sean en efectivo (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan
3. Determinado sobre una base antes de impuestos
4. Excluye ganancias o pérdidas de capital.
5. Si una persona vive con una familia, incluye el ingreso de todos los miembros de la familia (los que no son familiares, como los compañeros de casa, no cuentan)

Pacientes financieramente indigentes – los pacientes que (1) no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente y (2) cuyos ingresos brutos son del 0 % al 400 % de las Pautas Federales de Pobreza, se conocen como pacientes financieramente indigentes.

Cargos brutos – cargos totales a las tarifas establecidas en el hospital para la prestación de servicios de atención al paciente antes de que se apliquen las deducciones de los ingresos

Pacientes médicamente indigentes – los pacientes que (1) no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente y (2) cuyas responsabilidades médicas incurridas que se deben al sistema de salud son iguales o superiores al 50 % de su ingreso anual bruto, se conocen como pacientes médicamente indigentes.

Médicamente necesarios – servicios que son razonables o necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión

Extranjero no residente – un individuo con permiso otorgado por el gobierno de los Estados Unidos para ingresar a los Estados Unidos de forma temporal como no inmigrante para fines que incluyen turismo, negocios, educación, atención médica o empleo temporal.

Residente extranjero permanente – un extranjero admitido en los Estados Unidos como residente permanente legal. Un extranjero ilegal que ingresó a los Estados Unidos sin inspección no es un residente permanente. A los residentes permanentes legales se les otorga legalmente el privilegio de residir permanentemente en los Estados Unidos.

Atención no compensada – servicios de atención médica que se han brindado o que se brindarán pero que nunca se espera que resulten en dinero en efectivo. La asistencia financiera es el resultado de la política de un proveedor para brindar servicios de atención médica gratuitos o con descuento a las personas que cumplan con los criterios financieros establecidos.

Seguro insuficiente – el paciente tiene algún tipo de asistencia de terceros, pero aún tiene gastos de bolsillo que superan su capacidad de pago

Sin seguro – el paciente no tiene asistencia de terceros para ayudar con la responsabilidad financiera de los servicios médicos

CRITERIO DE ELEGIBILIDAD

La asistencia financiera no se considera un sustituto de la responsabilidad personal. La elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera no se determina hasta que las actividades para identificar y asegurar el pago de fuentes de pago de terceros y programas de ayuda no hospitalaria como Medicare, Medicaid, otros programas gubernamentales, otros programas financiados, seguro médico, seguro de automóvil, protección contra lesiones personales (PIP) o pago de medicamentos, gravámenes por responsabilidad, reclamos de patrimonio o cualquier otra posible fuente de pago apropiada se hayan agotado. (Las cantidades deducibles y de coseguro son elegibles para consideración, siempre que se cumplan los criterios de elegibilidad).

La asistencia financiera debe considerarse como el ajuste de último recurso. Los ingresos familiares del paciente/garante y todos los demás recursos financieros y activos se considerarán al hacer una determinación de necesidad financiera. Ejemplos de activos y recursos son, entre otros, cuentas de ahorro y de cheques, cuentas IRA, CD, certificados de depósito, acciones, bonos y bienes raíces, así como fondos disponibles como resultado de la responsabilidad de terceros para gastos médicos. Los recursos que excedan una cantidad razonable pueden considerarse como una posible fuente de pago.

Se espera que los pacientes/garantes cumplan con los procedimientos del hospital para evaluar su elegibilidad para recibir asistencia. Se espera que los pacientes/garantes que parecen calificar para los beneficios estatales, federales u otros que cubrirían la totalidad o parte del costo de su atención, cooperen con HaysMed o sus proveedores con respecto a la solicitud y el proceso de selección. Se alentará a las personas con capacidad financiera para comprar un seguro de salud a que lo hagan, como un medio para garantizar el acceso a los servicios de atención médica.

El otorgamiento de asistencia financiera se basará en una determinación individualizada de la necesidad financiera y no tendrá en cuenta la edad, el género, la raza, el estatus social, la orientación sexual o la afiliación religiosa. La elegibilidad para la asistencia financiera está determinada por el ingreso familiar, los activos y el tamaño de la familia del paciente. Los servicios elegibles bajo esta política se pondrán a disposición del paciente en una escala móvil de acuerdo con la necesidad financiera, según se determine en referencia al FPG vigente al momento de la determinación. Un paciente debe ser financieramente indigente o médicamente indigente en el momento de la solicitud. El descuento de asistencia financiera se basa en una escala móvil de entre 0-300 % del FPG para el año en curso, de la siguiente manera:

Consideraciones adicionales:

1. Nada en esta Política prohibirá a HaysMed ofrecer descuentos adicionales o asistencia financiera más favorable que la establecida anteriormente según las circunstancias.
2. Un paciente debe haber cumplido con todas las solicitudes de información de seguros, de modo que la falta de respuesta a las solicitudes de información de su compañía de seguros no es la razón de la falta de cobertura de los servicios que se solicitan a través de la FAP.
3. Un paciente debe recibir servicios médicamente necesarios (por ejemplo, la elegibilidad no está disponible para servicios electivos, como cirugía estética). En general, las pautas de cobertura reflejarán las pautas de cobertura de Medicare.
4. Los pacientes cuyo ingreso familiar supere el 300 % del FPG pueden ser elegibles para recibir tarifas con descuento caso por caso según sus circunstancias específicas, como una enfermedad catastrófica o indigencia médica, a discreción de HaysMed.
5. El solicitante debe tener ciudadanía estadounidense o tener categoría de residente legal en el área de servicio del hospital.

BASES PARA CALCULAR LAS CANTIDADES GENERALMENTE FACTURADAS – SOLAMENTE PARA LAS CUENTAS DEL HOSPITAL

Después de que la cuenta del paciente se reduce por el ajuste de asistencia financiera basado en esta política y pautas, el paciente no es responsable más que de las cantidades generalmente facturadas a las personas que tienen una tarifa por servicio de Medicare y a las compañías de seguro de salud privadas por emergencias y otra atención médicamente necesaria. El método retroactivo se utiliza para determinar AGB. El documento de resumen de AGB describe el cálculo e indica el porcentaje utilizado por el hospital (consulte el Anexo A).

PROCESO DE SOLICITUD

1. Un paciente/garante puede solicitar asistencia financiera completando la solicitud de asistencia y presentándola, junto con los documentos requeridos que figuran en el formulario de solicitud y cualquier otra documentación relevante para hacer una determinación de necesidad financiera, a HaysMed, 2220 Canterbury, Hays, KS 67601.
2. Se puede solicitar una copia de esta política, o una política resumida o un formulario de solicitud en el lugar que se mencionó anteriormente o llamando al Departamento de Servicio al Cliente de HaysMed al (785) 623-5100
3. Un paciente/garante puede ver la política de asistencia financiera y también puede descargar una aplicación del sitio web de HaysMed: https://www.haysmed.com/wp-content/uploads/2018/01/FinancialAssistanceApplication_HOSPITAL.pdf

PRESUNTA ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

HaysMed reconoce que no todos los pacientes, o los garantes de los pacientes, pueden completar el proceso de solicitud de asistencia financiera o proporcionar la documentación generalmente requerida. Para esos pacientes, o los garantes de los pacientes, HaysMed puede proporcionar asistencia según otros criterios de necesidad financiera. En particular, la presunta elegibilidad puede basarse en circunstancias de la vida que incluyen, entre otras, las siguientes:

1. Falta de hogar
2. Paciente fallecido sin patrimonio conocido
3. Elegibilidad para el programa Medicaid de otro estado
4. Elegibilidad aprobada en los últimos seis meses.
5. Encarcelado y sin ingresos aparentes
6. Ancianos con ingresos limitados
7. Situación de pobreza sin ingresos aparentes

NIVEL DE ASISTENCIA

Una vez que se considere que el solicitante es elegible para recibir asistencia, el nivel real de asistencia se determinará, en parte, comparando los ingresos del solicitante con el FPG, de la siguiente manera:

- **100 % de descuento**, si el ingreso es del 0 % al 130 % de FPG
- **50 % de descuento**, si el ingreso es del 131 % al 200 % de FPG
- **30 % de descuento**, si el ingreso es del 201 % al 300 % de FPG

Si el ingreso es superior al 300 % del FPG, un paciente/garante puede ser elegible para recibir tarifas con descuento caso por caso según sus circunstancias específicas, como una enfermedad catastrófica o indigencia médica, a discreción de los asociados de asistencia financiera de HaysMed.

NOTIFICACIÓN DE DETERMINACIÓN DE ASISTENCIA

El hospital notificará al paciente/garante por escrito sobre la determinación de asistencia financiera y la base para ello dentro de los 60 días posteriores a la recepción del formulario de solicitud completo y toda la documentación de respaldo solicitada del paciente/garante. Si se determina que el paciente/garante es elegible para asistencia, el hospital proporcionará un nuevo resumen de facturación con un AGB a los pacientes con seguro. El hospital reembolsará cualquier pago en exceso que se haya realizado y tomará medidas razonables para revertir cualquier acción de ECA tomada.

DISPONIBILIDAD DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA PACIENTES

Los pacientes/garantes que puedan necesitar asistencia financiera serán buscados e informados activamente sobre la FAP de HaysMed a través del proceso de aprobación financiera, el proceso de pre-registro y el proceso de registro. La información sobre la disponibilidad de asistencia financiera aparece en los estados de cuenta de los pacientes y se publica en letreros en el departamento de emergencia y en las áreas de admisión/registro del hospital. La política de asistencia financiera, el resumen en lenguaje sencillo y el formulario de solicitud de asistencia financiera con instrucciones están disponibles en el sitio web de HaysMed. Además, a los pacientes/garantes se les dará una notificación resumida de la política en comunicación oral y escrita relacionada con la facturación durante el período de notificación definido por la regulación gubernamental a partir de la fecha en que se proporcionó la atención y terminará 120 días después de que el hospital proporcione al paciente/garante el primer estado de cuenta. Al menos tres estados de cuenta, con un resumen de la política incluida, se entregarán al paciente/garante durante el período de notificación.

IMPLEMENTACIÓN DEL DESCUENTO

1. Si el paciente/garante califica para asistencia financiera del 100 %, el hospital:
 - a. descontará el saldo total de la cuenta
 - b. reembolsará cualquier exceso de pago realizado
 - c. tomará medidas razonables para revertir cualquier ECA emprendida
2. Si el paciente/garante califica para asistencia parcial, el hospital:
 - a. determinará el AGB
 - b. proporcionará un nuevo estado de cuenta al paciente/garante, indicando el AGB y cualquier monto adeudado después de la aplicación del descuento de asistencia
 - c. reembolsará cualquier exceso de pago
 - d. tomará medidas razonables para revertir cualquier ECA emprendida
 - e. ingresará una transacción de ajuste en la(s) cuenta(s) para cancelar el monto del descuento aplicado

FACTURACIÓN AL PACIENTE Y COBRANZAS

Si un paciente/garante no presenta una solicitud de asistencia o el monto adeudado, se le enviará una notificación final al paciente/garante informándole de las ECA que puede tomar el hospital y la fecha en que se tomará la acción. Estas acciones incluirán, pero no se limitan a, la notificación de información adversa a las agencias de informes crediticios del consumidor y los procesos legales o judiciales que puedan emprenderse. El hospital continuará aceptando y procesando solicitudes de asistencia financiera durante el período de 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta, como lo exige la reglamentación. Una vez que se envíe una solicitud de asistencia financiera, el hospital no iniciará, o suspenderá, cualquier ECA.

ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN DE PAGO

1. El personal del hospital trabajará con el paciente/garante para establecer un plan de pago revisando la solicitud y determinando qué se puede esperar razonablemente como pago mensual.
2. Los ingresos y gastos mensuales del paciente se considerarán al establecer un plan de pago.
3. Si el saldo se puede pagar en un plazo de 10 meses, en general, no se requiere una solicitud de asistencia financiera.
4. En general, se espera que los saldos más pequeños se paguen en un plazo de tres meses a 24 meses.
5. Se espera que los saldos más grandes se paguen dentro de al menos 84 meses.
6. El incumplimiento del acuerdo de pago mensual puede dar lugar a que las cuentas se refieran a una agencia externa para su cobro.
7. En el caso de que no se pague una cantidad determinada como responsabilidad del paciente/garante, y en ausencia de una solicitud de asistencia, el hospital puede remitir la(s) cuenta(s) a una agencia de cobranza externa. Dicha acción puede resultar en un informe adverso en la calificación crediticia del paciente/garante o en el inicio de procedimientos legales.

PROVEEDORES NO CUBIERTOS POR ESTA POLÍTICA

Los médicos o profesionales médicos brindan atención a los pacientes o ayudan con el tratamiento del paciente mediante la lectura del trabajo de laboratorio, la interpretación de las pruebas médicas, la realización de pruebas médicas y los servicios individuales de médicos de los pacientes. Los médicos y profesionales médicos no empleados por HaysMed no están cubiertos por esta Política. Para obtener una lista de proveedores cubiertos y no cubiertos, consulte el Anexo B.

EXCLUSIÓN

HaysMed se reserva el derecho de desviarse de las pautas contenidas en esta política debido a situaciones inusuales y cuando se haya alcanzado un consenso para hacerlo por parte del Gerente de Cuentas de Pacientes, el Director del Ciclo de Ingresos y el Director Financiero o sus designados.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Para obtener información adicional sobre asistencia financiera o para hacer preguntas, los interesados pueden llamar o visitar:

- HaysMed al (785)623-5100 o en 2220 Canterbury Drive, Hays, KS

Documentos relacionados

1. Formularios –
 - a. Solicitud de Asistencia Financiera (BUS116a en Access eForms)

- b. Formulario de política de asistencia financiera (BUS116 en Access eForms)
- 2. Instrucciones de trabajo - N/A
- 3. Políticas –
 - a. Instrucciones de cobro
 - b. Autenticación de la identidad del paciente, ciudadanía y residencia
 - c. Aprobación financiera
 - d. EMTALA – Evaluación médica de emergencia, tratamiento, traslado y lista de guardia
- 4. Fuente(s) - N/A

ANEXO A

CÁLCULO DE CANTIDADES GENERALMENTE FACTURADAS

Las cantidades generalmente facturadas son la suma de todas las cantidades de reclamaciones que han sido permitidas por los aseguradores de salud divididas por la suma de los cargos brutos asociados con esas reclamaciones.

% AGB = Suma de reclamaciones permitidas Cantidad \$/Suma de cargos brutos \$ para esas reclamaciones

Cantidad permitida = Cargos totales menos ajustes contractuales si no se contabiliza un ajuste contractual, el total de cargos es igual a la cantidad permitida. Los ajustes de denegación se excluyen del cálculo ya que las denegaciones no afectan la cantidad permitida.

Hays Medical Center

Sobre una base anual, el AGB se calcula para cada hospital.

- Se utiliza retroactivo. Se utiliza un período de doce (12) meses.
- Incluye la tarifa de Medicare para los pagadores de servicios y comerciales
- Excluye a los pagadores: Medicaid, Medicaid pendiente, no asegurado, auto-pago, vehículo motorizado y responsabilidad, y compensación laboral.

En vigencia: 1 de enero de 2018

HaysMed 33 %

ANEXO B

PROVEEDORES CUBIERTOS Y NO CUBIERTOS

Listado de entidades y grupos de proveedores cubiertos y no cubiertos por la política de asistencia financiera de HaysMed

Última actualización: Noviembre 2018

Entidades de HaysMed cubiertas por esta política:

- Center for Women's Health (Centro de salud de la mujer)
- DeBakey Heart Institute (Instituto de cardiología DeBakey)
- Otorrinolaringología
- Médicos del Departamento de Emergencias
- Hays Pediatric Center (Centro pediátrico Hays)
- Internistas
- Especialistas Médicos
- Nefrología
- Orthopedic Institute (Instituto de traumatología)
- Psychiatric Associates (Asociados de psiquiatría)
- Pulmonology Associates (Asociados de neumonología)
- Sleep and Neurodiagnostic Institute (Instituto del sueño y neurodiagnóstico)
- Southwind Surgical (Centro quirúrgico Southwind)
- Western Kansas Urological Associates (Asociados de urología del oeste de Kansas)
- Wound Healing and Hyperbaric Center (Centro de curación de heridas e hiperbárico)

Entidades y proveedores no cubiertos por esta política:

Los médicos o profesionales médicos brindan atención a los pacientes o ayudan con el tratamiento del paciente mediante la lectura del trabajo de laboratorio, la interpretación de las pruebas médicas, la realización de pruebas médicas y los servicios individuales de médicos de los pacientes. Los médicos y profesionales médicos no empleados por HaysMed no están cubiertos por esta Política. Los siguientes no están cubiertos por esta política:

- Anesthesiology Associates of Hays (Asociados anestesiólogos de Hays)
- Canterbury Oral and Maxillofacial Surgery (Cirugía oral y maxilofacial de Canterbury)
- Dr. Chris Rupe (Mowery Clinic, Salina)
- Eye Specialists of Hays (Especialistas oftalmológicos de Hays)
- Renal Care Group of the Midwest, Inc. (Fresenius Medical Care [Grupo de especialistas renales])
- Radiology Associates of Hays (Asociados radiólogos de Hays)
- Quest Diagnostics