

PREPARADO: 10/01/2016 TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera

REVISADO: 12/10/2019, 07/01/2020 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 póliza:

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 por razones médicas 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 y/o un representante autorizado (salvo que el paciente reúna los requisitos para la cobertura parcial de Medicaid respecto de una estadía para pacientes hospitalizados) debe firmar todas las solicitudes completadas.

Alcance:

La póliza se aplica a Self Regional Healthcare.

Responsabilidad:

El defensor financiero de pacientes examinará la precisión de todos los documentos proporcionados por el paciente y/o representante autorizado antes de enviarlos al gerente de Acceso de Pacientes, vicepresidente adjunto/controlador y/o vicepresidente sénior/director financiero para su aprobación.

Proceso:

Los requisitos 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 las pautas federales de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) actuales, de acuerdo con la publicación anual del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés).

Self Regional Healthcare (SRH) espera y requiere 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 del empleador, 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 empleadores 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.

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.

PREPARADO: 10/01/2016 TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera

REVISADO: 12/10/2019, 07/01/2020 APROBADO:

TÍTULO: Director financiero o persona designada

REVISADO: FIRMA:

- La atención para pacientes hospitalizados y ambulatorios que se determine que es necesaria por razones médicas.
- Otros servicios, por ejemplo, los servicios de atención médica 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, por sus siglas en inglés) 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 que no son empleados del Hospital (es decir, los "médicos de práctica privada") no están cubiertos por esta política.
- Para acceder a una lista completa de proveedores, empleados/cubiertos y/o no empleados/no cubiertos, consulte en línea la página "Financial Assistance Policy" (Política de asistencia financiera) en la pestaña "Health Information" (Información sobre la salud) en la parte superior de la página de inicio de Self Regional Healthcare.

1.2 Requisitos de residencia

Para ser elegible para el Programa de Asistencia Médica y Financiera, usted debe ser un residente legal del estado de Carolina del Sur.

1.3 Cobertura de terceros

El solicitante y/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 las FPG (pautas federales de pobreza) y/o 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 los requisitos en la fecha del servicio o en la fecha de ingreso. 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: puntualidad; controversias

Se les pedirá a los solicitantes que proporcionen lo siguiente:

- Identificación con fotografía válida de Carolina del Sur y/o del gobierno.
- Prueba de ingresos de todos los integrantes que viven en el hogar.
- Prueba de la dirección actual (recibo 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.
- 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 y/o prueba de negación de elegibilidad de los programas, como el seguro social, el Departamento de Servicios Sociales, la indemnización por accidentes de trabajo, el servicio de pensión para hijos menores, entre otros.
- Prueba de póliza de seguro de vida entera.

El solicitante deberá presentar toda la información que se le solicite 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

PREPARADO: 10/01/2016 TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera

REVISADO: 12/10/2019, 07/01/2020 APROBADO:

TÍTULO: Director financiero o persona designada

REVISADO: FIRMA:

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 el 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.
- La persona 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.

Concubinato

Los concubinos que no tengan hijos en común no se consideran integrantes de la misma familia. Por lo general, los ingresos y los recursos de una parte no podrían atribuirse a la 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 la situación económica de 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 progenitor 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 de respaldo. En el caso de los estudiantes mayores de 18 años, el solicitante deberá proporcionar una copia de la última declaración impositiva en la cual

PREPARADO: 10/01/2016 TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera

REVISADO: 12/10/2019, 07/01/2020 APROBADO:

TÍTULO: Director financiero o persona designada

REVISADO: FIRMA:

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 las ganancias 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 y pago de horas extras:** esta persona recibe un sueldo en función de la cantidad de horas trabajadas o un salario que está sujeto a ganancias 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 autónomo:** los ingresos de esta persona derivan de su propio negocio (p. ej., agricultor, esteticista, mecánico chapucero, leñador, entre otros). Si esta persona no declara ingresos en 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 autónomo, 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 autónomo 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 aquellos que no reúnen los requisitos para considerarse ingresos percibidos.

PREPARADO: 10/01/2016 TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera

REVISADO: 12/10/2019, 07/01/2020 APROBADO:

TÍTULO: Director financiero o persona designada

REVISADO: FIRMA:

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

- Indemnización por desempleo e indemnización por accidentes de trabajo.
- Pagos asistenciales por motivos de necesidad: ayuda a familias con hijos dependientes (AFDC, por sus siglas en inglés), ingresos del Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés) 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.
- Pensión para hijos menores y pensión alimenticia 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 ganancias de capital: el producido por la venta de un activo se considera un ingreso.

Ingresos del empleo autónomo

En el caso del empleo autónomo, 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 autónomo, 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, entre otros.
- El alquiler y el costo del mantenimiento del edificio comercial.
- 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 autónomo, 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 deben 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., Experian 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.

PREPARADO: 10/01/2016 TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera

REVISADO: 12/10/2019, 07/01/2020 APROBADO:

TÍTULO: Director financiero o persona designada

REVISADO: FIRMA:

- Declaración del impuesto federal sobre los ingresos.
- Registros contables del empleo autónomo.
- Registros de ventas y gastos.
- Registros del pago de sueldos del empleador.
- Estado de cuenta del empleador.
- Funcionario 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.
- Pensión para hijos menores y pensión alimenticia 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 de trabajo.
- Registros y cartas de la Administración de Veteranos.
- Registros de la compañía de seguros.
- Registros tributarios.
- Registros de la Junta de Retiro Ferroviario.
- 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 corrientes 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 dos o más integrantes.

Entre los ejemplos de recursos líquidos, se encuentran los siguientes:

- Efectivo en mano.
- Cuentas corrientes 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, por sus siglas en inglés). 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 corrientes, de acciones o bonos, etc.) de titularidad conjunta respecto de las cuales el solicitante y/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.

PREPARADO: 10/01/2016 TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera

REVISADO: 12/10/2019, 07/01/2020 APROBADO:

TÍTULO: Director financiero o persona designada

REVISADO: FIRMA:

- 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 y/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):

- 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 una cobertura de plan de beneficios de seguro pública o privada de los servicios brindados. 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 y/o del garante. Los cargos de los servicios de atención médica 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

PREPARADO: 10/01/2016 TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera

REVISADO: 12/10/2019, 07/01/2020 APROBADO:

TÍTULO: Director financiero o persona designada

REVISADO:

FIRMA:

De \$25,000 a \$99,999	Controlador/vicepresidente adjunto
\$100,000 o más	Vicepresidente sénior/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 surjan 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.

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 médica reconocido en la industria que consiste en bases de datos de registros públicos. El modelo incorporó 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 modelo 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 póliza 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 (solo para cuentas de hospitales)

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 por razones médicas, 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 bariátricos, etc.), recibirán un descuento similar a la atención administrada, que se conoce con el nombre de "descuento para pacientes sin seguro".

PREPARADO: 10/01/2016 TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera

REVISADO: 12/10/2019, 07/01/2020 APROBADO:

TÍTULO: Director financiero o persona designada

REVISADO:

FIRMA:

A los fines de esta póliza, 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, en 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 por razones médicas, ese paciente se considera “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.

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 por razones médicas, el paciente se considerará “sin seguro”. El servicio no cubierto será elegible a los fines de la Póliza de descuentos para pacientes sin seguro.

DESCRIPCIÓN GENERAL

1. Los cargos derivados de las cuentas que estén registradas como de pago del propio bolsillo tendrán automáticamente una reducción del 40 % en el sistema EPIC.
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.

PREPARADO: 10/01/2016 TÍTULO: Programa de Asistencia Médica y Financiera

REVISADO: APROBADO:

TÍTULO: Director financiero o persona designada

REVISADO: FIRMA:

- rentas, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, pensión para hijos menores, asistencia extrafamiliar y otras fuentes diversas;
- Los beneficios que no sean en efectivo (por ejemplo, cupones para alimentos y subsidios para viviendas) no 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).

Ingreso del empleo autónomo: se trata de los ingresos provenientes de los negocios propios de las personas.

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

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

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

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

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.

Necesario por razones médicas: conforme lo define Medicare (servicios o productos razonables y necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o lesiones).

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

Problema médico de emergencia: se define en función de la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (título 42 del Código de los Estados Unidos [USC, por sus siglas en inglés], 1395dd).

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

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

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.