

| | | |
|---|--|-------------------------|
|  | SECCIÓN: Manual administrativo | Página 1 de 12 |
| | NÚMERO: QSP-ADM-MI-0011 | Nivel de la revisión: 0 |
| PREPARADO: | TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera | |
| REVISADO: | APROBADO: TÍTULO: Director financiero o persona designada | |
| REVISADO: | FIRMA: | |
| Este documento contiene información de propiedad exclusiva. Se deberá mantener la confidencialidad de la información que aquí se incluye y solo se deberá divulgar a las personas que, debido a la naturaleza de las funciones que desarrollan, requieren tener acceso a dicha documentación. | | |

Declaración de la política:

Self Regional Healthcare brinda servicios a todos los pacientes, independientemente de la raza, el sexo, el credo, la nacionalidad y la capacidad de pago. Self Regional Healthcare brindará, en forma gratuita, servicios necesarios o urgentes desde el punto de vista médico a aquellas personas que no puedan pagarlos y que cumplan con determinadas pautas financieras.

Los pacientes que soliciten asistencia financiera deben ser remitidos, a tal efecto, al defensor financiero de pacientes. Se deberá recopilar la documentación/información que corresponda para respaldar la aprobación de la solicitud de asistencia médica y financiera. El paciente o un representante autorizado (salvo que el paciente reúna los requisitos para la cobertura parcial de Medicaid respecto de una estadía para pacientes ambulatorios) debe firmar todas las solicitudes completadas.

Alcance:

La política se aplica a Self Regional Healthcare.

Responsabilidad:

El defensor financiero de pacientes revisará todos los documentos que el paciente o el representante autorizado presente para fines de precisión antes de enviarlos a la oficina del gerente de Acceso de Pacientes, del controlador/ director contable o del director financiero para su aprobación.

Proceso:

Las calificaciones generales para el Programa de Asistencia Médica y Financiera de Self Regional Healthcare se determinan en función de los ingresos familiares, la composición, los recursos y los bienes de la familia. El Programa de Asistencia Médica y Financiera se determina en función del 200 % de la Pauta federal de pobreza (FPG) vigente, de acuerdo con la publicación anual del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS).

Self Regional Healthcare (SRH) espera y solicita que los pacientes sin seguro participen en el proceso de solicitud para el acceso a los programas de asistencia federal/estatal, al seguro médico subsidiado del mercado federal de seguros, al seguro médico patrocinado por empleadores o al seguro médico adquirido en forma privada. Los pacientes que se determine que sean elegibles para acceder a las fuentes de financiamiento estatales/federales, al seguro médico subsidiado del mercado federal de seguros, al seguro médico patrocinado por empleadores o al seguro médico adquirido en forma privada, pero que no cooperen a través del proceso de solicitud, no serán elegibles para la asistencia financiera de SRH. Si el paciente no es elegible para acceder a las fuentes de financiamiento estatales/federales, al seguro médico subsidiado del mercado federal de seguros, al seguro médico patrocinado por empleados ni al seguro médico adquirido en forma privada, será evaluado para determinar si puede acceder al Programa de Asistencia Médica y Financiera de SRH.

Se requiere una solicitud de asistencia médica y financiera por cada ingreso de pacientes hospitalizados y, en el caso de las visitas ambulatorias, con una antelación no mayor a cada 180 días desde la fecha del servicio inicial. La solicitud de aprobación se hace extensiva a todos los integrantes de la familia que vivan en el mismo hogar y que figuren en la declaración del impuesto federal sobre los ingresos, siempre y cuando los integrantes de la familia no sean elegibles para acceder a Medicaid.

PREPARADO:

TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera

REVISADO:

APROBADO:

TÍTULO: Director financiero o persona designada

REVISADO:

FIRMA:

1 - COBERTURA

1.1 Servicios cubiertos

Los siguientes servicios están cubiertos en virtud del Programa de Asistencia Médica y Financiera:

- La atención de emergencia y los servicios de seguimiento requeridos de SRH.
- La atención para pacientes hospitalizados y ambulatorios que se determine que es necesaria desde el punto de vista médico.
- Otros servicios, por ejemplo, los servicios médicos ofrecidos en el hogar y en los consultorios médicos de Self Medical Group, cuando sean solicitados por dichas entidades.

Los siguientes servicios no están cubiertos en virtud del Programa de Asistencia Médica y Financiera:

- Servicios optativos (que incluyen, entre otros, servicios estéticos, bariátricos y dentales).
- Servicios que requieran la emisión de un aviso anticipado al beneficiario (ABN) de Medicare.
- Servicios que, por ley, estén excluidos por Medicare y no requieran un ABN (es decir, servicios farmacéuticos, dentales, etc.).
- Los médicos que brinden servicios no son empleados del hospital y no están cubiertos por esta política.

1.2 Requisitos de residencia

Para poder acceder al Programa de Asistencia Médica y Financiera el paciente debe ser un residente legal del estado de Carolina del Sur.

1.3 Cobertura de terceros

El solicitante o los dependientes deben inscribirse en la cobertura de terceros a través del empleador cuando esté disponible, salvo que se justifique de otro modo.

1.4 Ingresos

Los ingresos de los pacientes deben ser iguales o inferiores al 200 % de la FPG (Pauta federal de pobreza), o bien los pacientes deben reunir los requisitos para acceder a la asistencia financiera en caso de catástrofes (ver a continuación).

1.5 Fecha de entrada en vigencia

El paciente debe cumplir con las calificaciones en la fecha del servicio o en la fecha de admisión. Todos los saldos de cuentas abiertas en la fecha de determinación de la elegibilidad o en una fecha anterior reunirán los requisitos a los fines del acceso al Programa de Asistencia Médica y Financiera hasta el plazo de un año. Se llevará a cabo una revisión caso por caso para determinar la aplicación retroactiva de la asistencia financiera con respecto a los servicios previos a la fecha de solicitud que se hayan brindado más allá del plazo de un año.

1.6 Información proporcionada por el solicitante; oportunidad; controversias

Se les pedirá a los solicitantes que proporcionen lo siguiente:

- ID con fotografía válida de Carolina del Sur o del gobierno.
- Prueba de ingresos de todos los integrantes que viven en el hogar.
- Prueba de la dirección actual (constancia de alquiler, licencia de conducir o registro electoral).
- Tarjeta del Seguro Social.
- Verificación de todos los integrantes que viven en el hogar, que incluye nombres, vínculos y fechas de nacimiento.
- Extractos bancarios mensuales de las cuentas corrientes o de las cuentas de ahorros.

| | | |
|---|--|-------------------------|
|  | SECCIÓN: Manual administrativo | Página 3 de 12 |
| | NÚMERO: QSP-ADM-MI-0011 | Nivel de la revisión: 0 |
| PREPARADO: | TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera | |
| REVISADO: | APROBADO: TÍTULO: Director financiero o persona designada | |
| REVISADO: | FIRMA: | |

- Verificación de ingresos por parte del empleador o talones de cheque más recientes.
- Declaración del impuesto federal sobre los ingresos.
- Verificación de empleo por cuenta propia o prueba de negación de elegibilidad para acceder a determinados programas, por ejemplo, del Seguro Social, del Departamento de Servicios Sociales, de indemnización por accidentes laborales, de servicio de manutención de menores, etc.
- Prueba de póliza de seguro de vida permanente.

El solicitante deberá presentar toda la información que se le requiera para respaldar la determinación de elegibilidad dentro de los 30 días de la fecha en que se efectúe dicha solicitud. La determinación se tomará dentro de los 30 días de haberse completado la solicitud de asistencia financiera; el paciente será notificado mediante carta. Si el paciente objeta la decisión, podrá apelarla ante el gerente de Acceso de Pacientes.

2 - DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

2.1 Composición de la familia

El primer paso para determinar la cantidad de ingresos y recursos disponibles para el solicitante es establecer la composición de la familia. Por familia se entiende al solicitante y los dependientes o parientes legalmente responsables que viven en el mismo hogar y que figuran en la declaración del impuesto federal sobre los ingresos del solicitante. Se debe tener en cuenta el estado de dependiente del solicitante a la hora de determinar la composición de la familia.

Si el solicitante depende desde el punto de vista legal y financiero de otra persona que vive en el hogar, la familia estará compuesta por los siguientes integrantes:

- El solicitante.
- Las personas de quien depende el solicitante (es decir, la persona responsable).
- Todas las personas vinculadas con el solicitante por lazo sanguíneo, matrimonio u adopción que también dependan desde el punto de vista legal o financiero de la persona responsable.

Si el solicitante es menor de edad y vive en el hogar de un padrastro, el padrastro se considera un integrante de la familia solo si este declara como dependiente al menor en cuestión a los fines del impuesto sobre los ingresos.

Si el solicitante es adulto y depende desde el punto de vista financiero de otra persona que vive en el hogar, el solicitante se considera un integrante de la familia solo si la persona de quien este depende es un pariente y ambas partes coinciden en que uno depende financieramente del otro (es decir, uno podría declarar al otro como dependiente a los fines del impuesto sobre los ingresos, independientemente de que se presente o no una declaración).

Si el solicitante **NO** depende de otra persona, la familia estará compuesta por los siguientes integrantes:

- El solicitante.
- La persona vinculada con el solicitante por nacimiento, matrimonio u adopción que también dependa desde el punto de vista legal o financiero del solicitante.

Si el solicitante tiene hijastros que viven en el hogar, los hijastros se consideran integrantes de la familia solo si el padrastro los declara como dependientes a los fines del impuesto sobre los ingresos.

Relaciones de hecho (*common-law relationships*)

La ley de Carolina del Sur reconoce las uniones maritales de hecho, cuyo único requisito es la apariencia de matrimonio frente a terceros.

Concubinato

Los concubinos que no tengan hijos en común y que no manifiesten tener una relación de hecho no se consideran integrantes de la misma familia. Por lo general, los ingresos y los recursos de una parte no podrían atribuirse a la

| | | |
|---|--|-------------------------|
|  | SECCIÓN: Manual administrativo | Página 4 de 12 |
| | NÚMERO: QSP-ADM-MI-0011 | Nivel de la revisión: 0 |
| PREPARADO: | TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera | |
| REVISADO: | APROBADO: TÍTULO: Director financiero o persona designada | |
| REVISADO: | FIRMA: | |

otra debido a que no hay una responsabilidad legal ni financiera entre ellas. No obstante, si ambas partes coinciden en que comparten sus ingresos, la mitad de los ingresos brutos anuales totales se atribuye al solicitante.

Menores o estudiantes que no viven en el hogar

Se debe tener en cuenta la dependencia financiera de los menores o estudiantes en los padres. Entre los ejemplos de dichos menores se encuentran los estudiantes o niños que optan por no vivir con sus padres.

A los fines de este programa, el solicitante que sea menor de edad o un estudiante que, desde el punto de vista financiero, aún dependa de sus padres se considera un integrante del hogar de sus padres. Si los padres no viven en el mismo hogar, se considera un integrante de la familia del padre que tiene la custodia legal.

Un menor de edad siempre se considera que depende de sus padres, salvo que se haya emitido una orden judicial que prive a los padres y al menor de los derechos, privilegios e inmunidades, deberes y obligaciones entre sí. Si existiera un documento de esa índole, el menor no se considera un integrante de la familia de los padres, y los ingresos y recursos de los padres no estarán disponibles para el menor. Se deberá presentar una copia de la orden judicial en el legajo a modo de documentación respaldatoria. En el caso de los estudiantes mayores de 18 años, el solicitante deberá proporcionar una copia de la última declaración impositiva en la cual figure como dependiente. Si se determina que el estudiante no depende financieramente de los padres, este no se considerará un integrante de la familia, y los ingresos y recursos de los padres no se incluirán como ingresos.

2.2 Normas con respecto a los ingresos

Cálculo de ingresos

Los ingresos brutos anuales de la persona y de su familia se miden respecto de la FPG anual para el tamaño correspondiente de familia. Los ingresos familiares brutos deben ser representativos de los ingresos promedio de la familia. Por este motivo, el método para el cálculo de los ingresos brutos anuales variará según el estado de empleo de los integrantes de la familia.

Métodos para el cálculo

A continuación, se describen los métodos para calcular los ingresos brutos anuales en función del modo en que se perciben los ingresos:

- Ingresos mensuales fijos:** Esta persona recibe un beneficio mensual determinado o un ingreso determinado por el trabajo realizado (p. ej., una persona que recibe beneficios del Seguro Social o un maestro).
 En este caso, los ingresos brutos anuales se determinan multiplicando por 12 los ingresos recibidos en el mes previo a la fecha de entrada en vigencia de la solicitud.
- Ingresos de trabajadores por hora/asalariados con bonos, comisiones o pago de horas extras:** Esta persona recibe un sueldo en función de la cantidad de horas trabajadas o un salario que está sujeto a ingresos adicionales por motivos de horas extras, comisiones o bonos. En este caso, los ingresos brutos anuales se determinan sumando los ingresos recibidos en las 8 semanas previas a la fecha de entrada en vigencia de la solicitud. Se divide el total por la cantidad de veces en que se recibió un pago para obtener los ingresos promedio por fecha de pago. Se multiplica por 52 en el caso de los pagos semanales; por 26 en el caso de los pagos cada 2 semanas; por 24 en el caso de los pagos dos veces al mes y por 12 en el caso de los pagos mensuales.
- Ingresos irregulares:** Los ingresos de esta persona varían de una semana a otra o de un mes a otro. Por ejemplo, las personas que tienen empleos eventuales o los empleados de temporada. En este caso, los ingresos brutos anuales se determinan en función de los ingresos recibidos en las 8 semanas previas a la fecha de entrada en vigencia de la solicitud. Se divide el total por la cantidad de semanas para obtener los ingresos promedio semanales y luego se multiplica por 52.
- Ingresos del empleo por cuenta propia:** Los ingresos de esta persona derivan de su propio negocio (p. ej., agricultor, esteticista, mecánico chapucero, leñador, etc.). Si esta persona no declara ingresos en

PREPARADO:

TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera

REVISADO:

APROBADO:

TÍTULO: Director financiero o persona designada

REVISADO:

FIRMA:

forma semanal, cada dos semanas ni mensualmente, los ingresos brutos anuales se determinan en función de la declaración más reciente del impuesto sobre los ingresos que se haya presentado. En el caso del empleo por cuenta propia, se pueden deducir los costos que deriven de las operaciones comerciales.

Discapacidad temporaria

Cuando un médico certifica (en forma escrita u oral) que una persona no puede trabajar durante un plazo determinado (p. ej., 4 semanas), deberán emplearse procedimientos presupuestarios prospectivos para obtener una determinación más precisa de los ingresos. Se debe restar de 52 la cantidad de semanas que la persona no podrá ir a trabajar. Se multiplica la cantidad semanal promedio por esta cifra. También se tienen que presupuestar, en forma prospectiva, los ingresos de un cónyuge que debe permanecer en el hogar/hospital para cuidar de la persona discapacitada.

Ingresos percibidos

Los ingresos percibidos incluyen todos los ingresos que haya percibido una persona en concepto de sueldos, salarios, comisiones o ganancias obtenidos a raíz de las actividades que lleva a cabo como trabajador por cuenta propia o empleado. Estos ingresos percibidos pueden derivar de la actividad comercial, por ejemplo, los ingresos de la actividad agropecuaria o empresarial, o bien de los sueldos o salarios que reciba un empleado.

Ingresos no percibidos

Los ingresos no percibidos son los ingresos que no reúnen los requisitos para considerarse ingresos percibidos.

Entre los ejemplos de ingresos que se consideran no percibidos se incluyen los siguientes:

- Indemnización por desempleo e indemnización por accidentes laborales.
- Pagos asistenciales por motivos de necesidad: ayuda a familias con hijos dependientes (AFDC), ingresos del Seguro Social (SSI) y otros pagos en efectivo.
- Pensiones y beneficios: anualidades, jubilaciones, beneficios para veteranos o por discapacidad, beneficios del Seguro Social, y otras pensiones y beneficios de esta índole.
- Beneficios de huelga.
- Manutención de menores y del cónyuge por parte de familiares que no viven en el mismo hogar.
- Contribuciones en efectivo a cualquier integrante de la familia por parte de una persona ajena a la familia (donación o préstamo).
- Fondos fiduciarios.
- Pagos por única vez: dado que estos ingresos no se volverán a percibir, no se anualizan, sino que se suman a otros ingresos brutos anuales. NOTA: Se excluyen de los ingresos los reintegros del impuesto federal o estatal sobre los ingresos.
- Préstamos, subsidios y becas educativas: las partes de los préstamos, los subsidios y las becas que pueden usarse para satisfacer los gastos básicos actuales de una persona (alimentos, vestimenta o refugio) se consideran ingresos. Las partes que claramente se designan para fines de matriculación se excluyen de los ingresos.
- Ingresos por venta de capital: el producido por la venta de un activo se considera ingresos.

Ingresos del empleo por cuenta propia

En el caso del empleo por cuenta propia, se pueden deducir los costos que deriven de las operaciones comerciales. El solicitante debe proporcionar un registro de los gastos en que haya incurrido durante la generación de los ingresos.

Entre los costos que pueden deducirse de los ingresos generados por el empleo por cuenta propia se incluyen los siguientes:

- El costo identificable de la mano de obra, por ejemplo, salarios; el costo compartido del empleador en concepto de Seguro Social, seguro, etc.
- El alquiler y el costo del mantenimiento del edificio comercial.

| | | |
|---|--|---|
|  | SECCIÓN: Manual administrativo | Página 6 de 12 |
| | NÚMERO: QSP-ADM-MI-0011 | Nivel de la revisión: 0 |
| PREPARADO: | TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera | |
| REVISADO: | APROBADO: | TÍTULO: Director financiero o persona designada |
| REVISADO: | FIRMA: | |

- El costo del teléfono comercial.
- El costo de operación de los vehículos motorizados cuando fueran necesarios para llevar a cabo las operaciones comerciales.
- Las primas del seguro y los impuestos que graven al negocio.
- El costo de la materia prima o de las existencias operativas.
- El costo de alimentación de los niños cuando se brinden servicios de guardería en el hogar del solicitante.
- Los intereses pagados para comprar bienes que generan ingresos.

Una vez calculados los ingresos del empleo por cuenta propia, se deduce el costo derivado de las operaciones comerciales y los ingresos resultantes se suman a cualquier otro ingreso percibido.

Se puede utilizar el formulario 1040 de la declaración del impuesto sobre los ingresos correspondiente al año anterior como prueba de ingresos.

2.3 Verificación

Se debe verificar todos los ingresos y se debe documentar el método, la cantidad y la fecha de verificación. La información proporcionada por el paciente en la solicitud de asistencia financiera está sujeta a verificación mediante un software de informe crediticio (p. ej., RevRunner o Equifax).

A continuación, se ofrecen documentos que pueden utilizarse para verificar los ingresos percibidos:

- Talones de pago.
- Formularios W-2 del empleado.
- Comprobantes de impuestos sobre los sueldos.
- Declaración del impuesto federal sobre los ingresos.
- Registros contables del empleo por cuenta propia.
- Registros de ventas y gastos.
- Registros del pago de sueldos del empleador.
- Declaración del empleador.
- Oficial de Seguridad del Empleo.

A continuación, se ofrecen documentos que pueden utilizarse para verificar otros tipos de ingresos:

- Carta de asignación de beneficios del Seguro Social (no siempre se verán reflejados los cambios en los beneficios).
- Cheque de pago de beneficios.
- Carta de asignación de indemnización por desempleo.
- Avisos de asignación de pensiones.
- Aviso de asignación de la Administración de Veteranos.
- Correspondencia sobre beneficios.
- Registros de impuestos sobre los ingresos.
- Carta de asignación de la entidad ferroviaria.
- Manutención de menores y del cónyuge evidenciada mediante orden judicial, documentación del divorcio/de la separación o cheques de contribución.
- Registros y cartas de la Administración del Seguro Social.
- Comisión de Seguridad del Empleo.
- Registros sindicales.
- Registros de indemnización por accidentes laborales.
- Registros y cartas de la Administración de Veteranos.

PREPARADO:

TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera

REVISADO:

APROBADO:

TÍTULO: Director financiero o persona designada

REVISADO:

FIRMA:

- Registros de la compañía de seguros.
- Registros tributarios.
- Registros de la Jubilación para Empleados Ferroviarios.
- Carta de notificación emitida por el Departamento de Servicios del Seguro Social.

NOTA: Las personas que declaren que no perciben ingresos deben presentar una declaración de necesidades básicas completada y firmada. Se debe entrevistar detenidamente al solicitante para determinar cómo consigue alimentos, vestimenta y refugio. Se debe documentar esta información en la solicitud, y el solicitante debe firmar un documento certificado. Si se cuestiona la precisión de esta declaración, es posible que se solicite al solicitante que se inscriba en la Comisión de la Seguridad del Empleo y que presente documentación verificable.

2.4 Normas con respecto a los recursos

Activos/recursos líquidos

Los activos totales líquidos del solicitante (p. ej., cuentas corriente y de ahorros) no podrán superar los \$4,000 en el caso de una persona o los \$6,000 en el caso de una familia constituida por 2 o más integrantes.

Entre los ejemplos de recursos líquidos se encuentran los siguientes:

- Efectivo en mano.
- Cuentas corriente o de ahorros en bancos u otras instituciones de ahorro, incluidas las cooperativas de crédito.
- Certificados de ahorros.
- El valor de mercado de acciones y bonos.
- Fondos en cuentas individuales de jubilación (IRA). Se cuenta el valor total en efectivo de la cuenta menos el monto de alguna sanción por retiro anticipado.
- Fondos de pensiones disponibles.
- Recursos líquidos de propiedad conjunta.
- En el caso de las cuentas (p. ej., de ahorros o corriente, de acciones o bonos, etc.) de titularidad conjunta respecto de las cuales el solicitante o su familia tengan acceso a todo el monto de la cuenta, se cuenta la totalidad del monto a los fines del límite de recursos.
 - Para determinar si la persona tiene acceso a la totalidad del monto, el trabajador deberá determinar si se necesitan ambas firmas para acceder a los recursos o si solo se necesita una firma. Una firma significa que se puede acceder a la totalidad del monto. Cuando se necesiten ambas firmas, solo una parte proporcional de la cuenta se aplica al límite de recursos.
- Fideicomisos.
 - Si un solicitante o un integrante de su familia es el beneficiario de un fideicomiso y este tiene acceso ilimitado al capital del fideicomiso, el valor del capital se cuenta como recurso. El valor del capital del fideicomiso se mide respecto de la limitación de recursos y activos líquidos.

NOTA: **No** se incluyen la vestimenta, los bienes/efectos del hogar, los efectos personales, el mobiliario y el transporte básico utilizado para las actividades cotidianas.

2.5 Aprobación integral/del 100 %

Solo las personas cuyos ingresos familiares brutos sean iguales o inferiores al 200 % de la FPG actual pueden reunir los requisitos para acceder a la asistencia financiera integral a través del Programa de Asistencia Médica y Financiera de SRH.

Los siguientes estados recibirán una aprobación automática del 100 % de la asistencia financiera (el defensor financiero de pacientes de SRH deberá completar y firmar un formulario de elegibilidad discrecional):

PREPARADO:

TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera

REVISADO:

APROBADO:

TÍTULO: Director financiero o persona designada

REVISADO:

FIRMA:

- Garante o paciente sin hogar. La confirmación del estado podría ser una decisión que tome el personal clínico o del defensor financiero de pacientes.
- El garante reside actualmente en algún tipo de refugio (debe ser un residente legal de Carolina del Sur). La confirmación se puede obtener con una llamada telefónica al refugio. La imposibilidad de confirmar esta información, no impedirá que el paciente reúna los requisitos para acceder a la asistencia financiera.

El Servicio de Ingresos Internos limita a determinados hospitales con programas de asistencia financiera la cantidad que pueden cobrarles a los pacientes elegibles; dicha cantidad no podrá ser superior al monto promedio que normalmente se cobra a pacientes con un seguro público o privado que cubra los servicios proporcionados. Este monto se denomina tarifa "promedio generalmente facturada" o tarifa AGB. Debido al hecho de que a los pacientes elegibles para acceder a la asistencia financiera se les cobrará el 0 %, nunca se les cobrará más que la tarifa AGB de Self Regional Healthcare.

3 - GASTOS MÉDICOS CATASTRÓFICOS

La asistencia financiera en concepto de gastos médicos catastróficos tendrá lugar cuando el paciente no pueda cumplir con sus obligaciones financieras debido al monto extraordinario de las facturas médicas. Una vez efectuada una evaluación financiera (que puede incluir la evaluación de los activos) y siempre y cuando medie la aprobación gerencial correspondiente, se podrá otorgar una consideración especial para condonar o reducir las facturas del paciente en cuestión. La responsabilidad del paciente se limitará al 20 % de los ingresos anuales del paciente o del garante. Los cargos de los servicios de atención de la salud proporcionados a pacientes que reúnen los requisitos se desgravan con el código de transacción "0169: asistencia financiera catastrófica".

4 - APROBACIONES/PLANES DE PAGO PARCIALES

Deberán establecerse planes de pago adecuados respecto de todas las aprobaciones parciales, y el solicitante deberá firmar un acuerdo de plan de pago en función de la política de plan de pago de SRH. Si el solicitante no cumple con el plan de pago, se podrá revocar la asistencia financiera.

5 - PAUTAS DE APROBACIÓN DISCRECIONAL

La aprobación discrecional se otorgará en función de los saldos acumulados en las cuentas, del siguiente modo:

| Saldo | Autoridad de aprobación (se requieren firmas) |
|------------------------|---|
| Menor de \$2,500 | Defensor financiero de pacientes |
| De \$2,500 a \$24,999 | Gerente de Acceso de Pacientes |
| De \$25,000 a \$99,999 | Controlador/director financiero |
| \$100,000 o más | Director financiero |

6 - REEMBOLSOS

Si el paciente es elegible para acceder al Programa de Asistencia Médica y Financiera, se reembolsarán los pagos aplicados a las cuentas antes o después de la solicitud. Los saldos de crédito que resulten después de la solicitud de la asistencia financiera se ajustarán para que el saldo quede en cero; para ello, se usará el código de transacción correspondiente.

| | | |
|---|--|-------------------------|
|  | SECCIÓN: Manual administrativo | Página 9 de 12 |
| | NÚMERO: QSP-ADM-MI-0011 | Nivel de la revisión: 0 |
| PREPARADO: | TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera | |
| REVISADO: | APROBADO: TÍTULO: Director financiero o persona designada | |
| REVISADO: | FIRMA: | |

7 - ASISTENCIA MÉDICA Y FINANCIERA PRESUNTA

En el caso de los pacientes que no respondan al proceso de solicitud de Self Regional Healthcare, se podrán utilizar otras fuentes de información para realizar la evaluación de necesidades financieras de la persona en cuestión. Esta información le permitirá a Self Regional Healthcare tomar una decisión informada respecto de la necesidad financiera de un paciente que no responde, a partir de las mejores estimaciones que estén disponibles en el caso de ausencia de información que proporcione directamente el paciente.

A los fines de ayudar a pacientes que necesiten asistencia financiera, Self Regional Healthcare podrá utilizar los servicios de terceros para revisar la información del paciente con el objeto de evaluar la necesidad financiera. Esta revisión utiliza un modelo predictivo de atención de la salud reconocido en la industria que se basa en bases de datos de registros públicos. El modelo incorpora datos de registros públicos para calcular un puntaje de capacidad socioeconómica y financiera que incluye estimaciones de ingresos, activos y liquidez. El conjunto de reglas del modelo está diseñado para evaluar a cada paciente con los mismos estándares y se calibra respecto de las aprobaciones históricas de asistencia financiera de Self Regional Healthcare. El modelo predictivo permite a Self Regional Healthcare evaluar si un paciente guarda relación con otros pacientes que, históricamente, reunieron los requisitos para obtener la asistencia financiera en virtud del proceso de solicitud tradicional.

Self Regional Healthcare podrá utilizar la información obtenida a partir del proceso predictivo para otorgar una elegibilidad presunta en los casos en que el paciente no proporcione información directamente. Después de las iniciativas impulsadas para confirmar la disponibilidad de la cobertura, el modelo predictivo ofrece un método sistemático para otorgar la elegibilidad presunta a pacientes con necesidades financieras. Cuando el modelo predictivo sea la base de la elegibilidad presunta, se otorgará un descuento del 100 % en los servicios elegibles solo para las fechas retrospectivas de servicios.

En el supuesto de que un paciente no reúna los requisitos en virtud del conjunto de reglas presuntivas, el paciente aún podrá tenerse en cuenta en virtud del proceso de solicitud de asistencia médica y financiera tradicional.

Cuando se establezca la elegibilidad presunta para la asistencia financiera, se otorgará un descuento del 100 % en el caso de los servicios elegibles. Se volverán a clasificar las cuentas de pacientes a las que se les otorgue una elegibilidad presunta en virtud de la política de asistencia financiera. Estas cuentas quedarán exentas de las actividades de cobro y no se incluirán en los gastos de deudas incobrables.

8 - Descuento para pacientes sin seguro

En pos de la misión y los valores centrales de Self Regional Healthcare, siempre se tratará de manera equitativa y con respeto a los pacientes que no tengan un seguro, independientemente de su capacidad de pago.

Los pacientes que paguen los gastos médicos del propio bolsillo y que se presenten para recibir servicios necesarios desde el punto de vista médico, con exclusión de los pacientes que reciban procedimientos estéticos electivos y otros procedimientos que ya cuenten con descuentos (p. ej., pacientes que paguen del propio bolsillo servicios que se presten en un día, servicios bariátricos, etc.), recibirán un descuento similar a la atención administrada, que se conoce con el nombre de “descuento para pacientes sin seguro”.

A los fines de esta política, el término “pacientes sin seguro” se refiere a los pacientes que no cuentan con una póliza de seguro ni otro plan de beneficios. Los programas patrocinados por el gobierno, por ejemplo, Medicare y Medicaid, se consideran planes de beneficios. Por lo tanto, por lo general, los beneficiarios de Medicare, Medicaid y otros programas patrocinados por el gobierno no son elegibles para acceder a estos descuentos.

No obstante, si el paciente cuenta con una póliza de seguro que no cubre su tratamiento necesario desde el punto de vista médico, ese paciente se considera que “sin seguro” respecto de dicho servicio o procedimiento y es elegible en virtud de la política de descuentos para pacientes sin seguro. Esto NO incluye los procedimientos que no cuentan con una autorización o certificación previa adecuadas.

PREPARADO:

TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera

REVISADO:

APROBADO:

TÍTULO: Director financiero o persona designada

REVISADO:

FIRMA:

Si un paciente sin seguro se lesiona en un accidente, y el seguro de responsabilidad civil (p. ej., póliza de seguro de automóvil a nombre del paciente o de otra parte) cubre parcialmente las lesiones del tratamiento médico, ese paciente se considerará que tiene seguro y no será elegible para acceder a estos descuentos. Si la póliza de responsabilidad civil no cubre el tratamiento necesario desde el punto de vista médico, el paciente se considerará “sin seguro”. El servicio no cubierto será elegible a los fines de la política de descuentos para pacientes sin seguro.

DESCRIPCIÓN GENERAL

- 1 - Los cargos que resulten de las cuentas que estén registradas como de pago del propio bolsillo tendrán automáticamente una reducción del 40 % en el sistema STAR (Código de transacción 220: DESCUENTO PARA PACIENTES SIN SEGURO).
- 2 - Se podrá aplicar un descuento adicional por “pronto pago” del 10 % en el saldo de la cuenta de pago del propio bolsillo si el paciente paga todo el saldo en el plazo de 10 días de la negociación inicial.
- 3 - Si se determina que el paciente tiene una cobertura de seguro activa para la cuenta en cuestión, se revocarán todos los descuentos.
- 4 - NOTA: Este descuento se aplica a todos los pacientes que “pagan del propio bolsillo” y NO se determina en función de ningún tipo de ingresos ni activos familiares.
- 5 - NOTA: Este descuento NO se aplica a los pacientes que reciban procedimientos estéticos electivos y otros procedimientos que ya cuenten con descuentos (p. ej., pacientes que paguen del propio bolsillo servicios que se presten en un día, servicios bariátricos, etc.). Estos pacientes se registrarán en virtud del plan de seguro 600001: PAGO DEL PROPIO BOLSILLO SIN AJUSTE.

9 - Información de contacto

Si necesita ayuda con el proceso de solicitud, llame al defensor financiero de pacientes que corresponda en función de la primera letra del apellido del paciente.

| Letra del apellido | Número de contacto |
|--------------------|--------------------|
| A - D | (864) 725-4122 |
| E - L | (864) 725-5047 |
| M - R | (864) 725-4135 |
| S - Z | (864) 725-6079 |

Las solicitudes están disponibles en www.selfregional.org

Los pacientes pueden obtener una copia de la política de cobro; para ello, deberán solicitarla a Servicios Financieros para Pacientes (864) 725-7800.

Referencias:

Pauta federal de pobreza (FPG):

Definiciones:

| | | |
|---|--|-------------------------|
|  | SECCIÓN: Manual administrativo | Página 11 de 12 |
| | NÚMERO: QSP-ADM-MI-0011 | Nivel de la revisión: 0 |
| PREPARADO: | TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera | |
| REVISADO: | APROBADO: TÍTULO: Director financiero o persona designada | |
| REVISADO: | FIRMA: | |

Solicitante: una persona que ha, directamente o a través de un representante autorizado, presentado una solicitud para recibir asistencia a través del Programa de Asistencia Médica y Financiera.

AGB - (monto generalmente facturado): el monto promedio que generalmente pagan las compañías de seguros y los pagadores de Medicare.

Atención de beneficencia: servicios de atención de la salud que se proporcionaron o se proporcionarán, pero respecto de los cuales nunca se espera recibir una entrada de efectivo. La atención de beneficencia surge de la política de un proveedor de brindar servicios de atención de la salud en forma gratuita a personas que reúnen los criterios establecidos.

Proporción de costos frente a gastos: la proporción del costo dividido por los cargos.

Ingresos percibidos: los ingresos en efectivo que haya percibido una persona en concepto de sueldos, salarios, comisiones o ganancias obtenidos a raíz de las actividades que lleva a cabo como trabajador por cuenta propia o empleado.

Afección médica de emergencia: se define en función de la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (art. 1395dd del Título 42 del Código de los Estados Unidos [USC]).

Familia: a partir de la definición de la Oficina del Censo, por familia se entiende un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están vinculadas por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las normas del Servicio de Ingresos Internos, si un paciente incluye a alguien como dependiente en la declaración del impuesto sobre los ingresos, dicha persona se considerará un dependiente a los fines del otorgamiento de la asistencia financiera.

- Incluye ingresos, indemnización por desempleo, indemnización por accidentes laborales, Seguro Social, ingresos suplementarios del Seguro Social, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para supérstites, ingresos por pensiones o jubilaciones, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos provenientes de acervos hereditarios, fideicomisos, asistencia educativa, manutención para cónyuges, manutención para hijos, asistencia de personas que no viven en el mismo hogar y otros fuentes varias.
- Lo beneficios que no sean en efectivo (por ejemplo, cupones para alimentos y subsidios para viviendas) no se cuentan.
- Se determina antes de impuestos.
- Se excluyen las ganancias o pérdidas de capital.
- Si una persona vive con una familia, se incluye el ingreso de todos los integrantes de la familia (las personas que no sean familiares, por ejemplo, los compañeros de hogar, no cuentan).

Ingresos familiares: los ingresos familiares se determinan en función de la definición de la Oficina del Censo, que emplea los siguientes ingresos al calcular la pauta federal de pobreza:

Año fiscal: cualquier período anual independientemente del año calendario, al final del cual el hospital determina su situación financiera.

Ingresos fijos: un conjunto de beneficios o conjunto de ingresos provenientes del trabajo.

Cargos brutos: los cargos totales a la tarifa total establecida por la organización por la prestación de servicios de atención al paciente antes de la aplicación de deducciones de los ingresos.

Ingresos de trabajadores por hora/asalariados con bonos, comisiones y pago de horas extras: los ingresos percibido en forma regular en función de la cantidad de horas trabajadas, o bien un salario que está sujeto a ingresos adicionales por motivos de horas extras, bonos o comisiones.

Ingresos irregulares: los ingresos que varían de una semana a otra o de un mes a otro.

Activo líquido: los activos en forma de efectivo o que pueden convertirse fácilmente en efectivo.

Ingreso del empleo por cuenta propia: se trata de los ingresos provenientes de los negocios propios de las personas.

PREPARADO:

TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera

REVISADO:

APROBADO:

TÍTULO: Director financiero o persona designada

REVISADO:

FIRMA:

Pago del propio bolsillo: los pacientes que pagan ellos mismos los servicios de atención de la salud, principalmente, porque no tienen una cobertura de atención de la salud a través de una compañía de seguros. Los pacientes deben divulgar la cobertura de beneficios que cubra los servicios del hospital. Forma parte de la política de Self Regional Healthcare buscar y presentar cualquier cobertura de seguro que un paciente pueda tener.

Necesario desde el punto de vista médico: conforme lo define Medicare (servicios o productos razonables y necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o lesiones).

Cargo total: el costo total de los servicios médicos.

Sin seguro: el paciente no cuenta con ningún nivel de seguro ni asistencia de terceros para cumplir con sus obligaciones de pago.