

Política de Ayuda económica para el paciente

OBJETIVO:

Definir los procesos de elegibilidad, solicitud y aprobación para recibir la Ayuda económica. La Ayuda económica se ofrece a aquellos pacientes sin seguro que indican no tener capacidad de pago frente a una emergencia médica y otros tipos de atención médica proporcionada en Regional One Health.

DEFINICIONES:

Sumas generalmente facturadas (AGB): La suma generalmente facturada a un paciente de Regional One Health que tiene cobertura de seguro según se define en el Código de Reglamentaciones del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en la sección 1.501.(r)-1(b).

Proceso de solicitud: El proceso mediante el cual un paciente o su representante designado completa un formulario en papel o en formato electrónico que brinda a Regional One Health información acerca de los ingresos del paciente, el tamaño de su familia y sus activos. Todas las solicitudes deben evaluarse caso por caso por parte de los representantes de Regional One Health designados para tal propósito; siempre se debe tener en cuenta el estado clínico del paciente, su situación laboral y los potenciales ingresos futuros.

Servicios de atención médica elegibles: Los servicios de emergencia y otro tipo de atención médica necesaria. Los servicios de atención médica elegibles no incluyen los siguientes:

- Cargos desestimados mediante revisiones de uso o denegaciones
- Indemnizaciones contractuales
- Servicios cosméticos o servicios electivos que no sean necesarios médicamente
- Cancelaciones de sumas adeudadas por parte de pagadores terceros
- Déficit entre el reembolso proveniente de los programas del gobierno para el paciente no asegurado y el costo de los servicios proporcionados
- Cancelaciones de saldos pendientes de pago por parte de los pacientes cuando no haya indicación alguna de que el paciente no pueda afrontar el pago

Acciones de cobro extraordinarias (ECA): Acciones que requieren de un proceso legal o judicial, que impliquen la venta de una deuda a otra persona o la divulgación de información negativa a agencias u oficinas de crédito. Regional One Health determinará la elegibilidad para caridad antes de ejercer cualquier acción de cobro extraordinaria. Debe enviarse una notificación por escrito con una anticipación mínima de 30 días antes de iniciar la acción ECA en cuestión, y deben cumplirse con todos los requisitos de información. Tal como se define en los Códigos del Servicio de Impuestos Internos, Sección 501 (r), entre dichas acciones que requieren de un proceso legal o judicial se incluyen las siguientes:

- Traba o embargo de una cuenta bancario u otros bienes personales
- Inicio de una acción civil en contra de una persona
- Embargo de salario

Familia: El paciente, la esposa/el esposo del paciente (independientemente de que vivan juntos en el mismo hogar) y todos los hijos del paciente (biológicos o adoptivos) menores de dieciocho (18) años que

viven en el hogar. Si el paciente tiene menos de 18 años de edad, se entenderá por "familia" al paciente, sus padres biológicos o adoptivos (independientemente de que vivan en el mismo hogar) y los demás hijos de los padres (biológicos o adoptivos) menores de 18 años de edad.

Ayuda familiar o descuentos por ayuda económica: Descuentos o eliminación de sumas adeudadas por concepto de Servicios de Salud Elegibles brindados a pacientes elegibles con necesidad económica verificada y documentada.

Asesor financiero: Los representantes de Regional One Health responsables de evaluar las obligaciones financieras de los pacientes, identificar y brindar ayuda con opciones de financiación pública (Medicare, Medicaid, etc.), determinar si el paciente en cuestión es elegible para recibir ayuda económica y establecer planes de pago.

Normas del Nivel General de Pobreza (FPG): Las normas del nivel general de pobreza publicadas de forma anual por el Departamento de Salud y Servicios Humanitarios de los Estados Unidos, y que se encuentren en vigor a la fecha del servicio en relación con el cual puede haber disponible una ayuda económica.

Método de actualización La metodología especificada en el Código de Reglamentaciones del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en la sección 1.501(r)-5(b)(1) y seleccionada por Regional One Health para determinar las sumas generalmente facturadas (AGB); esta metodología utiliza sumas provenientes de Medicare o de una combinación de pagos de Medicare, de Medicaid y de aseguradores comerciales.

Atención médica necesaria Atención solicitado de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de medicina en la comunidad o por indicación del médico tratante.

Proceso de selección: El proceso para determinar si el paciente en cuestión califica para recibir ayuda económica y que no incluye el llenado de un formulario de solicitud de ayuda económica. El proceso de selección puede ser en persona o por teléfono, y utiliza a un tercero como proveedor del servicio.

Descuento por falta de seguro: Un descuento sobre cargos por servicios médicos para pacientes identificados por Regional One Health como pacientes que carecen de cobertura de seguro médico. El monto del descuento por falta de seguro es la menor suma entre la determinada por el Método de actualización o el método definido por la ley sobre Pacientes no asegurados según se establece en el Código de Tennessee, Sección 68-11-262. Podrá acceder al monto del descuento por falta de seguro acudiendo al departamento de Servicios Financieros o llamando a Servicios Financieros para el Paciente al 901-545-6644.

ALCANCE:

Esta política aplicará a los servicios de atención médica elegibles proporcionados en las instalaciones del hospital Regional One Health que incluye el Centro Médico Regional, el Hospital de Asistencia Subaguda y Rehabilitación y las instalaciones de tipo ambulatorio de Regional One Health que incluyen las siguientes:

- Clínica ambulatoria en el Campus Principal (Main Campus Outpatient Clinic)
- Centro de cirugía en el Campus Principal (Main Campus Surgery Center)
- Campus Este (East Campus)
- Atención primaria Guthrie (Guthrie Primary Care)
- Atención primaria Hollywood (Hollywood Primary Care)
- Atención primaria South Third (South Third Primary Care)

Esta política no aplica a los honorarios profesionales facturados por los médicos por los Servicios de atención médica elegibles proporcionados en las instalaciones hospitalarias de Regional One Health o las instalaciones de atención ambulatoria de Regional One Health.

POLÍTICA:

Regional One Health ha asumido el compromiso de brindar servicios de atención médica elegibles, independientemente de la capacidad de pago de los pacientes. Además, Regional One Health ha asumido el compromiso de proporcionar un descuento importante para aquellas personas que no cuenten con seguro médico. Aquellos pacientes que cumplan con los criterios establecidos en esta Política serán elegibles para recibir una ayuda económica para afrontar las sumas adeudadas por concepto de Servicios de atención médica elegibles.

Los pacientes pueden informarse acerca de la política de ayuda económica de Regional One Health principalmente a través de la página web de Regional One Health en www.regionalonehealth.org, a través de los asesores financieros, de los representantes del área de servicios financieros para el paciente, letreros y folletos distribuidos en la clínica de Regional One Health, como así también al momento de internarse. La información en la página web se encuentra en todos los resúmenes de cuenta con un enlace a un resumen del contenido de esta política en lenguaje sencillo. Estos documentos están disponibles en inglés y en español. Para los pacientes que no cuenten con acceso a la Internet, podrán informarse acerca de esta política por vía telefónica llamando a los Servicios Financieros para el Paciente de Regional One Health al 901-545-6644.

Esta política establece tres tipos de ayuda económica: (i) Ayuda económica basada en los ingresos del paciente, (ii) Ayuda económica basada en el monto de los gastos médicos del paciente, o (iii) Ayuda económica basada en el hecho de que el paciente no cuente con seguro médico.

Criterios de elegibilidad y ayuda económica disponible basada en los ingresos del paciente

Los criterios de elegibilidad para la ayuda económica basada en los ingresos del paciente se basarán en los ingresos brutos anuales ajustados del paciente (o de la familia del paciente en su conjunto) para el corriente año o el año anterior. Para cumplir con todos los criterios de elegibilidad para este tipo de ayuda económica, los ingresos brutos ajustados del paciente (o de la familia del paciente) para el corriente año o para el año anterior no deberán exceder 2,0 veces el monto indicado en las Normas Federales sobre Pobreza (FPG). A aquellos pacientes con ingresos brutos ajustados menores o iguales a 2 veces el monto indicado en las FPG, se aplicará un descuento en concepto de ayuda económica del 100% (ver el cuadro a continuación). Este tipo de ayuda económica solo está disponible para los Servicios de atención médica elegibles.

Ingresos del paciente	Monto de la ayuda económica
Al 200% o menos de la suma indicada en las FPG	El paciente es elegible para una ayuda económica del 100%

Criterios de elegibilidad y ayuda económica disponible basada en los gastos médicos del paciente

Los criterios de elegibilidad para la Ayuda económica basada en los gastos médicos del paciente son los siguientes: Si el paciente puede demostrar que los gastos médicos totales de su familia en Regional One Health exceden los ingresos totales de la familia en los doce meses anteriores, se aplicará un descuento

por concepto de ayuda económica del 100% (ver el cuadro a continuación). Este tipo de Ayuda económica solo está disponible para los Servicios de atención médica elegibles.

Ingresos familiares anuales	Suma de la ayuda económica
Los ingresos familiares del paciente para el periodo de 12 meses previo es menor a la suma total de los gastos médicos familiares	El paciente es elegible para una ayuda económica del 100%

Criterios de elegibilidad y ayuda económica disponible para las personas sin seguro médico

Todos los pacientes no asegurados, según determine Regional One Health, recibirán un descuento por falta de seguro antes de recibir su primer resumen de cuenta. De acuerdo con las reglamentaciones de Tennessee, los pacientes que no tengan seguro no deberán pagar los servicios que excedan en un ciento setenta y cinco por ciento (175%) el costo de los servicios proporcionados (calculado mediante el uso de la relación costo/cargo en el informe conjunto anual más reciente del Estado de Tennessee).

El personal de Regional One Health será responsable de verificar la elegibilidad de los pacientes para el descuento por falta de seguro, trabajando en conjunto con el paciente para determinar su capacidad de pago, y conectando al paciente con los recursos apropiados para asegurar una atención oportuna y para facilitar la evaluación de las obligaciones financieras y la resolución del proceso para el paciente. Solo los servicios de atención médica elegibles se tendrán en cuenta para el descuento por falta de seguro.

Base para el cálculo de los cargos al paciente

Regional One Health utiliza el método de actualización para determinar los sumas generalmente facturadas (AGB) por los servicios proporcionados a los pacientes de Regional One Health.

Los sumas generalmente facturadas representan la suma de todos los reclamos que han sido admitidos por las aseguradoras médicas dividido por la suma de los cargos brutos asociados a dichos reclamos. $AGB\% = \$ \text{ de la Suma de reclamos admitidos } / \$ \text{ de la Suma de cargos brutos por dichos reclamos admitidos} = \text{Total de cargos menos ajustes contractuales}$. En el caso de que no haya ningún ajuste contractual, los cargos totales serán equivalentes a la suma admitida. Los ajustes por denegación se excluirán del cálculo, ya que las denegaciones no impactan en la suma permitida.

- Se utiliza el método de actualización. Se utiliza un periodo de doce (12) meses.

- Incluye Medicare Fee for Service, Medicaid y pagadores comerciales.

Los Sumas normalmente facturadas (AGB) se calculan anualmente, y podrá acceder a ellas acudiendo al departamento de Servicios financieros o llamando a Servicios financieros para el paciente al 901-545-6644.

Método para solicitar la ayuda económica

Las solicitudes de ayuda económica pueden obtenerse en www.regionalonehealth.org, llamando a servicios financieros para el paciente al 901-545-6644, o contactándose con cualquier asesor financiero de Regional One Health. Los pacientes contarán con un periodo de doscientos cuarenta días (240) desde la fecha del primer resumen de cuenta "luego del alta médica" para completar el Proceso de solicitud o el Proceso de selección. El paciente contará con un periodo mínimo de ciento veinte días

(120) desde la fecha del primer resumen de cuenta "luego del alta", antes de que Regional One Health o una entidad contratada por Regional One Health inicie cualquier acción de cobro extraordinaria.

Para solicitar la ayuda económica no necesariamente se requerirá que complete una solicitud formal. Hay cuestionarios informativos que el paciente deberá responder para que Regional One Health tome una determinación respecto de la ayuda económica. Si se requiere una solicitud formal, deberán proporcionarse una constancia de ingresos familiares mediante los Formularios W-2, información de pago a la fecha del empleador, cartas de adjudicación de ayuda federal o estadual, estado de ingresos preparado por un contador, carta sobre vales de comida o cualquier otra documentación de terceros.

Las solicitudes de ayuda económica deberán completarse y enviarse por correo a Servicios Financieros para el Paciente de Regional One Health, con domicilio en 877 Jefferson, AG12, Memphis, TN 38103. El área de Servicios Financieros para el Paciente de Regional One Health comenzará a procesar la solicitud del paciente una vez que esta esté completa. Las decisiones respecto de la elegibilidad se toman, por lo general, dentro de los treinta (30) días hábiles luego de recibida la solicitud completa.

Acciones que pueden tomarse en el caso de falta de pago

Los pacientes recibirán facturas mensuales por sumas mayores a \$50 que Regional One Health determine que deban pagar, luego de aplicar los pagos por concepto de plan de seguro pertinentes.

Se contactará a los pacientes a través de los estados de cuenta o por teléfono durante un periodo de ciento veinte días (120), para recordarles el pago de sus facturas. Durante este periodo, se esperará que los pacientes abonen sus facturas por completo, establezcan un plan de pago, o soliciten una Ayuda económica.

Regional One Health se esfuerza por ayudar a todos los pacientes a cumplir con sus obligaciones financieras antes de solicitar la asistencia de una agencia de cobro. En algunos casos en particular, Regional One Health podrá involucrar a un abogado en una acción de cobro. Este paso ocurriría solo luego de que Regional One Health haya revisado exhaustivamente la cuenta del paciente y determinado que el paciente no es elegible para recibir una ayuda económica. Si desea obtener más información, consulte la Política de cobros de Regional One Health disponible en www.regionalonehealth.org, llamando a los servicios financieros para el paciente al 901-545-6644, o contáctese con cualquiera de los asesores financieros de Regional One Health.

Información sobre la elegibilidad obtenida a partir de otras fuentes

Los pacientes que no respondan a las averiguaciones de Regional One Health podrán quedar sujetos a evaluación por parte de un tercero que brinde asesoramiento en cuanto a la elegibilidad para una ayuda económica antes de derivar el caso a una agencia de cobro. Este proceso podrá resultar en una reclasificación de un descuento recibido en concepto de ayuda económica.

Si el paciente presenta una solicitud de ayuda económica completa y se determina que es elegible, Regional One Health reembolsará todos las sumas que el paciente haya pagado en concepto de servicios de atención médica elegibles que excedan la suma que se haya determinado que deban asumir personalmente.