

Título: Política de asistencia financiera (FAP)	Página 1 de 7
Departamento: Ciclo de Ingresos	Categoría: Todo el sistema
Fecha original: 10/16	Autor: Director administrativo, Ciclo de Ingresos
Fecha de entrada en vigencia: 10/16	Reemplaza:
Última modificación: 04/18; 01/24	Aprobada por: Vicepresidente, Ciclo de Ingresos
Última revisión: 10/17; 04/21	Estándar y elemento: IRS §501(r)(4)

I. Política

De acuerdo con nuestra misión como organización benéfica sin fines de lucro comprometida a brindar 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) brindará atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a todos nuestros pacientes, independientemente de su capacidad para pagar la totalidad o parte de esa atención.

Esta Política de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés) se aplica a YRMC y sus clínicas afiliadas y está destinada a cumplir con los requisitos de las leyes federales, estatales y locales aplicables, incluida, entre otras, la sección 501(r) del Código de Rentas Internas y las regulaciones correspondientes.

En consecuencia, esta política escrita:

- Describe los servicios elegibles conforme a esta FAP
- Describe los criterios de elegibilidad para recibir atención de asistencia financiera, gratuita y con descuento
- Describe el método mediante el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera
- Describe los criterios de elegibilidad y los montos cobrados a los pacientes
- Afirma que a los pacientes elegibles para la FAP no se les facturará más que los montos generalmente facturados a otros pacientes que tienen un seguro que cubre dicha atención
- Afirma que esta FAP se publicita ampliamente dentro de la comunidad a la que servimos
- Afirma que YRMC no emprenderá acciones extraordinarias de cobro antes de hacer esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad del paciente conforme a esta 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 contribuir al costo de su atención según su capacidad de pago.

Los principios rectores detrás de esta política son tratar a todos los pacientes y personas responsables por igual, con dignidad y respeto, y garantizar que se sigan uniformemente los procedimientos apropiados de facturación y cobro y que se realicen esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera antes de emprender cualquier acción extraordinaria de cobro.

Los principales beneficiarios de la FAP están destinados a pacientes cuyo ingreso familiar anual no exceda el 200% de las Pautas federales de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Es posible que haya asistencia financiera adicional disponible para pacientes sin seguro y otros pacientes con un ingreso familiar anual 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 generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) por los servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios proporcionados a personas con un seguro que cubre dicha atención. YRMC debe cumplir con la ley de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto (EMTALA, por sus siglas en inglés) y todas las regulaciones federales y pautas interpretativas relacionadas con esta ley. YRMC se reserva el derecho de tomar decisiones de asistencia financiera fuera de esta política.

II. Definiciones

A los efectos de esta política, los siguientes términos se definen de la siguiente manera:

Atención de emergencia: Servicios, incluidos el examen y la estabilización, proporcionados para tratar una afección médica (1) que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido dolor intenso) de modo que una persona prudente pueda esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata dé lugar a (a) poner en grave peligro la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su feto), (b) deterioro grave de las funciones corporales, o (c) disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o (2) con respecto a una mujer que está teniendo contracciones, que (a) no hay tiempo suficiente para efectuar un traslado seguro a otro hospital antes del parto, o (b) ese traslado puede representar una amenaza para la salud o seguridad de la mujer o del feto.

Pautas federales de pobreza (FPG): Umbrales de ingresos que se usan principalmente con fines estadísticos para estimar el número de estadounidenses que viven en la pobreza cada año. Estas pautas son actualizadas cada año por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y también se usan para determinar quién recibe subsidios o ayudas federales como cupones de alimentos, Medicaid, la Ley de Atención Médica Asequible y otros programas de asistencia social.

Cargos brutos: El monto cobrado por un artículo o servicio individual, sin descuentos.

Garante: Un adulto que recibe servicios médicos o el padre o la madre de un menor de edad (menor de 18 años) que recibe servicios que firma el consentimiento para tratamiento médico en su nombre (no el suscriptor del seguro).

Hogares (familiares versus no familiares): Un hogar está compuesto por una o más personas que ocupan una unidad de vivienda. No todos los hogares contienen familias. Conforme a la definición de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, los hogares familiares están formados por dos o más personas que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción, aunque también pueden incluir a otras personas no relacionadas. Los hogares no familiares están formados por personas que viven solas o que comparten su residencia con personas no relacionadas.

Los hogares formados por parejas no casadas que viven juntas se contarían como hogares no familiares. Si estas parejas viven con hijos de su relación actual o anterior, el hogar pasa a la categoría de familia.

Ingreso familiar: El ingreso familiar consiste en:

- Ganancias, compensación por desempleo, indemnización por accidente laboral, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos por pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia externa al hogar y otras fuentes diversas
- Los beneficios no monetarios (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan
- Se determina antes de impuestos
- Si una persona vive dentro de un hogar familiar, incluye los ingresos de todos los miembros del hogar

Activos líquidos: Cualquier activo que sea efectivo o que pueda convertirse fácilmente en efectivo, como cuentas corrientes y de ahorro, mercados monetarios, acciones, bonos o certificados de depósito (CD).

Atención médicamente necesaria: Servicios, basados en una evaluación de las necesidades médicas de la persona elegible, que son razonables y necesarios para identificar, diagnosticar, tratar, corregir, curar, paliar o prevenir una enfermedad, lesión, discapacidad u otra afección médica, incluido el embarazo, y que son consistentes con la determinación de “necesidad médica” según lo define el Programa Medicaid de Arizona. Dichos servicios deben ser clínicamente apropiados y deben estar dentro de los estándares generalmente aceptados de buena práctica médica. Además, dichos servicios deben proporcionarse en el lugar más apropiado donde, a efectos prácticos, puedan prestarse de forma segura y eficaz. La atención médicamente necesaria no incluye ninguna atención brindada principalmente para la conveniencia de la persona, el cuidador de la persona o el proveedor de atención médica, o por razones cosméticas.

Resumen en lenguaje sencillo (PLS): Un documento escrito que describe los programas de asistencia financiera de YRMC disponibles, los requisitos de elegibilidad, cómo presentar la solicitud y cómo obtener más información, incluidas copias gratuitas de la FAP y la solicitud.

Residente: Un residente significará una persona que es residente legal de los Estados Unidos.

Paciente sin seguro: Personas que no tienen seguro médico gubernamental, privado o cobertura de terceros; cuyos beneficios del seguro se han agotado; cuyos beneficios del seguro no cubren la atención médicamente necesaria que el paciente busca

III. Procedimientos

A. Servicios elegibles conforme a esta Política. A los efectos de esta política, la asistencia financiera se refiere a los servicios de atención médica proporcionados por YRMC de forma gratuita o con descuento a pacientes que califican. Los siguientes servicios de atención médica son elegibles conforme a esta FAP:

- Servicios médicos de emergencia proporcionados en un entorno de sala de emergencias
- Servicios médicamente necesarios como se definió anteriormente

Los descuentos conforme a esta política no se aplican a los servicios basados en efectivo de YRMC ni a los servicios donde ya se han aplicado otros descuentos a los cargos totales facturados. Las personas con seguro que no cumplan razonablemente con los requisitos del seguro, como la coordinación de beneficios, completar los datos del accidente u obtener autorizaciones, quedan excluidas de esta FAP.

Los servicios proporcionados por proveedores de YRMC que no son empleados quedan excluidos de la FAP de YRMC. Estos proveedores incluyen, entre otros, médicos de urgencias, neonatólogos, cardiólogos y/o servicios de ambulancia o servicios de ambulancia aérea. Una lista de proveedores cubiertos por la FAP se mantiene en un documento separado y se puede proporcionar previa solicitud. También se encuentra en nuestro sitio web www.yumaregional.org.

B. Elegibilidad para la asistencia financiera. La elegibilidad para la asistencia financiera se considerará para aquellas personas que no estén aseguradas, no sean elegibles para ningún programa de beneficios de atención médica del gobierno y que no puedan pagar su atención, según una determinación de necesidad financiera de acuerdo con esta política. El otorgamiento de la asistencia financiera se basará en una determinación individualizada de la necesidad financiera y no tomará en cuenta la edad, el género, la raza, la condición social o migratoria, la orientación sexual o la afiliación religiosa.

La asistencia financiera se puede aplicar a la responsabilidad del paciente para pacientes con seguro, incluidos los cargos determinados como no asegurados por la estadía en el hospital, coseguro, copago, montos deducibles y otras responsabilidades por servicios hospitalarios médicamente necesarios, excepto los montos de costo compartido (SOC, por sus siglas en inglés) de Medicaid (llamado "Medi-Cal" en California). Los estados exigen que los pacientes paguen el SOC como condición para recibir los servicios cubiertos por Medicaid/Medi-Cal.

También debe aplicarse lo siguiente:

- Las personas deben presentar prueba documentada de residencia.
 - Una prueba aceptable de residencia puede incluir lo siguiente:
 - Copia de la escritura y registro del pago de la hipoteca más reciente (si la hipoteca está pagada en su totalidad, proporcione una copia de la factura del impuesto a la propiedad del año más reciente)
 - Copia del contrato de arrendamiento y registro del pago de alquiler más reciente
 - Factura de servicios públicos actual
- Los residentes de Arizona y California, cuyo ingreso familiar es inferior al umbral actual de elegibilidad para Medicaid, deben solicitar la cobertura de Medicaid. Si el paciente no cumple con los requisitos de elegibilidad para Medicaid, se debe presentar una copia del estado de determinación de Medicaid como documentación para la FAP
- Todos los seguros, incluidos los seguros de indemnización por accidente laboral, responsabilidad civil y reclamos de vehículos motorizados, deben haberse facturado y los beneficios pagados a YRMC; se deben haber seguido todas las pautas del seguro/disposiciones del plan
- Se requiere prueba del ingreso familiar y el tamaño de la familia junto con una solicitud completada. La elegibilidad debe cumplir con los criterios de la FAP según el ingreso familiar, el tamaño de la familia y los cálculos de activos
 - Los ejemplos de documentación requerida incluyen declaración de beneficios del Seguro Social o por discapacidad, beneficios por desempleo o pensión/anualidad, 30 días de los talones de pago más recientes al momento de la solicitud, declaraciones de impuestos federales o comerciales más recientes, SSI, extractos bancarios que muestren activos líquidos y cualquier otra información atenuante para mostrar circunstancias especiales
 - Las personas incluidas en el tamaño del hogar deben ser dependientes en la declaración de impuestos federales proporcionada
 - Los ejemplos de activos líquidos incluyen efectivo, cuentas de ahorro, cuentas corrientes y certificados de depósito
- La elegibilidad para la asistencia conforme a esta FAP por servicios pasados no es garantía de que los servicios futuros serán elegibles
- El ingreso familiar anual del paciente no excede el 400% de las FPG

Elegibilidad presunta para la asistencia financiera. Hay casos en los que un paciente puede parecer elegible para recibir descuentos en la atención de asistencia financiera, pero no hay ningún formulario de asistencia financiera archivado y/o falta documentación de respaldo. A menudo existe información adecuada proporcionada por el paciente o a través de otras fuentes, que podría proporcionar evidencia suficiente para proporcionarle asistencia financiera al paciente.

YRMC puede usar agencias externas u otras fuentes para determinar los ingresos y activos estimados para la elegibilidad presunta para la asistencia financiera. Una vez determinado, por la naturaleza inherente de las circunstancias, el único descuento que se puede otorgar es la cancelación del 100% del saldo de la cuenta. La elegibilidad presunta puede determinarse sobre la base de circunstancias de vida individuales que pueden incluir, entre otras:

- Programas de prescripción financiados por el estado
- Personas sin hogar o que recibieron atención de una clínica para personas sin hogar
- Participación en los programas para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés)
- Elegibilidad para cupones de alimentos
- Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales que no son financiados (por ejemplo, reducción de gastos de Medicaid)
- El paciente ha fallecido sin patrimonio conocido
- El paciente está encarcelado

Los servicios no cubiertos y denegados proporcionados a beneficiarios elegibles de Medicaid pueden considerarse una forma de asistencia financiera. Los beneficiarios de Medicaid no son responsables de ninguna forma de responsabilidad financiera del paciente además del costo compartido (SOC) y todos los cargos relacionados con los servicios que no están cubiertos, incluidas todas las denegaciones, pueden considerarse asistencia financiera.

Los ejemplos pueden incluir, entre otros:

- Servicios proporcionados a beneficiarios de Medicaid con Medicaid restringido (es decir, pacientes que pueden tener solo beneficios de embarazo o de emergencia, pero reciben otra atención hospitalaria)
- Cuentas pendientes de Medicaid
- Denegaciones de Medicaid u otro programa de atención a indigentes
- Cargos relacionados con días que exceden el límite de duración de la estadía
- Reclamos de Medicaid (incluidos los reclamos de Medicaid fuera del estado) "sin pagos"
 - Cualquier servicio proporcionado a un paciente elegible para Medicaid sin cobertura y sin pago

C. Método mediante el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera. Es responsabilidad del paciente presentar una solicitud completada antes del Período de solicitud, que es 240 días después de que se envió al paciente la primera declaración posterior al alta.

La necesidad financiera se determinará de acuerdo con procedimientos que implican una evaluación individual de la necesidad financiera; y pueden:

- Incluir un proceso de solicitud, en el que se requiere que el paciente o el garante del paciente coopere y proporcione información y documentación personal, financiera y de otro tipo relevante para tomar una determinación de necesidad financiera
- Incluir el uso de fuentes de datos externas disponibles públicamente que proporcionen información sobre la capacidad de pago de un paciente o del garante de un paciente (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 teniendo en cuenta los activos disponibles del paciente y todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente
- Incluir una revisión de las cuentas por cobrar pendientes del paciente por servicios prestados anteriormente y el historial de pagos del paciente
- Se pedirá a los pacientes que certifiquen que toda la información proporcionada es verdadera. Si se determina que alguna información es falsa o el paciente no coopera con cualquier fuente alternativa de pago, todos los descuentos otorgados al paciente pueden ser revocados, haciendo al paciente o al garante del paciente responsable de los cargos totales por los servicios prestados. Si hay alguna discrepancia entre las fuentes de información, YRMC se reserva el derecho de solicitar información adicional para respaldar el ingreso familiar anual
- Se notificará a los pacientes sobre la información que falta en la Solicitud de asistencia financiera y se les dará una oportunidad razonable de proporcionar documentación adicional. Si no se proporciona la información faltante, YRMC notificará al paciente por carta que la solicitud se ha cerrado hasta que se proporcione la información solicitada

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

Los valores de dignidad humana y administración de YRMC se reflejarán en el proceso de solicitud, la determinación de la necesidad financiera y el otorgamiento de la FAP. Las solicitudes de asistencia financiera se procesarán con prontitud y YRMC notificará al paciente o solicitante por escrito dentro de los 30 días posteriores a la recepción de una solicitud completada.

D. Criterios de elegibilidad y montos cobrados a los pacientes. Los servicios elegibles conforme a esta política se pondrán a disposición del paciente según el tamaño de la familia y el ingreso familiar, de acuerdo con la necesidad financiera, según lo determinado en referencia a las Pautas federales de pobreza (FPG) vigentes al momento de la determinación.

La base para los montos que YRMC cobrará a los pacientes que califican es la siguiente:

- Los pacientes cuyo ingreso familiar anual sea igual o inferior al 200% de las FPG son elegibles para recibir atención de asistencia financiera y no se les cobrará
- Los pacientes cuyo ingreso familiar sea superior al 200%, pero no superior al 400% de las FPG son elegibles para recibir asistencia financiera y recibirán servicios a una tarifa con descuento. Una vez que se haya determinado el estado de elegibilidad para recibir asistencia financiera, al paciente no se le cobrará más que los “montos generalmente facturados” (AGB) por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios proporcionados a personas con seguro que cubra dicha atención
 - YRMC utiliza el método de “revisión retrospectiva” para determinar los AGB. El porcentaje de los AGB se calcula usando todos los reclamos permitidos por pacientes con seguro comercial y con Medicare por servicios con una fecha de alta del año fiscal anterior (de octubre a septiembre). Para estos reclamos, la suma de todos los montos de reembolso permitidos se divide por los cargos brutos asociados. El porcentaje de los AGB es aplicable a partir del 1 de octubre de cada año o con mayor frecuencia si YRMC lo determina necesario
 - Puede obtener información que detalla los porcentajes de los AGB usados por YRMC y cómo se calculan visitando el siguiente sitio web: www.yumaregional.org
- Se pueden hacer concesiones para circunstancias atenuantes basadas en la situación de vida única de cada persona y los factores atenuantes. El monto de asistencia proporcionado por YRMC puede ser mayor que el indicado en el Cuadro de FPL de YRMC para el año en curso, pero no menor.

E. Comunicación de la Política de asistencia financiera. La divulgación y comunicación comunitaria con respecto a la FAP de YRMC se logra a través de los siguientes métodos, que incluyen, entre otros:

- Copias impresas de la FAP de YRMC, la solicitud de asistencia financiera y un Resumen en lenguaje sencillo (PLS) de la FAP están disponibles previa solicitud y sin costo en los departamentos de emergencia de YRMC y en todas las áreas de ingreso. Alternativamente, los pacientes pueden solicitar que se les envíen copias de estos documentos electrónicamente.
- La FAP, el PLS y las solicitudes de asistencia financiera se publican en el sitio web de YRMC para verlos, descargarlos e imprimirlos de forma gratuita. 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 al momento del registro o antes del alta como parte del proceso de Condición de ingreso de YRMC.
- Todas las declaraciones de facturación incluyen una declaración sobre la disponibilidad de asistencia financiera, incluido un número de teléfono del personal del hospital de YRMC que brinda 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 principales idiomas de importantes poblaciones de pacientes con dominio limitado del inglés (LEP).

F. Acciones extraordinarias de cobro (ECA). YRMC no impondrá acciones extraordinarias de cobro, como embargos de salario, embargos sobre residencias principales u otras acciones legales para ningún paciente sin primero hacer esfuerzos razonables para determinar si ese paciente es elegible para descuentos conforme a esta FAP. Los esfuerzos razonables incluirán:

- Validar que el paciente debe las facturas impagas y que el hospital ha identificado y facturado todas las fuentes de pagos de terceros
- Documentación de que YRMC ha intentado ofrecer al paciente la oportunidad de solicitar asistencia financiera de conformidad con esta política y que el paciente no ha cumplido con los requisitos de solicitud del hospital
- Documentación de que al paciente se le ha ofrecido un plan de pago, pero no ha cumplido con los términos de ese plan

Para los pacientes que no solicitan asistencia financiera conforme a la FAP o no resuelven el saldo de su cuenta o no establecen un plan de pago acordado dentro de los 120 días posteriores al primer estado de cuenta posterior al alta y han recibido un aviso final, YRMC puede utilizar una agencia de cobro. Un paciente puede solicitar asistencia financiera dentro del período de solicitud, incluso después de que el saldo impago del paciente se haya remitido a una agencia de cobro.

Las agencias de cobro que representan a YRMC tienen la capacidad de realizar el cobro por hasta 18 meses desde el momento en que se envió el saldo a la agencia de cobro. YRMC y sus agencias de cobro no informan a las agencias de crédito ni realizan embargos salariales ni acciones de cobro similares.

G. Requisitos regulatorios. Al implementar esta Política, la administración y las instalaciones de YRMC deberán cumplir con todas las demás leyes, reglas y regulaciones federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas de conformidad con esta Política.

Revisada: 10/17

Modificada: 04/18

Revisada: 04/21

Modificada: 01/24

Página **7** de **7**