



# YUMA REGIONAL MEDICAL CENTER

<b>Título: Política de asistencia financiera (FAP por su sigla en inglés):</b>		Página 1 de 7	
<b>Número:</b> C-3		<b>Última verificación:</b> 10/17	
<b>Categoría:</b> Administración financiera		<b>Última revisión:</b> 04/18	
<b>Fecha de entrada en vigencia:</b> 10/16	<b>Fecha original:</b> 10/16	<b>Autor:</b> Sheri Hanson, Directora de Servicios Financieros al Paciente	
<b>Reemplaza:</b> Atención no compensada		<b>Fecha de aprobación:</b> 06/93	<b>Fecha de desactivación:</b> 09/16
<b>Departamento:</b> Ciclo de ingresos			
<b>Estándar:</b>		<b>Número de elemento:</b>	
<b>Aprobado por:</b> Director de Finanzas			

## I. POLÍTICA

De acuerdo con nuestra misión como una organización caritativa sin fines de lucro comprometida a proporcionar atención médica de calidad a todos aquellos a quienes servimos de una manera que responda a las necesidades de nuestras comunidades, Yuma Regional Medical Center (YRMC) proporcionará atención de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria a todos nuestros pacientes, independientemente de su capacidad para pagar por toda o parte de esa atención.

La presente Política de asistencia financiera (FAP, por su sigla en inglés) se aplica a YRMC y a sus clínicas afiliadas, y busca cumplir con los requisitos de las leyes aplicables a nivel federal, estatal y local como, entre otros, el artículo 501(r) del Código de Rentas Internas y sus reglamentos.

Por consiguiente, la presente política escrita:

- describe los servicios que pueden calificar conforme a la presente FAP
- incluye los criterios de elegibilidad para recibir asistencia financiera, atención gratuita y con descuento
- describe cómo los pacientes pueden solicitar asistencia financiera
- describe los criterios de elegibilidad y los montos que se cobran a los pacientes
- ratifica que a los pacientes que reúnen los requisitos conforme a la FAP no se les facturará más que los montos facturados generalmente a otros pacientes que tienen un seguro que cubre la misma atención médica
- confirma que a la presente FAP se le da gran publicidad dentro de la comunidad a la cual prestamos servicios
- ratifica que YRMC no llevará adelante acciones extraordinarias de cobranza antes de hacer esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad del paciente conforme a la presente FAP

La asistencia financiera no se considera un sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de YRMC para obtener asistencia financiera y que contribuyan para cubrir los gastos de su atención en función de su capacidad de pago.

Los principios rectores detrás de la presente política son tratar a todos los pacientes e individuos responsables con igualdad, dignidad y respeto, y garantizar que los procedimientos adecuados de facturación y cobranza se apliquen de manera uniforme y que

se hagan esfuerzos razonables para determinar si los individuos reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera antes de iniciar cualquier acción extraordinaria de cobranza.

Los principales beneficiarios de la FAP están destinados a ser pacientes sin seguro cuyos ingresos anuales en el hogar no superan el 200 % de las Pautas Federales de Ingresos de Pobreza (FPG, por su sigla en inglés) publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Ayuda financiera adicional puede estar disponible para pacientes sin seguro y otros pacientes con ingresos familiares anuales de hasta el 400 % de las FPG.

A ninguna persona elegible para la FAP se le cobrará más por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que los montos facturados generalmente (AGB por su sigla en inglés) por los servicios de emergencia u otros servicios médicos necesarios proporcionados a las personas con un seguro que cubra dicha atención. YRMC tiene la obligación de cumplir con la Ley de Tratamiento de Urgencias Médicas y Trabajo de Parto (EMTALA, por su sigla en inglés) y con todos los reglamentos federales y pautas de interpretación relativos a esa ley. YRMC se reserva el derecho de tomar decisiones de asistencia financiera fuera del alcance de la presente política.

## II. Definiciones

**A los fines de la presente política, los términos a continuación se definen la siguiente manera:**

**Atención de urgencia:** Servicios, que incluyen examen y estabilización, brindados para tratar una afección médica (1) que se manifiesta con síntomas agudos de gravedad suficiente (p. ej., dolores fuertes) para que una persona prudente común considere que, en ausencia de atención médica inmediata, se podría esperar de forma razonable que (a) la salud del individuo (o en el caso de las embarazadas, la salud de la mujer o del niño por nacer) estaría en serio riesgo, (b) se afectarían gravemente las funciones corporales o (c) derivaría en insuficiencia grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o (2) en el caso de una mujer que tiene contracciones, (a) si se considera que no hay suficiente tiempo para trasladarla de manera segura a otro hospital antes del parto, o (b) si el traslado podría poner en riesgo la salud o seguridad de la mujer o el niño por nacer.

**Pautas del nivel federal de pobreza (FPG, por su sigla en inglés):** Son los umbrales de ingresos aplicados principalmente con fines estadísticos para calcular el número de estadounidenses que se encuentran en la pobreza por año. Estas pautas son actualizadas cada año por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. y también se utilizan para determinar quién recibe subsidios o ayuda federal como cupones de alimentos, Medicaid, la Ley de Atención Asequible y otros programas de bienestar social.

**Garante:** Un adulto que recibe servicios médicos o los padres de un menor de edad (niño de menos de 18 años) que recibe servicios médicos que firman en su nombre el consentimiento para recibir tratamiento médico (no se trata del beneficiario del seguro).

**Hogares (familiares y no familiares):** Un hogar está compuesto por una o más personas que ocupan una unidad de vivienda. No todos los hogares tienen familias. Según la definición de la Dirección de Censos de los Estados Unidos, los hogares familiares están compuestos por dos o más individuos emparentados por nacimiento, matrimonio o adopción, si bien pueden incluir también a otras personas no emparentadas. Los hogares no familiares están conformados por personas que viven solas o que comparten su residencia con individuos no emparentados.

Los hogares conformados por parejas que conviven pero no están casadas se cuentan como hogares no familiares. Si estas parejas viven con hijos de su relación actual o de una relación previa, el hogar entra en la categoría familiar.

**Ingreso del hogar:** El ingreso del hogar se compone de la siguiente forma:

- Ganancias, beneficios por desempleo, indemnización por accidentes o enfermedades laborales, seguridad social, ingresos suplementarios de seguridad, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensiones o ingresos jubilatorios, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos patrimoniales de sucesiones, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de hijos, asistencia externa del hogar y otras fuentes varias.
- Los beneficios no monetarios (como vales de comida y subsidios a la vivienda) no cuentan.
- Los ingresos se calculan antes de impuestos.
- Si una persona vive en un hogar familiar, se incluyen los ingresos de todos los miembros del hogar.

**Activos líquidos:** Todo activo en efectivo o que pueda convertirse fácilmente en efectivo, como cuentas de cheques y de ahorro, inversiones en mercados monetarios, acciones, bonos o certificados de depósito (CD, por su sigla en inglés).

**Atención necesaria desde el punto de vista médico:** Servicios que, sobre la base de una evaluación de las necesidades médicas de la persona que reúne los requisitos, son razonables y se requieren para identificar, diagnosticar, tratar, corregir, curar, mitigar o prevenir una dolencia, enfermedad, lesión, discapacidad u otra afección médica, incluido el embarazo, y guardan congruencia con la definición de “necesidad médica” conforme al Programa de Medicaid de Arizona. Tales servicios deben ser adecuados desde el punto de vista clínico y cumplir con las normas generalmente aceptadas de buenas prácticas médicas. Asimismo, dichos servicios se deben brindar en el lugar más adecuado donde, a los fines prácticos, se puedan proporcionar de manera segura y efectiva. La atención necesaria desde el punto de vista médico no incluye ningún servicio de salud brindado principalmente por comodidad del individuo, el cuidador del individuo o el proveedor de atención médica, o por motivos estéticos.

**Resumen en lenguaje corriente (PLS, por su sigla en inglés):** Documento escrito que describe los programas disponibles de asistencia financiera de YRMC, los requisitos de elegibilidad, cómo solicitarlos y cómo obtener más información, incluidas copias de la FAP y de la solicitud.

**Residente:** Un residente es una persona que vive principalmente en el Condado de Yuma, Bard, CA o Winterhaven, CA con la intención de permanecer como tal. Las personas que no son consideradas residentes son individuos que vienen a YRMC con el propósito de recibir atención médica, y que mantienen una residencia principal fuera del Condado de Yuma, Bard, CA o Winterhaven, CA.

**Paciente no asegurado:** Individuos que no tienen gobierno, seguro médico privado o cobertura de terceros.

### III. Procedimientos

**A. Servicios elegibles en virtud de la presente política.** A los fines de la presente política, la asistencia financiera se refiere a los servicios de atención médica brindados por YRMC de forma gratuita o con descuento a los pacientes que cumplen con los requisitos. Los siguientes servicios de atención médica califican en virtud la presente FAP:

- Servicios médicos de urgencia brindados en una sala de urgencias.
- Servicios necesarios desde el punto de vista médico conforme a la definición precedente

Los descuentos en virtud de la presente política no se aplican a servicios brindados por YRMC de pago en efectivo ni a servicios para los cuales ya se realizaron otros descuentos sobre los cargos totales facturados. Por lo general, se excluyen los copagos, así como los asegurados que no cumplen, dentro de lo razonable, con los requisitos del seguro, como coordinar beneficios, completar los detalles de accidentes u obtener autorizaciones.

Los servicios brindados por proveedores que no son empleados de YRMC se excluyen de la Política de asistencia financiera de YRMC. Estos proveedores incluyen pero no se limitan a anesthesiólogos, intensivistas, radiólogos, patólogos, médicos de emergencia,

neonatólogos, cardiólogos, y/o servicios de ambulancia o servicios de ambulancia aérea. Hay una lista de los proveedores cubiertos en la FAP en un documento separado que puede entregarse a pedido. También se encuentra disponible en nuestro sitio web [www.yumaregional.org](http://www.yumaregional.org).

**B. Elegibilidad para recibir asistencia financiera.** La elegibilidad para recibir asistencia financiera será considerada para aquellos individuos que no tienen seguro, no son elegibles para ningún programa de beneficios de salud del gobierno, y que no pueden pagar por su cuidado, basado en una determinación de necesidad financiera de acuerdo con esta póliza. El otorgamiento de asistencia financiera se basará en una determinación individualizada de necesidad financiera y para ello no se tendrá en cuenta edad, género, raza, estado social o de inmigración, orientación sexual ni religión que se profesa.

También deben cumplirse los siguientes requisitos:

- Los individuos deben ser residentes del Condado de Yuma, Bard, CA o Winterhaven, CA.
  - A continuación, se mencionan algunas formas aceptables de prueba de residencia:
    - copia de título de propiedad y comprobante de pago más reciente de hipoteca (si la hipoteca se pagó por completo, se debe entregar una copia del recibo del impuesto a la propiedad del año más reciente)
    - copia de contrato de alquiler y comprobante de pago más reciente de alquiler
    - factura actual de servicios
- Los residentes de Arizona y California cuyos ingresos del hogar sean inferiores al umbral de elegibilidad de Medicaid vigente deben solicitar la cobertura de Medicaid. Si el paciente no reúne los requisitos de elegibilidad de Medicaid, se debe presentar una copia del estado de la determinación de Medicaid como documentación para la FAP.
- Todos los seguros, que incluyen reclamos de indemnización por accidentes y enfermedades laborales, responsabilidad contra terceros y seguro del automotor, deben haber sido facturados y sus beneficios deben haber sido pagados a YRMC, y se debe haber cumplido con todas las pautas del seguro/disposiciones del plan.
- Se requiere una prueba de ingreso del hogar y el tamaño del grupo familiar junto con cada solicitud completada. La elegibilidad debe cumplir con los criterios establecidos en la FAP en función del ingreso del hogar, el tamaño del grupo familiar y el cálculo de los activos
  - Ejemplos de documentación requerida incluyen declaración de beneficios de Seguro Social o Incapacidad, beneficios de Desempleo o Pensión/Anuidad, 30 días de los talones de pago más recientes al momento de la solicitud, declaraciones de impuestos federales o comerciales más recientes, SSI, estados de cuenta bancarios que muestren activos líquidos y cualquier otra información atenuante que muestre circunstancias especiales
  - Los individuos incluidos en el tamaño del hogar deben ser dependientes según la declaración jurada de impuestos federales presentada
  - Algunos ejemplos de activos líquidos son efectivo, cuentas de ahorros y de cheques y certificados de depósito (CD).
- La elegibilidad para obtener asistencia conforme a la presente FAP por servicios recibidos en el pasado no es garantía de elegibilidad para futuros servicios
- Los ingresos familiares anuales de los pacientes no superan el 400 % de las FPG

**Elegibilidad presunta para recibir asistencia financiera.** Hay situaciones en las que puede parecer que un paciente reúne los requisitos para recibir descuentos en la atención médica a través de asistencia financiera, pero no existe ningún formulario de asistencia financiera en los archivos o falta documentación de respaldo. A menudo, se cuenta con información adecuada, ya sea porque la proporcionó el paciente o se obtuvo a través de otras fuentes, que podría constituir prueba suficiente para brindar asistencia financiera al paciente.

YRMC puede utilizar agencias externas u otras fuentes para determinar los ingresos y activos estimados a los fines de la elegibilidad presunta para el otorgamiento de asistencia financiera. Una vez hecha la determinación, debido a las características inherentes a las

circunstancias, el único descuento que se puede otorgar es una cancelación del 100 % del saldo de la cuenta. La elegibilidad presunta puede determinarse en función de circunstancias personales de la vida, como las siguientes:

- programas de recetas médicas financiados por el estado
- atención a personas sin hogar o recibida en una clínica para personas en situación de calle
- participación en programas de Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por su sigla en inglés);
- elegibilidad para recibir vales de comida
- elegibilidad para otros programas de asistencia estatal o local que no cuenten con financiamiento (p. ej., gastos reducidos de Medicaid)
- pacientes fallecidos sin patrimonio conocido

**C. Método por el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera.** Es responsabilidad del paciente presentar una solicitud completa antes del período de solicitud que se cumple 240 días después del envío del primer resumen posterior al alta hospitalaria.

1) Deberá determinarse la necesidad financiera en conformidad con procedimientos que implican una evaluación individual de necesidad financiera, y podrán incluir lo siguiente:

- un proceso de solicitud en el que el paciente o el garante del paciente deben cooperar y proporcionar información personal, financiera o de otra naturaleza, así como documentación pertinente para determinar la necesidad financiera
- el uso de fuentes de datos externas de acceso público que ofrezcan información sobre la capacidad de pago del paciente o del garante (como la calificación crediticia)
- Incluir esfuerzos razonables por parte de YRMC para explorar fuentes alternativas apropiadas de pago y cobertura de programas de pago públicos y privados, y para ayudar a los pacientes a solicitar dichos programas, tomar en cuenta los activos disponibles del paciente, y todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente
- una revisión de las cuentas por cobrar pendientes del paciente de servicios brindados previamente y del historial de pagos del paciente
- Se pedirá a los pacientes que certifiquen la veracidad de toda la información proporcionada. Si se determina que cualquier información es falsa o el paciente no coopera con una fuente alternativa de pago, todos los descuentos otorgados al paciente pueden revocarse y el paciente o su garante tendrán la responsabilidad de pagar la totalidad de los cargos por los servicios prestados. Si hay una discrepancia entre las fuentes de información, YRMC se reserva el derecho de solicitar información adicional para apoyar el ingreso anual del hogar
- Los pacientes serán notificados de la información que falta en la Solicitud de Asistencia Financiera y se les dará una oportunidad razonable para proporcionar documentación adicional. Si no se proporciona la información faltante, YRMC notificará al paciente por carta que la solicitud ha sido cerrada hasta que se suministre la información solicitada

2) Una vez que YRMC ha determinado que un paciente sin seguro es elegible para recibir asistencia financiera, esa determinación es válida por 180 días (6 meses) a partir de la fecha de la solicitud.

3) Los valores de dignidad humana y buena administración de recursos ajenos de YRMC se reflejarán en el proceso de solicitud, en la determinación de la necesidad financiera y en el otorgamiento de asistencia conforme a la FAP. Las solicitudes de asistencia financiera se procesarán de manera oportuna, y YRMC notificará al paciente o al solicitante por escrito en un plazo de 30 días tras la recepción de la solicitud completa.

**D. Criterios de elegibilidad y cantidades cobradas a los pacientes.** Los servicios elegibles bajo esta póliza estarán disponibles para el paciente basado en el tamaño de la familia y el ingreso, de acuerdo con la necesidad financiera, como se determina en referencia a las Pautas Federales de Pobreza (FPG) en efecto al momento de la determinación.

La base de los montos cobrados por YRMC a los pacientes que cumplan con los requisitos es la siguiente:

- Los pacientes no asegurados cuyos ingresos anuales en el hogar sean iguales o inferiores al 200 % de las FPG son elegibles para recibir asistencia financiera y no se les cobrará
- Los pacientes no asegurados cuyos ingresos familiares sean superiores al 200 % pero no superiores al 400 % de las FPG son elegibles para recibir asistencia financiera y recibirán servicios a un precio de descuento. Una vez que se haya determinado la categoría de elegibilidad para obtener asistencia financiera, al paciente no se le cobrará más que los “montos generalmente facturados” (AGB, por su sigla en inglés) por los servicios de urgencia u otros servicios necesarios desde el punto de vista médico brindados a personas que tienen un seguro que cubre esa atención médica.
  - YRMC utiliza el método de “revisión hacia atrás” para determinar el AGB. El porcentaje del AGB se calcula utilizando todos los reclamos autorizados para los pacientes que poseen seguros comerciales y Medicare por servicios con fecha de alta en el período fiscal anterior (de octubre a septiembre). Para estos reclamos, la suma de todos los montos de reembolso autorizados se divide por los cargos brutos asociados. El porcentaje del AGB se aplica a partir del 1 de octubre de cada año, o en forma más frecuente si YRMC determina que es necesario.
  - Se puede obtener información detallada sobre los porcentajes del AGB utilizados por YRMC y cómo se calculan en el siguiente sitio web: [www.yumaregional.org](http://www.yumaregional.org)

**E. Comunicación de la política de asistencia financiera.** El alcance comunitario y la comunicación con respecto a la FAP de YRMC se logra a través de los siguientes métodos, incluyendo pero no limitado a:

- Se colocan carteles sobre la disponibilidad de ayuda financiera en las áreas de registro del hospital (por ejemplo, en el departamento de urgencias, en las principales áreas de admisión y en las clínicas ambulatorias). Copias impresas de la FAP de YRMC, de la solicitud de asistencia financiera y de un Resumen en lenguaje sencillo (PLS) de la FAP están disponibles a solicitud y sin cargo en los departamentos de emergencia del YRMC y en todas las áreas de admisión. Como alternativa, los pacientes pueden solicitar que se les envíen copias de estos documentos por vía electrónica.
- La FAP, el PLS y las solicitudes de asistencia financiera se publican en el sitio web de YRMC para ver, descargar e imprimir sin costo alguno. El PLS contendrá la dirección del sitio web donde se pueden encontrar estos documentos en línea, además de la ubicación física en el hospital donde se pueden obtener copias impresas.
- El PLS se ofrece a todos los pacientes en el momento del registro o antes del alta como parte del proceso de Condición de Admisión de YRMC.
- Todos los estados de cuenta incluyen una declaración sobre la disponibilidad de asistencia financiera, incluyendo un número de teléfono del personal del hospital YRMC que proporciona asistencia con el proceso de solicitud y la dirección del sitio web donde se puede encontrar la FAP, el PLS y la solicitud de asistencia financiera.
- La FAP, el PLS y la solicitud de asistencia financiera están disponibles en los idiomas principales de poblaciones significativas de pacientes con capacidad limitada de inglés (LEP, por su sigla en inglés).

**F. Acciones extraordinarias de cobranza (ECA, por su sigla en inglés).** La gerencia de Servicios Financieros para Pacientes de YRMC desarrollará políticas y procedimientos para las prácticas de cobranza internas y externas (incluyendo las acciones que el hospital puede tomar en caso de falta de pago, incluyendo la acción de cobranza y la presentación de informes a las agencias de crédito) teniendo en cuenta hasta qué punto el paciente califica para la FAP, el esfuerzo de buena fe del paciente para solicitar un programa gubernamental y el esfuerzo de buena fe del paciente para cumplir con sus acuerdos de pago con YRMC. En el caso de los pacientes que cumplen con los requisitos de la FAP y cooperan de buena fe para cancelar sus facturas hospitalarias con descuento, YRMC puede ofrecer planes extendidos de pagos, no enviará las facturas impagas a agencias externas de cobranza y desistirá de toda acción de cobranza. YRMC no iniciará acciones de cobranza extraordinarias (ECA, por su sigla en inglés), como embargos sobre salarios, retenciones sobre propiedades de residencia principal u otras acciones legales, contra ningún paciente sin hacer primero

esfuerzos razonables para determinar si el paciente cumple con los requisitos para recibir descuentos en virtud de la presente FAP. Los esfuerzos razonables incluyen, entre otros, los siguientes:

- validación de que el paciente debe las facturas impagas y que todas las fuentes de terceros pagadores fueron identificadas y recibieron facturas del hospital;
- documentación de que YRMC ofreció o intentó ofrecer al paciente la oportunidad de solicitar asistencia financiera en conformidad con la presente política y que el paciente no cumplió con los requisitos de solicitud del hospital;
- documentación de que el paciente recibió una oferta de plan de pagos, pero no cumplió con las condiciones de ese plan.

En el caso de pacientes que no soliciten asistencia financiera en virtud de la FAP o que no puedan saldar su deuda o establecer un acuerdo de plan de pagos en un plazo de 120 días luego de la primera liquidación de cuenta posterior al alta hospitalaria y que hayan recibido un aviso final, YRMC podrá utilizar una agencia de cobranzas. Sin embargo, en caso de presentación de una solicitud de asistencia financiera en virtud de la FAP, completa o no, en cualquier momento anterior al período de solicitud, YRMC suspenderá las acciones de cobranza extraordinarias, mientras dicha solicitud de asistencia financiera esté pendiente, hasta 240 días luego de la primera liquidación de cuenta posterior al alta hospitalaria.

**G. Requisitos normativos.** Al implementar la presente Política, la administración y las instalaciones de YRMC cumplirán con todas las otras leyes, reglamentaciones y normativas federales, estatales y locales que puedan corresponder para las actividades desarrolladas en virtud de la presente Política.

---

Revisado: 04/18  
Verificado: 10/17