

 UNIVERSITY of MARYLAND CAPITAL REGION HEALTH		PFS MANUAL DE POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO
Título: Asistencia Financiera		Número de Procedimiento: PFS.FIN.01
Originado por: Servicios Financieros al Paciente	Fecha de vigencia: 3/2/2017	Fecha de Revisión: 3/2/2017
Aprobado por: Eileen Pride		
<hr/> A. Supervisor/Gerente	<hr/> B. Director de Departamento Adjunto	<hr/> C. Director Ejecutivo, Servicios Financieros al Paciente

POLÍTICA:

DHS se compromete a ofrecer asistencia financiera a las personas con necesidades de atención de salud que no posean cobertura de seguro, o la que tienen es insuficiente, que no son elegibles para un programa gubernamental o que, por alguna otra razón, no puedan pagar la atención emergente médicamente necesaria debido a su situación financiera particular.

Es política de las entidades de DHS ofrecer Asistencia Financiera en casos de indigencia o de gastos médicos elevados a pacientes que cumplan con criterios financieros específicos y que soliciten tal asistencia. El propósito de la siguiente declaración de política es describir cómo deberán presentarse las solicitudes de Asistencia Financiera, los criterios de elegibilidad y los pasos para procesar las solicitudes.

Las entidades de DHS publicarán una vez al año la disponibilidad de asistencia financiera en periódicos locales, además de publicar avisos de disponibilidad en puntos de admisión adecuados, como así también en la Oficina de Facturación. También se enviará un aviso de disponibilidad a los pacientes junto con sus facturas. Se pondrán a disposición carteles informativos en áreas clave de acceso de pacientes. Se proporcionará un folleto explicativo sobre asistencia financiera y facturación para el paciente antes del darle el alta, y cualquier paciente podrá recibirlo, previa solicitud.

Se podrá extender la Asistencia Financiera cuando se haya realizado y documentado una revisión de la situación financiera particular de un paciente. Esto debería incluir una revisión de los gastos médicos y obligaciones existentes del paciente (incluida toda cuenta calificada como deuda incobrable, excepto las que se hayan llevado ante la justicia y hayan obtenido una resolución judicial), y todos los gastos médicos proyectados. Se puede ofrecer Asistencia Financiera a los pacientes cuyas cuentas se encuentren en poder de agencias de cobranza y podrá aplicarse sólo a las cuentas sobre las que no se haya pronunciado una sentencia.

DHS se reserva el derecho, a su absoluto criterio, de determinar la capacidad de pago de un paciente. Todos los pacientes que soliciten servicios de emergencia recibirán tratamiento, independientemente de su capacidad de pago. En el caso de los servicios de emergencia o urgencia, se completarán las solicitudes al Programa de Aprobación Financiera, se recibirán y se evaluarán en forma retroactiva y no se demorará la asistencia a los pacientes.

ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA

Consistente con su misión de ofrecer servicios de atención médica caritativos y de alta calidad y abogar por aquellos que no tienen los medios para pagar la atención médica que necesitan), los hospitales DHS

PROCEDIMIENTO, Cont.

se esfuerzan por garantizar que la capacidad financiera de aquellos que necesitan servicios de atención médica no evite que dichas personas busquen o reciban tal atención.

Las siguientes son exclusiones específicas de la cobertura del Programa de Asistencia Financiera:

1. Servicios ofrecidos por prestadores de atención de salud no afiliados con los hospitales de DHS (por ejemplo, equipo médico duradero, servicios médicos domiciliarios)
2. Los pacientes cuyo programa o póliza de seguro no permita la cobertura de servicios ofrecidos por su compañía de seguros (por ejemplo, Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), Organización de Proveedor Preferido (PPO) o Seguro de Indemnización por Accidente de Trabajo) no son elegibles para el Programa de Asistencia Financiera.
 - a. En general, el Programa de Asistencia Financiera no cubre servicios que haya sido denegados por la compañía de seguros de un paciente; sin embargo, se podrán hacer excepciones según cada caso, una vez consideradas las implicaciones médicas y programáticas.
3. Saldos impagos en concepto de tratamientos cosméticos o servicios que no sean médicamente necesarios
4. Artículos de aseo de pacientes
5. Alojamiento y comidas de pacientes
6. **Los cargos del médico en relación con la fecha de prestación del servicio están excluidos de la Política de Asistencia Financiera de DHS. Los pacientes que deseen recibir asistencia financiera para pago de facturas emitidas por un médico deberán comunicarse directamente con el médico.**

Los pacientes pueden no ser elegibles para recibir asistencia financiera por las siguientes razones:

1. Rehusarse a proporcionar documentación requerida o brindar información incompleta.
2. Contar con la cobertura ofrecida por una HMO, un PPO, seguro de Indemnización por Accidente de Trabajo, Medicaid u otro programa de seguro que le impida el acceso al hospital debido a restricciones/límites del plan de seguro.
3. Incumplimiento en el pago de copagos, tal como lo requiere el Programa de Asistencia Financiera.
4. Incumplimiento en el plan de pagos existente acordado con DHS.
5. La falta de acuerdo para saldar obligaciones de pago previas a DHS (incluyendo aquellos pacientes que hayan sido derivados a una agencia de cobros externa por una deuda previa).
6. Negarse a ser evaluado para otros programas de asistencia antes de presentar una solicitud al Programa de Aprobación Financiera.
7. Negarse a divulgar información referida a una reclamación de responsabilidad legal pendiente
8. Ciudadanos extranjeros que viajen a los Estados Unidos en busca de atención médica electiva y no emergente

Los pacientes que se vuelvan no elegibles para el programa deberán pagar todo saldo impago y podrán ser derivados a un servicio de deuda incobrable si el saldo sigue impago al finalizar los plazos acordados.

Quienes indiquen estar desempleados y no tener cobertura médica deberán presentar una Solicitud de Asistencia Financiera, a menos que cumplan con los criterios de Elegibilidad Probable de Asistencia Financiera. Si reúne los requisitos para recibir la cobertura de COBRA, el Asesor/Coordinador financiero revisará la capacidad financiera del paciente para pagar las primas de seguro de COBRA y se harán recomendaciones a la Dirección Principal. A los pacientes con capacidad financiera para obtener un seguro de salud se les recomendará hacerlo, como una manera de garantizar el acceso a servicios de salud y por su salud personal en general.

Los montos de cobertura serán calculados en base al 200-500% de los ingresos, tal como se define en los lineamientos federales de pobreza publicados cada año en el Registro Federal. Los nuevos lineamientos entran en vigencia el primer mes siguiente a la publicación.

PROCEDIMIENTO, Cont.

Asistencia Financiera Presunta

También se podrá considerar la Elegibilidad Presunta de un paciente para recibir Asistencia Financiera. Existen casos en los que un paciente puede parecer elegible para recibir la asistencia, pero no existe formulario de asistencia financiera en archivo. Existe información adecuada ofrecida por el paciente o por otras fuentes, que proporciona evidencia suficiente para brindar asistencia financiera al paciente. En el caso de que no exista evidencia suficiente para respaldar la elegibilidad de un paciente, DHS se reserva el derecho de emplear agencias o información externa para determinar los montos de ingresos estimados, con el objetivo de resolver la elegibilidad para recibir asistencia financiera y las potenciales reducciones en las tarifas de atención. Una vez determinada, debido a la naturaleza inherente de circunstancias presuntas, la única asistencia financiera que se podrá otorgar consistirá en una cancelación del 100% del saldo de cuenta. La elegibilidad para asistencia financiera presunta podrá únicamente cubrir la fecha específica de prestación del servicio al paciente. La elegibilidad presunta podrá determinarse por circunstancias de vida particulares, que pueden incluir:

- a. Cobertura farmacéutica de asistencia médica activa
- b. Cobertura de SLMB
- c. Cobertura de PAC
- d. Indigencia
- e. Pacientes con asistencia médica y atención administrada por Medicaid, por servicios de sala de emergencias que superen la cobertura de estos programas
- f. Montos de asistencia médica a cargo del paciente
- g. Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales
- h. Paciente fallecido sin poseer un patrimonio familiar
- i. Pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad establecidos en el anterior programa de asistencia médica exclusivamente estatal
- j. Individuos que no sean ciudadanos de los Estados Unidos que se considere que no cumplen los requisitos
- k. Servicios de asistencia médica no elegibles para pacientes elegibles para la asistencia médica
- l. Pacientes no identificados (cuentas no identificadas para las que se han agotado todos los esfuerzos para localizar y/o identificar al paciente)
- m. Quiebra, por ley, según lo dispuesto por los tribunales federales

Los servicios o criterios específicos que no son elegibles para recibir Asistencia Financiera Presunta incluyen:

- a. El programa no cubre procedimientos puramente opcionales (cosméticos, por ejemplo).
- b. Los pacientes sin seguro que reciban tratamiento en el Departamento de Emergencias con una Petición de Emergencia no se considerarán para el Programa de Asistencia Financiera presunta hasta que se haya facturado al Programa Psiquiátrico de Medicaid de Maryland.

PROCEDIMIENTOS

1. Hay personas designadas responsables de aceptar las solicitudes de asistencia financiera. Este personal puede incluir asesores financieros, coordinadores de cuentas de pacientes por cobrar, representantes de atención al cliente, etc.

PROCEDIMIENTO, Cont.

2. Se tomarán todas las medidas posibles para brindar aprobación financiera antes de la fecha de prestación del servicio. Cuando sea posible, el personal designado realizará consultas telefónicas o personales con los pacientes que soliciten asistencia financiera a fin de determinar si cumplen con los criterios preliminares para recibirla.
 - a. El personal realizará una revisión de elegibilidad para el programa Medicaid para pacientes que pagan por su cuenta, para verificar si tienen cobertura actual.
 - b. La información preliminar será ingresada en un sistema externo de intercambio de información para establecer las probabilidades de elegibilidad. Para agilizar este proceso, cada solicitante deberá proporcionar información sobre la cantidad de miembros y los ingresos de la familia. Para ayudar a los solicitantes a completar el proceso, suministraremos una solicitud que les informará qué documentos son necesarios para tomar una decisión definitiva sobre la elegibilidad.
 - c. Las solicitudes presentadas por el paciente serán monitoreadas y procesadas, y su determinará su elegibilidad dentro de la herramienta externa de información y flujo de trabajo. Se entregará una carta de determinación final a cada paciente que haya solicitado formalmente asistencia financiera. Se proporcionará una determinación de elegibilidad probable dentro de los dos días hábiles posteriores a la solicitud servicios de atención de beneficencia, asistencia médica o ambas
 - d. Una vez recibida la solicitud, el paciente contará con treinta (30) días para presentar la documentación requerida, para que se considere su elegibilidad. De no recibirse información dentro de los 30 días, se enviará una carta de denegación para notificar que se ha cerrado el caso por falta de la documentación requerida. El paciente podrá presentar una nueva solicitud al programa e iniciar un nuevo caso, si no se cumpliera con el cronograma original. El proceso de solicitud de asistencia financiera estará abierto durante por lo menos 240 días después del envío de la primera factura posterior al alta.
 - e. Se proporcionará un aviso individual sobre la política de atención de beneficencia del hospital al momento de preadmisión o admisión de cada persona que busque sus servicios.
3. Habrá un proceso de solicitud para todos los centros DHS. Se requiere que el paciente proporcione una solicitud de asistencia financiera en forma verbal o por escrito. Además, se podrán exigir los siguientes requisitos:
 - a. Copia de la última declaración federal de impuestos (si está casado y la presenta por separado, también una copia de la declaración del cónyuge); constancia de ingresos por discapacidad (si corresponde), constancia de ingresos de seguro social (si corresponde). Si no tiene empleo, constancia razonable de desempleo, tal como una declaración de la Oficina de Seguro de Desempleo, una declaración de su fuente actual de respaldo financiero, etc.
 - b. Copia de los últimos recibos de sueldo (si está empleado) u otra prueba de ingresos.
 - c. Aviso de determinación de asistencia médica (si corresponde).
 - d. Copia de factura de hipoteca o alquiler (si corresponde), o documentación escrita de su situación de vivienda actual.

Se enviará al paciente un pedido por escrito si falta información. Se aceptará que el paciente proporcione la información necesaria en forma verbal, cuando corresponda.

4. Un paciente puede reunir los requisitos para recibir asistencia financiera, ya sea por falta de cobertura de seguro suficiente o gastos médicos excesivos. Una vez que el paciente haya presentado toda la información requerida, el asesor financiero revisará y analizará la solicitud, y la reenviará al Departamento de Servicios Financieros para el Paciente para una determinación final de elegibilidad basada en los lineamientos de DHS.
 - a. Si se determina que la solicitud del paciente para recibir asistencia financiera está completa y cumple con los requisitos, el coordinador financiero hará una recomendación referida al nivel de elegibilidad del paciente y la reenviará para una segunda aprobación, que será definitiva.

PROCEDIMIENTO, Cont.

- i) Si el paciente cumple con los requisitos para recibir asistencia financiera, el coordinador financiero notificará al personal clínico para que pueda programar el servicio hospitalario adecuado para el paciente.
 - ii) Si el paciente no satisface los requisitos para Asistencia Financiera, el Coordinador Financiero notificará la determinación al personal clínico y no se programarán los servicios hospitalarios que no sean de emergencia/urgencia.
 - (1) La decisión de no programar servicios hospitalarios, que no sean de emergencia/urgencia para el paciente puede ser reconsiderada por el Comité Ejecutivo de Aprobación Financiera, previa solicitud.
 - (2) El Comité de Aprobación Financiera está constituido por el Director Adjunto del Servicio de Finanzas Personales (PFS), el Director Ejecutivo del Ciclo de Ingresos, el Gerente de Riesgo de DHS y el Director Ejecutivo de Finanzas (CFO).
 - (3) El CFO deberá aprobar todos los casos de beneficencia que superen los \$50.000.
5. Cada departamento clínico puede designar ciertos procedimientos electivos para los cuales no habrá posibilidades de asistencia financiera.
6. Una vez aprobada la asistencia financiera para un paciente, la cobertura tendrá vigencia para el mes en que se tomó la determinación, hasta 3 años previos, y hasta los siguientes seis (6) meses calendario en adelante. No obstante, no hay limitaciones en el período de elegibilidad de asistencia financiera. Cada período de elegibilidad se determinará según el caso. Si se prestan servicios de atención médica adicional luego del período aprobado, los pacientes deberán presentar una nueva solicitud al programa para su aprobación. Además, se deberán comunicar los cambios en los ingresos, activos, gastos o estatus familiar del paciente al Departamento del Programa de Asistencia Financiera. Toda medida extraordinaria de cobro, tal como se define a continuación, cesará una vez que se apruebe la asistencia financiera para el paciente y se paguen los saldos que sean su responsabilidad.
- Se podrán tomar Medidas Extraordinarias de Cobro (ECA) sobre cuentas que no sean objeto de un litigio o que no estén regidas por un plan de pagos. Salvo en situaciones excepcionales, estas acciones se podrán tomar pasados los 120 días de la presentación de la primera factura al paciente y estarán precedidas por una notificación 30 días antes del comienzo de la medida de ECA. La disponibilidad de asistencia financiera se comunicará al paciente y se realizará una revisión de elegibilidad presunta antes de tomar cualquier medida.*
- i) *Se podrán aplicar embargos a dichos pacientes, si así lo determina una sentencia.*
 - ii) *El Tribunal podrá aplicar un gravamen sobre las residencias principales. El establecimiento no exigirá la ejecución forzosa de la vivienda principal de la familia, pero podrá mantener su posición como acreedor preferente, si un bien estuviera sujeto de otro modo a una ejecución forzosa.*
 - iii) *Los saldos de cuentas cerrados que aparezcan en un informe crediticio o que se mencionen en una sentencia/embargo podrán reabrirse si el paciente se pone en contacto con el centro respecto del informe del saldo. Se espera que el paciente realice pagos para resolver cualquier cuestión crediticia, hasta que el centro considere que el saldo debe mantenerse desgravado.*
 - iv) *Las Medidas Extraordinarias de Cobro requieren la aprobación del Comité de Aprobación Financiera.*
7. Si se determina que un paciente no es elegible, se tomarán todas las medidas necesarias para cobrar copagos, deducibles o un porcentaje del saldo previsto por el servicio, antes de la fecha de su prestación, o se podrá programar el cobro el mismo día en que se preste el servicio.

PROCEDIMIENTO, Cont.

8. Se entregará una carta de determinación final a cada paciente que haya presentado una solicitud formal.
9. Las decisiones de reembolsos se basan en cuándo se determinó que el paciente no podía pagar, respecto del momento en que se realizaron los pagos del paciente. Es posible efectuar reembolsos al paciente por saldos de créditos, producto de pagos realizados por él, que hayan surgido de la aprobación de asistencia financiera para los saldos considerados. Se reembolsarán los pagos recibidos por la atención prestada durante la etapa de elegibilidad de asistencia financiera, en caso de que los montos excedan la responsabilidad del paciente en \$5,00 o más.
10. Aquellos pacientes que tengan acceso a otro tipo de atención médica (por ejemplo, cobertura de seguro primaria y secundaria, o un prestador de servicios requerido, también conocido como escisión) deben utilizar y agotar sus beneficios de la red antes de solicitar el Programa de Asistencia Financiera.

Dificultad Financiera

El monto de los gastos médicos no asegurados efectuados en cualquier centro DHS se tomará en cuenta para determinar la elegibilidad de un paciente para el Programa de Asistencia Financiera. Las siguientes pautas definen una determinación suplementaria independiente para asistencia financiera, conocida como Dificultad Financiera. Se ofrecerá Dificultad Financiera a todos los pacientes que soliciten asistencia financiera.

La asistencia médica por Dificultad Financiera está disponible para los pacientes que de otro modo no estarían calificados para asistencia financiera según las normas principales dispuestas en esta política, pero para quienes:

- 1) las deudas médicas incurridas en los centros DHS excedan el 25% del Ingreso Familiar Anual del Hogar, creando una Dificultad Financiera Médica, y
- 2) cumplan con los estándares de ingresos para este nivel de asistencia.

En el caso de pacientes elegibles tanto para reducción de costo de atención según los criterios principales de asistencia financiera como para los criterios de asistencia por Dificultad Financiera, DHS reducirá los cargos que resulten más favorables para el paciente por tratamiento médico necesario para un núcleo familiar durante un período de doce (12) meses que exceda el 25% del ingreso familiar anual.

Se define como Deuda Médica aquellos gastos extra por cargos del centro incurridos en concepto de tratamientos médicamente necesarios.

Una vez que se aprueba la asistencia por Dificultad Financiera para un paciente, la cobertura tendrá vigencia a partir del mes de la primera fecha de servicio que cumpla con los requisitos, durante los doce (12) meses calendario siguientes a la fecha de finalización de la evaluación de la solicitud. El tiempo de elegibilidad de cada paciente se evaluará en cada caso, de acuerdo al período de atención de enfermedad o episodio. Cubrirá tratamientos médicamente necesarios, tanto del paciente como de su familia inmediata que viva en el mismo hogar, para la reducción de costos y el período de elegibilidad aprobados. La cobertura no se aplicará a procedimientos cosméticos u opcionales. No obstante, el paciente o su garante deberán informar al hospital su elegibilidad al momento del ingreso o admisión. A fin de continuar formando parte del programa luego del vencimiento de cada período de aprobación de elegibilidad, cada paciente debe volver a presentar una nueva solicitud para que se lo reconsidere. Además, los pacientes que han sido incorporados al programa deben informar a los hospitales sobre cualquier cambio que se produzca en sus ingresos, activos, gastos o situación familiar (núcleo familiar) durante los 30 días posteriores a que se produzcan tales cambios.

Todos los criterios restantes de elegibilidad, no elegibilidad y del programa principal de Asistencia Financiera se aplican al de Asistencia por Dificultades Financieras, a menos que se indique lo contrario.

PROCEDIMIENTO, Cont.
Apelaciones

- Los pacientes a los que se les hayan negado sus solicitudes de asistencia financiera tendrán derecho a apelar la decisión.
- El proceso de apelación puede iniciarse de manera verbal o escrita.
- Se aconseja a los pacientes que presenten cualquier documentación adicional de respaldo que justifique por qué se debería anular la denegación.
- Las apelaciones se documentan con la herramienta externa de información y flujo de trabajo. Luego serán evaluadas por el nivel gerencial superior al representante que haya denegado la solicitud original.
- Si el primer nivel de apelación no anula la decisión, los pacientes tendrán la opción de escalar al siguiente nivel gerencial, para una nueva consideración.
- La escalada puede continuar hasta llegar al Director Financiero, cuya decisión será definitiva.
- Se entregará una carta de resolución final a cada paciente que haya presentado una apelación formal.

Sentencias

Si posteriormente se determinara que un paciente es elegible para recibir Asistencia Financiera luego del dictado de una sentencia, o una vez que la deuda haya sido remitida a una agencia de informes crediticios, DHS buscará la declaración de nulidad de la sentencia y/o desestimará la información crediticia adversa.

% de Cancelación	100%	100%	70%	60%	50%	25%
Tamaño de la familia	Ingresos	Ingresos	Ingresos	Ingresos	Ingresos	Ingresos
1	\$12,060	\$24,120	\$27,135	\$30,150	\$36,180	\$60,300
2	\$16,240	\$32,480	\$36,540	\$40,600	\$48,720	\$81,200
3	\$20,420	\$40,840	\$45,945	\$51,050	\$61,260	\$102,100
4	\$24,600	\$49,200	\$55,350	\$61,500	\$73,800	\$123,000
5	\$28,780	\$57,560	\$64,755	\$71,950	\$86,340	\$143,900
6	\$32,960	\$65,920	\$74,160	\$82,400	\$98,880	\$164,800
7	\$37,140	\$74,280	\$83,565	\$92,850	\$111,420	\$185,700
8	\$41,320	\$82,640	\$92,970	\$103,300	\$123,960	\$206,600
En el caso de familias con más de 8 miembros, se debe sumar \$4,180 por cada miembro adicional.						
% de ingreso al nivel o por encima del nivel establecido por las Pautas de Pobreza de 2017	100%	200 %	225 %	250%	300%	500%

