

Establecimiento:

Política corporativa para todo el sistema

Política estándar

Política modelo:

Política n.º PFS-112

Página 1 de 19

Departamento: Administración de Ingresos

POLÍTICA: Facturación al Paciente: Ayuda Económica

I. OBJETIVO

Los establecimientos de Adventist Health (AH) existen para atender a los pacientes. Su construcción alberga un equipo dedicado de profesionales de la atención de la salud: médicos, enfermeros y otros profesionales, gerentes, administradores y voluntarios. En conjunto, estas personas protegen la salud de sus comunidades. Su capacidad de atender bien exige una relación con sus comunidades basada en la confianza y la compasión. Mediante la confianza y la buena voluntad mutuas, Adventist Health y los pacientes podrán cumplir sus responsabilidades. Estos principios y directivas tienen por objetivo fortalecer nuestra relación, así como afirmar nuestro compromiso con la atención de la salud de los pacientes de AH, independientemente de su capacidad de pagar.

El propósito de esta política es efectuar y asegurar un método justo, no discriminatorio, coherente y uniforme para la revisión y realización de cuidado de caridad de emergencia y otro tipo de cuidado Medicamento Necesario para las personas de nuestra comunidad que puedan requerir Ayuda Económica.

La intención de esta política es cumplir con todas las normas federales, estatales y locales.

II. DEFINICIONES

Gastos Médicos Permitidos: Los gastos médicos totales de los Familiares que serían deducibles a efectos del impuesto federal a la renta independientemente de que los gastos excedan la deducción de gastos médicos permitida por el IRS. Podrán incluirse facturas tanto pagas como impagas.

Monto Generalmente Facturado (Amount Generally Billed, AGB): El monto que generalmente se cobra a las personas que tienen cobertura de seguros para dicha atención en AH. El método aplicado para calcular el AGB es un método histórico que tiene en cuenta lo anterior sobre la base de los reclamos efectivamente pagados por tarifas de servicios de Medicare junto con todas las aseguradoras de salud privadas, incluidas las partes pagadas por personas aseguradas.

Cargos Facturados: Los cargos por servicios de AH publicados en la lista de descripción de cargos (charge description master, CDM).

Atención de Caridad: La atención de caridad completa o gratuita se otorga cuando no se espera que el paciente pague o solo pague una suma nominal de los Cargos Facturados.

Atención con Descuento: El establecimiento determina que el paciente no califica para Atención de Caridad, pero es elegible para un descuento y se espera que pague solo una parte de los Cargos Facturados.

Atención Médica de Emergencia: Se refiere a los Servicios y Atención de Emergencia definidos en la política de AH de “conformidad con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y de Trabajo de Parto (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA)”.

Gastos de Vida Esenciales (Essential Living Expenses, ELE): Cualquiera de los siguientes: alquiler o pago y mantenimiento de la casa, comida y provisiones del hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y odontológicos, seguros, escuela o cuidado infantil, mantenimiento de hijos o cónyuge, gastos

de transporte y automóvil, incluidos seguros, gasolina y reparaciones, pagos de cuotas, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.

Familiares: Los Familiares de **las personas de 18 años o mayores** incluyen el cónyuge, pareja de hecho según lo define el estado en que esté situado el establecimiento y los menores de 21 años a cargo, ya sea que vivan en la casa o no. Los Familiares de **personas menores de 18 años** incluyen los padres, los parientes encargados y otros hijos menores de 21 años del padre o del pariente encargado, que vivan en el hogar o no.

Declaración de Impuestos Federales: El formulario que se presenta ante el IRS a los efectos de declarar los ingresos sujetos a impuestos. El formulario debe ser una copia del formulario firmado y fechado presentado ante el IRS.

Nivel de Pobreza Federal (Federal Poverty Level, FPL): El nivel de ingresos fijado por el gobierno federal que establece qué hogares viven sobre o debajo de la línea de pobreza o subsistencia en función de los ingresos anuales.

Ayuda Económica: Un programa de AH que reducirá de manera prospectiva o retroactiva el monto debido por un Paciente No Asegurado o un Paciente Subasegurado por Cargos Facturados de AH.

Costos Médicos Altos: Estos abarcan lo siguiente: a) Costos Pagados anuales en los que incurra el particular en el establecimiento que excedan el diez por ciento (10%) de los ingresos familiares del paciente durante los últimos 12 meses; O b) Gastos Pagados anuales que excedan el diez por ciento (10%) de los ingresos familiares del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos del paciente abonados por él o su familia durante los últimos 12 meses.

Ingresos Hogareños: Ingresos de todos los Familiares que residen en el mismo hogar que el paciente o en la dirección que el paciente utiliza en las declaraciones fiscales u otros documentos gubernamentales como domicilio real.

Grupo con Dominio Limitado del Inglés (Limited English Proficiency, LEP): Un grupo que constituye el menor entre 1000 personas o cinco por ciento (5%) de la comunidad atendida por el establecimiento o las poblaciones a las que probablemente alcance el establecimiento. El establecimiento puede utilizar cualquier método razonable para determinar la cantidad o el porcentaje de pacientes LEP al que pueda alcanzar.

Medicamento Necesario: Un servicio es “medicamento necesario” o una “necesidad médica” cuando es razonable y necesario para proteger la vida, evitar enfermedades importantes o una discapacidad significativa, o para aliviar dolores graves. Consulte la sección 14059.5 del Código de Instituciones y Bienestar de California (California Welfare & Institutions Code).

Costos Pagados: Los costos que el paciente paga de sus fondos personales.

Servicios Económicos para el Paciente (Patient Financial Services, PFS): Departamento de AH a cargo de facturar, cobrar y procesar los pagos.

Plan de Pagos: Un plan que establece una serie de pagos durante un determinado período para satisfacer los montos debidos por el paciente de Cargos Facturados por AH. Los pagos mensuales no exceden el diez por ciento (10%) del ingreso familiar de un paciente durante un mes, excluidas las deducciones por Gastos de Vida Esenciales.

Activos Calificados: Activos monetarios que se cuentan dentro de los ingresos del paciente para determinar si cumple con los requisitos de ingresos para el programa. A los efectos de esta política, los “Activos Calificados”: 1) incluyen el 50% de los activos monetarios del paciente superiores a los USD 10,000, lo que comprende efectivo, acciones, bonos, cajas de ahorro y otras cuentas bancarias; 2) excluyen los planes de jubilación calificados por el IRS, como las IRAs o las cuentas de jubilación 401(k) o

403(b), o los planes de remuneración diferida; 3) excluyen ciertos inmuebles o bienes tangibles (residencia principal, automóviles, etcétera; sin embargo, pueden estar incluidas las residencias adicionales aparte de la residencia principal y los vehículos recreativos).

Paciente Calificado: Paciente que cumple con los requisitos económicos del programa de Asistencia Económica conforme a la definición de la Sección III.C.

Deuda de Autopago: Todo saldo debido cuando el sujeto obligado sea el paciente o su fiador (no un tercero pagador).

Seguro de Terceros: Una entidad (sociedad, fondo o plan de salud de compañía, beneficio de pago médico automotriz, seguro de compensación del trabajador lesionado, etc.) que no sea el paciente que pague la totalidad o parte de las facturas médicas del paciente.

Paciente No Asegurado: Un paciente que no cuenta con seguro de terceros de una aseguradora de salud, un plan de servicio del cuidado de la salud, Medicare o Medicaid y cuya lesión no es una lesión indemnizable a los efectos del seguro de compensación del trabajador lesionado, seguro del automóvil u otro tipo de seguro según lo determinado y documentado por el establecimiento.

Paciente Subasegurado: Un paciente que tiene cierto nivel de seguro o asistencia de terceros, pero aún tiene Costos Pagados que exceden su capacidad económica.

III. POLÍTICA

AH se compromete a proporcionar Ayuda Económica a los pacientes que hayan solicitado Atención Médica de Emergencia o Atención Médicamente Necesaria, pero que tengan pocos medios o carezcan de ellos para pagarla. La Ayuda Económica se refiere a lo que comúnmente se conoce como Atención de Caridad y Atención con Descuento. AH ofrecerá, sin discriminación, Atención Médica de Emergencia o Atención Médicamente Necesaria según las definiciones de la presente política, a las personas independientemente de su capacidad de pago, el cumplimiento de los requisitos de esta política o los requisitos para obtener asistencia gubernamental.

Por ello, esta política escrita:

- incluye criterios de elegibilidad para Ayuda Económica, Atención de Caridad (gratis) y Atención con Descuento (caridad parcial);
- describe las bases para calcular los montos cobrados a los pacientes que cumplen los requisitos para obtener Ayuda Económica conforme a esta política;
- describe el método por el cual los pacientes pueden solicitar Ayuda Económica;
- describe cómo el establecimiento publicitará ampliamente la política dentro de la comunidad atendida por el establecimiento; y
- limita los montos que cobrará el establecimiento por Atención Médica de Emergencia u otro tipo de Atención Médicamente Necesaria provista a personas que cumplen con los requisitos de Ayuda Económica por un monto equivalente o menor al Monto Generalmente Facturado (cobrado) por el establecimiento.

La caridad no se considera sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos del establecimiento para obtener caridad u otras formas de pago o Ayuda Económica, y que contribuyan con el costo de su cuidado sobre la base de su capacidad de pago individual. Se recomendará a las personas que tengan la capacidad económica para adquirir un seguro de salud que lo obtengan, a modo de asegurar el acceso a los servicios del cuidado de la salud para su salud personal integral y para la protección de sus bienes particulares.

A. Atención incluida en esta política

Esta política se aplicará a todo tipo de Atención Médica de Emergencia u otro tipo de atención Médicamente Necesaria que se preste en los establecimientos cuya titularidad y operación corresponda a AH mencionados en el Apéndice A. Los establecimientos de AH que ofrecen servicios de facturación para médicos de salas de emergencia tienen que tratar los cargos de los médicos de la misma manera que los cargos del establecimiento con respecto a los procedimientos de descuento no asegurado y caridad.

Los médicos de salas de emergencia que proporcionan servicios médicos de emergencia en un establecimiento general de cuidados agudos quedan excluidos de esta política, a menos que aparezcan como “Proveedor Cubierto” en la documentación del Apéndice C. Estos médicos deberían tener —y en California tienen la obligación de tener— sus propias políticas de Ayuda Económica para limitar el pago esperado de los pacientes que cumplan los requisitos y no estén asegurados o tengan Costos Médicos Altos y que estén en o por debajo del 350% del Nivel de Pobreza Federal. Los pacientes que no estén asegurados o tengan Costos Médicos Altos e ingresos equivalentes o inferiores al 350% del Nivel Federal de Pobreza y reciban una factura de un médico de sala de emergencia deberían contactarse con el consultorio de dicho médico y consultar sobre su política de Ayuda Económica.

B. Comunicación de Ayuda Económica

Adventist Health comunica la disponibilidad de Ayuda Económica a través de diferentes medios, entre los que están, a modo de ejemplo, la publicación de avisos llamativos en salas de emergencia, en el formulario de las Condiciones de Registro, en las áreas de admisión y registro, en los Servicios Económicos para el Paciente del establecimiento y otros lugares públicos que elija el establecimiento. Una declaración de facturación posterior al alta incluirá un texto estándar en el que se informará a los pacientes que pueden solicitar revisiones económicas para determinar la elegibilidad para Ayuda Económica y cómo se puede hacer el pedido. Sin costo alguno para el paciente, el establecimiento publicará y difundirá ampliamente un resumen en lenguaje claro de su política de Ayuda Económica y la política en sí en el sitio web del establecimiento, en folletos, por correo y en otros lugares en la comunidad atendida por el establecimiento, según su parecer. Estos avisos e informaciones cortas deberán estar en los idiomas principales del paciente cuando este sea parte de un grupo con Dominio Limitado del Inglés (LEP). Además de lo anterior, AH proporciona avisos individuales de Ayuda Económica a cualquier paciente que se encuentre en riesgo de no poder cumplir sus obligaciones económicas. Cualquier integrante del personal general o médico del establecimiento podrá referir pacientes para Ayuda Económica. El paciente, su tutor o familiar podrán presentar una solicitud de caridad conforme a las leyes relativas a la privacidad.

Las personas particulares pueden recibir información sobre la política de Ayuda Económica, de manera gratuita, llamando al 1-844-827-5047 o escribiendo a:

Adventist Health
ATTN: Financial Assistance
PO Box 619122
Roseville, CA 95661

C. Requisitos para recibir Ayuda Económica

Aquellas personas que no tengan seguro o estén subaseguradas y tengan Costos Médicos Altos y no puedan pagar por su atención, sobre la base de una determinación de necesidad económica según esta política, tendrán derecho a ser consideradas para recibir Ayuda Económica. Las decisiones tomadas sobre la base de esta política, incluida la de conceder o negar Ayuda Económica, deberán basarse en una determinación individualizada de necesidad económica y no se deberá tener en cuenta la raza, el color, el origen nacional, la ciudadanía, la religión, el credo, el género, la preferencia sexual, la edad ni la discapacidad.

Los montos del Pago Parcial de Medicaid (Medicaid Share of Cost, SOC) no pueden estar sujetos a Ayuda Económica, ya que el estado decide que el SOC sea un monto que debe pagar el paciente antes de que Medicaid pague.

Según esta política, un paciente puede calificar para Ayuda Económica si cumple con alguna de las siguientes directivas, según el ingreso o los gastos.

1. Ingresos. Un paciente es elegible para recibir Atención de Caridad o Atención con Descuento según sus ingresos en virtud de esta política si los Ingresos Hogareños (según la definición aquí incluida) es equivalente al 400% o menos del FPL.
2. Gastos. Los pacientes que no cumplan con los requisitos por sus ingresos pueden ser elegibles para Ayuda Económica mediante una revisión de excepción si sus Gastos Médicos Permitidos han reducido los ingresos y los recursos de la familia de modo tal que no pueden pagar los servicios elegibles. Deben darse simultáneamente los dos siguientes supuestos:
 - a. Gastos: Los Gastos Médicos Permitidos del paciente deben ser superiores al 50% de los Ingresos Hogareños.
 - b. Recursos: Los gastos médicos adicionales del paciente (el monto por el que los Gastos Médicos Permitidos del paciente superan el 50% de los Ingresos Hogareños) deben superar los Activos Calificados disponibles.

Atención de Caridad: Al determinar la posibilidad de ser beneficiario de Atención de Caridad, también conocida como atención gratuita, los Ingresos Hogareños y los Activos Calificados no superan el 200% del Nivel de Pobreza Federal.

Atención de Emergencia y Medicamento Necesaria

<u>Pacientes No Asegurados</u>	
<u>Ingresos familiares</u>	<u>Montos cobrados</u>
200% o menos del Nivel de Pobreza Federal	Cero

Atención con Descuento: Al determinar el cumplimiento de los requisitos para ser beneficiario de **Atención con Descuento**, la documentación de los ingresos deberá incluir talones de pago recientes o declaraciones de impuestos.

Atención de Emergencia y Medicamento Necesaria

<u>Pacientes No Asegurados</u>	
<u>Ingresos familiares</u>	<u>Montos cobrados</u>
>200% al 300% del Nivel de Pobreza Federal	50% del Monto Generalmente Facturado
>300% al 400% del Nivel de Pobreza Federal	75% del Monto Generalmente Facturado
>400% del Nivel de Pobreza Federal	No cubierto por la Política de Ayuda Económica; referirse a la Política de Descuentos para los Pacientes No Asegurados

<u>Pacientes con seguro comercial o planes de atención gestionados no contratados y Costos Médicos Altos</u>	
<u>Ingresos familiares</u>	<u>Montos cobrados</u>
400% o menos del Nivel de Pobreza Federal	El monto que sería autorizado en virtud del Monto Generalmente Facturado por el mismo servicio MENOS el monto pagado por la aseguradora del paciente. Si la aseguradora pagó un monto equivalente o mayor al Monto Generalmente Facturado, el paciente no asume ninguna deuda.
>400% del Nivel de Pobreza Federal	No cubierto según la Política de Ayuda Económica; el paciente es responsable por su monto de Deuda de Autopago

Atención que no sea de Emergencia y ni Medicamento Necesaria

<u>Pacientes No Asegurados</u>	
<u>Ingresos familiares</u>	<u>Montos cobrados</u>
200% o menos del Nivel de Pobreza Federal	50% del Monto Generalmente Facturado
>200% al 400% del Nivel de Pobreza Federal	100% del Monto Generalmente Facturado
>400% del Nivel de Pobreza Federal	No cubierto por la Política de Ayuda Económica; referirse a la Política de Descuentos para los Pacientes No Asegurados

<u>Pacientes con seguro comercial o planes de atención gestionados no contratados y Costos Médicos Altos</u>	
Ingresos familiares	Responsabilidad del paciente
350% o menos del Nivel de Pobreza Federal	El monto que sería autorizado en virtud del Monto Generalmente Facturado por el mismo servicio MENOS el monto pagado por la aseguradora del paciente. Si la aseguradora pagó un monto equivalente o mayor al Monto Generalmente Facturado, el paciente no asume ninguna deuda.
>350% del Nivel de Pobreza Federal	No cubierto según la Política de Ayuda Económica; el paciente es responsable por su monto de Deuda de Autopago

D. Método según el cual los pacientes pueden solicitar Ayuda Económica

1. Para cumplir con los requisitos de Ayuda Económica conforme a esta Política, el paciente o fiador debe:
 - a. cooperar con AH en la identificación y determinación de fuentes alternativas de pago o cobertura de programas de pago públicos y privados;
 - b. presentar una solicitud confidencial de Ayuda Económica verdadera, precisa y completa dentro de los 240 días posteriores a la primera declaración de facturación posterior al alta;
 - c. el personal de AH, incluidos los asesores financieros y el personal de Servicios Económicos para el Paciente pueden asistir a las personas que soliciten o necesiten asistencia para completar una solicitud;
 - d. presentar una copia del último talón de pago del paciente o fiador (o certificar que actualmente se encuentra desempleado);
 - e. presentar una copia de la última Declaración de Impuestos Federales (con todos los anexos); y
 - f. presentar los documentos y la información sobre los activos monetarios del paciente o de los fiadores que razonablemente solicite AH.

2. Si el paciente cuenta con cobertura de terceros que cubrirían los servicios elegibles, el paciente o fiador debe cumplir las condiciones de cobertura de su seguro de salud. No hacerlo, cuando se entienda razonablemente que el paciente podría haber cumplido, podría causar el rechazo de la posibilidad de ser admitido en el programa de Ayuda Económica.

3. Se considera paciente no dispuesto a colaborar a aquel que se niegue a revelar la información económica necesaria según lo solicitado para la determinación de Ayuda Económica y/o Medicaid durante el proceso de solicitud. Los pacientes o fiadores que no cooperen serán notificados por escrito de que, si no cumplen y proporcionan información, no se le dará mayor tratamiento al trámite de Ayuda Económica y comenzará el monitoreo estándar de cuentas por cobrar.

4. Los valores de dignidad humana y administración de AH se verán reflejados en el proceso de solicitud, determinación de necesidad económica y otorgamiento de Ayuda Económica.

5. AH no usará la información presentada por un paciente en relación con sus activos monetarios en cuanto a su solicitud para actividades de cobro de AH. La información provista por el paciente en relación con sus activos monetarios solo se utilizará para la determinación de si el paciente cumple con los requisitos para obtener Ayuda Económica conforme a esta política.

E. Elegibilidad para otros programas del gobierno

El establecimiento hará todos los esfuerzos razonables para obtener del paciente o de su representante información sobre si el auspicio o seguro de salud privado o público pueden cubrir totalmente o parcialmente los cargos de la atención brindada a un paciente, lo que incluye, sin limitarse a, lo siguiente:

1. seguro de salud privado, incluida la cobertura ofrecida a través del Intercambio de Beneficios de Salud (Health Benefit Exchange);
2. Medicare; o
3. el programa Medicaid, el programa Healthy Families, el programa de Servicios para Niños (Children's Services) u otros programas financiados por el estado y diseñados para ofrecer cobertura de salud.

Si un paciente solicita otro programa de cobertura de salud o tiene otra solicitud pendiente al mismo tiempo que solicita un programa de Ayuda Económica del establecimiento, ninguna de estas solicitudes impedirá la posibilidad de ser considerado en el otro programa.

F. Elegibilidad Presuntiva para recibir Ayuda Económica

Un empleado o gerente de Servicios Económicos para el Paciente completará una solicitud interna de Ayuda Económica para cada paciente que incluirá una explicación completa de lo siguiente:

1. La razón por la que el paciente o fiador del paciente no puede hacer una solicitud en su nombre, y las circunstancias médicas o socioeconómicas atenuantes documentadas del paciente que prohíben al paciente o al fiador del paciente completar la solicitud.
2. AH también puede asignar cuentas a la elegibilidad presuntiva de Atención de Caridad, sin que exista una solicitud de Ayuda Económica presentada por el paciente, sobre la base de criterios predeterminados recogidos a partir de fuentes aprobadas. Entre estos criterios, están los siguientes:
 - a. El paciente ha documentado en su registro médico que no tiene hogar o hay una verificación recibida mediante AH o un familiar de que el paciente falleció sin patrimonio conocido o se encuentra actualmente encarcelado; **O**
 - b. El paciente cumple con los requisitos de un programa de beneficio público, lo que incluye Seguro Social, Beneficios de Seguro de Desempleo, Medicaid, Salud para Indigentes del Condado, AFDC, Estampillas para Comida, WIC u otros programas similares relacionados con la indigencia con requisitos que cumplan razonablemente las exigencias del programa de Ayuda Económica de AH; **O**
 - c. Después de que los intentos normales de cobro no hayan producido pago alguno y el paciente no haya podido completar una solicitud de Ayuda Económica ni cumplir las solicitudes de documentación o no responda de otro modo durante el proceso de solicitud, se analizará la cuenta para determinar la posibilidad de elegibilidad presuntiva mediante software demográfico. En consecuencia, es posible que se analicen estas cuentas para determinar si el paciente cumple con los requisitos de Ayuda Económica sin completar la solicitud formal de ayuda. En estas circunstancias, el establecimiento de AH utilizará otras fuentes de información para evaluar individualmente la necesidad económica. Esta información permitirá a AH tomar una decisión informada sobre la necesidad económica de los pacientes que no responden usando las mejores estimaciones disponibles en ausencia de información provista directamente por el paciente.

Los establecimientos de AH utilizarán a un tercero para realizar una revisión electrónica de la información del paciente para evaluar la necesidad económica. Esta revisión aplica un modelo reconocido en el sector del cuidado de la salud que se basa en bases de datos públicas. Este modelo predictivo incorpora datos de registros públicos para calcular un valor de capacidad económica y socioeconómica que incluya estimaciones de ingresos, activos y liquidez. La tecnología electrónica está diseñada para evaluar a cada paciente según los mismos estándares del proceso de solicitud tradicional.

La tecnología se implementará antes de la cesión de incobrables después de agotar todas las otras fuentes de elegibilidad y de pago. Esto permite a los establecimientos de AH evaluar a todos los pacientes respecto de la ayuda económica antes de iniciar acciones extraordinarias de cobro. Los datos obtenidos a partir de esta revisión electrónica de elegibilidad constituirán documentación adecuada de necesidad económica para calificar al 200% FPL o menos solo para fechas en retrospectiva.

Las cuentas de pacientes a las que se les haya asignado elegibilidad presuntiva se reclasificarán según la política de Ayuda Económica. No se enviarán a cobro, no estarán sujetas a otras acciones de cobro, no serán notificadas de su calificación y no se incluirán en el gasto de incobrables del establecimiento.

G. Período de elegibilidad

Si un paciente cumple con los requisitos para ser beneficiario de Atención de Caridad o Atención con Descuento para un servicio específico elegible o la estadía en un determinado establecimiento, se aplicará un descuento de Ayuda Económica retroactivo a todos los saldos del paciente para servicios incluidos antes de la fecha de aprobación de la solicitud. Además, los servicios elegibles calificarán para un descuento de Ayuda Económica por 180 días adicionales después de la fecha de aprobación de una solicitud. Para los servicios prestados 180 días después de la fecha de aprobación de la solicitud, el paciente deberá presentar una aplicación nueva para ser considerado para Ayuda Económica para ese episodio de atención.

H. Reembolso de montos pagados con anterioridad

En caso de que un paciente pague la totalidad o parte de sus facturas por servicios prestados y luego se determine que cumple los requisitos para obtener Atención de Caridad o Atención con Descuento conforme a esta política, AH reembolsará rápidamente al paciente el monto de dicho sobrepago a AH.

I. Apelación sobre la aplicación de esta política

En caso de que un paciente considere que su solicitud de Ayuda Económica no ha sido considerada correctamente de acuerdo con esta política o si está en desacuerdo respecto de otro punto en la aplicación de la presente, podrá presentar una solicitud escrita de reconsideración ante el Director de Finanzas (Chief Financial Officer, CFO) del establecimiento de AH donde se prestaron los servicios elegibles, lo que constituirá la última instancia de apelación.

J. Facturación y cobro

Los establecimientos de AH seguirán los procedimientos estándares para la cesión a agencias de cobro, incluidos los niveles de autorización. Los contratos con las agencias de cobro definirán el alcance de las prácticas de las agencias que incluye las prácticas de cobro dentro de esta política así como el requisito de informar a un establecimiento de AH cuando un paciente indica que no tiene capacidad económica de pagar su factura.

Antes de iniciar cualquier gestión de cobro contra un paciente, el establecimiento deberá suministrar un resumen en lenguaje claro de los derechos del paciente. El resumen bastará si aparece sustancialmente de la siguiente manera:

“Las leyes estatales y federales exigen a los cobradores de deudas que lo traten con justicia y les prohíbe hacer declaraciones falsas o amenazas de violencia, utilizar un lenguaje obsceno o irreverente y tener comunicaciones indebidas con terceros, incluido su empleador. Excepto en circunstancias inusuales, los cobradores de deudas no podrán contactarlo antes de las 8:00 a.m. ni después de las 9:00 p.m. En general, los cobradores de deudas pueden contactar a otra persona para confirmar su ubicación o para ejecutar un fallo. Para obtener más información sobre las actividades de cobranza de deudas, puede comunicarse con la Comisión Federal de Comercio (Federal Trade Commission) por teléfono al 1-877-FTC-HELP (382-4357) o en línea en www.ftc.gov”.

El establecimiento también debe incluir un aviso de que puede haber servicios de asesoramiento de crédito sin fines de lucro disponibles en el área. El texto anterior deberá incorporarse en un aviso que se adjuntará en el correo inicial relativo a todas las deudas de pacientes.

Los establecimientos de AH detendrán los trámites de cobro de un paciente o responsable mientras estén en proceso de solicitar programas de asistencia gubernamentales, tales como Medicaid, lo que incluye el tiempo necesario para apelar una determinación respecto de la elegibilidad. Cuando el establecimiento determine que la persona no es elegible para la cobertura que solicitó o no cooperó, podrán continuar los trámites de cobro. Debe documentarse rigurosamente el incumplimiento de los requisitos para elegibilidad o la falta de cooperación.

Ante la presentación de una solicitud de Ayuda Económica para un paciente o un fiador, cesarán todos los trámites de cobro hasta que se emita una determinación y el paciente sea notificado de ella. La decisión deberá comunicarse al paciente mediante el envío de la carta incluida en el Anexo B (en inglés o en otro idioma si se cumple con la definición de Dominio Limitado del Inglés).

En los supuestos en que el paciente o el fiador del paciente sean aprobados para Atención de Caridad conforme al programa de Ayuda Económica, cesarán todos los trámites de cobro y deberán hacerse todos los esfuerzos razonables para anular las medidas extraordinarias de cobro tomadas contra el paciente o su fiador.

Cuando el paciente o su fiador reciban aprobación para Atención con Descuento respecto de una deuda conforme al programa de Ayuda Económica, el establecimiento podrá negociar con el paciente o el fiador un Plan de Pago mensual razonable cuando así lo soliciten el paciente o el fiador y no enviará facturas impagas a agencias de cobro externas; también interrumpirá todas las medidas extraordinarias de cobro. No tendrán intereses los Planes de Pagos extendidos acordados por el establecimiento para ayudar a los pacientes que cumplan los requisitos de la política de Ayuda Económica de los establecimientos. Los Planes de Pago extendidos podrán declararse ineficaces cuando el paciente o fiador dejen de hacer pagos consecutivos durante un plazo de 90 días. Antes de declarar la ineficacia del acuerdo, el establecimiento o agencia de cobro harán un intento razonable por contactar al paciente por teléfono y notificar por escrito que el Plan de Pago extendido podría ser ineficaz y deberá comunicarse la oportunidad para renegociar dicho Plan. Antes de que el establecimiento pueda declarar la ineficacia del Plan de Pagos extendido, debe intentar renegociar sus términos, si así lo solicita el paciente o su fiador. Ni el establecimiento ni la agencia de cobro de deudas podrán remitir información negativa a oficinas de información de crédito antes de la declaración de ineficacia del Plan de Pagos.

Los establecimientos de AH y las agencias de cobro no participarán en ninguna **acción extraordinaria de cobro** tales como embargo de salarios, venta de la deuda, denuncia de la deuda ante oficinas de crédito, exigencia de pago antes de la prestación de la atención, gravámenes sobre residencias primarias u otras acciones legales para cualquier paciente, dentro de los 241 días posteriores a la primera declaración de facturación del paciente posterior al alta.

El establecimiento y las agencias de cobro tomarán medidas razonables para notificar al paciente antes de involucrarse en cualquier tipo de acciones extraordinarias de cobranza. Entre las medidas razonables está la notificación por escrito de la política de Ayuda Económica, el envío de un resumen por escrito en lenguaje claro, la identificación y aviso sobre la medida de cobro extraordinaria específica que se realizará,

y la realización de esfuerzos razonables para avisar oralmente al paciente o fiador. Todas estas medidas deberán tomarse al menos 30 días antes de realizar cualquier medida extraordinaria de cobro para permitir un plazo razonable para responder a la notificación.

En los casos en que la agencia de cobro tenga la indicación de que el paciente o fiador tiene capacidad de pago de los servicios médicos, pero se niega a hacerlo, la agencia podrá iniciar acciones legales para cobrar el saldo impago en tanto no sea dentro de los 240 días posteriores a la primera declaración de facturación posterior al alta. Cuando la agencia haya determinado que corresponden acciones legales y se cumplen los criterios para iniciar acciones extraordinarias de cobro, la agencia deberá enviar una solicitud individual por escrito al Director de Finanzas del establecimiento para su aprobación antes de iniciar cualquier acción legal. La solicitud debe contener todos los detalles del encuentro, incluida una copia de la documentación que tenga la agencia y le haya hecho pensar que el paciente o fiador tiene capacidad para pagar los servicios. El Director de Finanzas del establecimiento debe aprobar cada medida legal en particular por escrito. Esta autoridad no podrá ser delegada por el Director de Finanzas. Los establecimientos deberán mantener una copia permanente de la autorización firmada para iniciar acciones legales y debe haber una constancia en las notas de cuenta electrónica de pacientes PFS. Bajo ninguna circunstancia podrá la agencia iniciar acciones legales como último recurso para motivar al paciente a pagar cuando no tenga información respecto de los medios económicos del paciente o los fiadores.

K. Educación para el paciente y la familia

Suministrada mediante la publicación de esta política en el sitio web de AH, educación directa de asesores económicos e información publicada según lo aquí dispuesto (Sección III.B.).

L. Documentación

Solicitud confidencial de Ayuda Económica (véase el Anexo A de esta política).

M. Lista de proveedores cubiertos

La lista de proveedores cubiertos y no cubiertos, del Apéndice C de esta política, que ofrecen Atención Médica de Emergencia y otro tipo de atención Médicamente Necesaria en el establecimiento se mantendrá al menos trimestralmente, y se pondrá a disposición utilizando los métodos descritos en la sección III.B. de esta política.

N. Procedimientos estándares de Ayuda Económica

El establecimiento adherirá a los procedimientos estándares internos para administrar la política de Ayuda Económica que consten en un documento de procedimientos de Ayuda Económica separado publicado por AH.

O. Cuerpo autorizado

La Mesa Directiva de Asuntos Legales de Adventist Health es el cuerpo autorizado para aprobar esta política y los cambios posteriores que se hagan en ella.

AUTOR: Servicios Económicos para el Paciente

APROBACIÓN: Gobierno de Ciclo de Ingresos 18/9/2015; Gabinete Ejecutivo 1/12/2014; aprobado por la Mesa Directiva, 15/12/2015

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 29/12/2015

REVISADO: 12/11/14; **REVISIÓN:** 21/12/09, 25/1/11, 3/6/2011, 27/1/11, 13/5/13, 3/2/14, Nov. 2014 (SB1276), 22/1/15 (revisión FPL); 17/12/2015 (501(r)); 19/4/17 (revisión PFS); 1/3/18 (actualización de los niveles de FPL y AGB)

DISTRIBUCIÓN: Directores de PFS, Directores de Finanzas

ANEXO A

Nombre del paciente _____	Establecimiento: _____	Fecha de atención: _____
Número del paciente _____	Declaración económica confidencial (Solicitud)	

PARTE RESPONSABLE

Nombre	Estado civil	Número de Seguro Social	
Dirección con calle, ciudad, estado, código postal	Tiempo en esta dirección	Teléfono de casa	
Nombre y dirección del empleador (si está desempleado, desde hace cuánto)			Teléfono del trabajo
Puesto/cargo:	Ingreso mensual (bruto)	Ingreso mensual (neto)	Tiempo en el empleo actual

CÓNYUGE

Nombre	Número de Seguro Social	
Nombre y dirección del empleador	Teléfono del trabajo	
Puesto/cargo:	Ingreso mensual (bruto)	Ingreso mensual (neto)
		Tiempo en el empleo actual

FAMILIARES A CARGO

Nombre y año de nacimiento de todos los familiares a cargo en el hogar	Cantidad total de familiares a cargo en el hogar	¿Ayudan otras personas? En caso de que sí, cantidad: Sí/No Cantidad
--	--	---

INGRESOS POR MES Y ACTIVOS

Dividendos, intereses	\$	Manutención de los hijos/pensión alimenticia	\$
Asistencia pública/ Estampillas para Comida	\$	Ingresos de alquiler	\$
Seguro Social	\$	Asignaciones	\$
Compensación por desempleo	\$	IRA	\$
Seguro de compensación del trabajador lesionado	\$	Otros	\$
Ahorros	\$		

GASTOS POR MES

Hipoteca/pago del alquiler:	\$	Saldo:	\$	Médicos/Odontológicos	\$
¿Es propietario? (Sí/No)				Médico. Nombre	\$
Comida	\$			Médico. Nombre	\$
Servicios:	\$			Médico. Nombre	\$
Electricidad	\$			Tarjetas de crédito:	\$
Gas	\$			Visa	Límite \$
Agua/Alcantarillado	\$			Mastercard	Límite \$
Basura	\$			Discover	Límite \$
Teléfono	\$			Otra	Límite \$
Cable	\$			Préstamos en cuotas	\$
Pagos del auto	\$			Manutención de los hijos	\$
Gastos del auto	\$			Gastos varios	\$
Seguros:					
Prima del auto	\$				
Seguro de vida	\$				
Seguro de salud	\$				

SOLO PARA USO DE OFICINA
 Ingreso bruto _____
 Ingreso neto _____
 Gastos totales _____
 Ingresos (pérdidas) totales _____

A mi leal saber y entender la información provista anteriormente es verdadera.

FIRMA DE PACIENTE/RESPONSABLE FECHA _____

ANEXO B

Nombre del establecimiento
Dirección del establecimiento
Teléfono del establecimiento

Fecha

Nombre del responsable
Dirección del responsable

RE: Número de cuenta:
Nombre del paciente:
Fechas de atención:
Saldo de la cuenta:

- Se ha revisado su cuenta para evaluar la posibilidad de brindarle asistencia de caridad. Tras revisar toda la documentación financiera que presentó, se ha decidido que sí cumple las directivas para obtener asistencia de caridad total en esta cuenta.
- Se ha revisado su cuenta para evaluar la posibilidad de brindarle asistencia de caridad. Tras revisar toda la documentación financiera que presentó, se ha decidido que no cumple las directivas para obtener asistencia de caridad total en esta cuenta.
- Se ha revisado su cuenta para evaluar la posibilidad de brindarle asistencia de caridad. Tras revisar toda la documentación financiera que presentó, se ha decidido que cumple las directivas para obtener asistencia de caridad parcial en esta cuenta. (saldo de la cuenta) es la parte pendiente, que es su responsabilidad pagar.

Si cree que esta decisión es un error, tiene derecho a presentar una apelación. Su apelación debe realizarse por escrito, debe estar dirigida al Director de Servicios Económicos para el Paciente y debe enviarse a la dirección en esta carta.

Si tiene alguna pregunta, no dude en contactarnos al (teléfono del establecimiento) durante el horario laboral normal.

Departamento de Servicios Económicos para el Paciente
Nombre del establecimiento
Número de teléfono del establecimiento

ANEXO C
NIVEL DE POBREZA FEDERAL (FPL) 2018

Personas en la familia	48 estados contiguos y el Distrito de Columbia	Alaska	Hawaii
1	USD 12,140	USD 15,180	USD 13,960
2	16,460	20,580	18,930
3	20,780	25,980	23,900
4	25,100	31,380	28,870
5	29,420	36,780	33,840
6	33,740	42,180	38,810
7	38,060	47,580	43,780
8	42,380	52,980	48,750
Por cada persona adicional, agregar	4,320	5,400	4,970

<http://www.aspe.hhs.gov/poverty/>

APÉNDICE A

LISTA DE ESTABLECIMIENTOS CUBIERTOS

Lista de establecimientos de Adventist Health cubiertos conforme a esta política:

Haciendo negocios como (Doing Business As, DBA)
Adventist Health Hanford
Adventist Medical Center - Portland
Adventist Health Reedley
Adventist Health Tehachapi Valley
Adventist Health Selma
Adventist Health Castle
Adventist Health Feather River
Adventist Health Glendale
Adventist Health Howard Memorial
Adventist Health Lodi Memorial
Adventist Health Clear Lake
Adventist Health St. Helena
Adventist Health Vallejo
Adventist Health Bakersfield
Adventist Health Simi Valley
Adventist Health Sonora
Tillamook Regional Medical Center
Adventist Health Ukiah Valley
Adventist Health White Memorial
Adventist Health Physicians Network
Western Health Resources

APÉNDICE B

Monto Generalmente Facturado (Amount Generally Billed, AGB) para establecimientos de California:

Tabla AGB n.º 1

El método aplicado para calcular el AGB es un método histórico que tiene en cuenta lo anterior sobre la base de los reclamos efectivamente pagados por tarifas de servicios de Medicare, incluidas las partes abonadas por particulares asegurados. Un porcentaje promedio único de cargos brutos o varios porcentajes de categorías separadas de atención o productos o servicios separados. La tasa AGB se actualizará anualmente el 1 de enero de cada año y se implementará dentro de 120 días de un cambio en la tasa AGB.

Establecimiento	Servicio	Entrada en vigor	Tasa AGB
Adventist Health Hanford	Todos los servicios	1/3/2018	25%
Adventist Health Selma	Todos los servicios	1/3/2018	25%
Adventist Health Reedley	Todos los servicios	1/3/2018	11%
Adventist Health Tehachapi Valley	Todos los servicios	1/3/2018	38%
Adventist Health Feather River	Todos los servicios	1/3/2018	13%
Adventist Health Glendale	Todos los servicios	1/3/2018	18%
Adventist Health Howard Memorial	Todos los servicios	1/3/2018	35%
Adventist Health Lodi Memorial	Todos los servicios	1/3/2018	12%
Adventist Health Clear Lake	Todos los servicios	1/3/2018	30%
Adventist Health St. Helena	Todos los servicios	1/3/2018	15%

Adventist Health Vallejo	Todos los servicios	1/3/2018	15%
Adventist Health Bakersfield	Todos los servicios	1/3/2018	17%
Adventist Health Simi Valley	Todos los servicios	1/3/2018	15%
Adventist Health Sonora	Todos los servicios	1/3/2018	22%
Adventist Health Ukiah Valley	Todos los servicios	1/3/2018	18%
Adventist Health White Memorial	Todos los servicios	1/3/2018	20%

Monto Generalmente Facturado (AGB) para establecimientos de Oregon, Washington y Hawaii:

Tabla AGB n.º 2

El método aplicado para calcular el AGB es un método histórico que tiene en cuenta lo anterior sobre la base de los reclamos efectivamente pagados por tarifas de servicios de Medicare junto con todas las aseguradoras de salud privadas, incluidas las partes abonadas por particulares asegurados. Un porcentaje promedio único de cargos brutos o varios porcentajes de categorías separadas de atención o productos o servicios separados. La tasa AGB se actualizará anualmente el 1 de enero de cada año y se implementará dentro de 120 días de un cambio en la tasa AGB.

Establecimiento	Servicio	Entrada en vigor	Tasa AGB
Adventist Medical Center - Portland	Todos los servicios	1/3/2018	29%
Adventist Health Castle	Todos los servicios	1/3/2018	38%
Tillamook Regional Medical Center	Todos los servicios	1/3/2018	46%

Tabla AGB n.º 3

El método aplicado para calcular el AGB es un método histórico que tiene en cuenta lo anterior sobre la base de los reclamos efectivamente pagados por tarifas de servicios de Medicare, incluidas las partes abonadas por particulares asegurados. Un porcentaje promedio único de cargos brutos o varios porcentajes de categorías separadas de atención o productos o servicios separados. La tasa AGB se actualizará anualmente el 1 de enero de cada año y se implementará dentro de 120 días de un cambio en la tasa AGB.

Establecimiento	Servicio	Entrada en vigor	Tasa AGB
Adventist Health Physician Network	Todos los servicios	1/3/2018	30%
Western Health Resources	Todos los servicios	1/3/2018	74%

APÉNDICE C

Lista de médicos cubiertos y no cubiertos

La lista de médicos cubiertos y no cubiertos en el establecimiento que están cubiertos en esta política que ofrecen Atención Médica de Emergencia y otro tipo de atención Médicamente Necesaria en el establecimiento consta en un documento complementario llamado “Lista de médicos cubiertos y no cubiertos de Ayuda Económica PFS-112” (PFS-112 Financial Assistance Covered and Noncovered Physicians List). Esta lista se actualiza trimestralmente y se publica en el sitio web y se ofrece por escrito con la política.

A continuación hay una lista de los establecimientos incluidos en este documento complementario:

Haciendo negocios como (Doing Business As, DBA)
Adventist Health Hanford
Adventist Health Selma
Adventist Medical Center - Portland
Adventist Health Reedley
Adventist Health Tehachapi Valley
Adventist Health Castle
Adventist Health Feather River
Adventist Health Glendale
Adventist Health Howard Memorial
Adventist Health Lodi Memorial
Adventist Health Clear Lake
Adventist Health St. Helena
Adventist Health Vallejo
Adventist Health Bakersfield
Adventist Health Simi Valley
Adventist Health Sonora
Tillamook Regional Medical Center
Adventist Health Ukiah Valley
Adventist Health White Memorial
Adventist Health Physicians Network
Western Health Resources