

UNIVERSITY MEDICAL CENTER, INC.

University of Louisville Hospital / James Graham Brown Cancer Center

Asunto POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA	N.º 000 - 0000	Página Página 1 de 7
Autor DIRECTOR FINANCIERO	MANUAL DE LA POLÍTICA: ADMINISTRATIVA	Fecha de vigencia 07/01/2017

I. PROPÓSITO

El propósito de esta política es definir los criterios de elegibilidad y el proceso de solicitud de la asistencia financiera para los pacientes que reciben servicios de emergencia o atención médica necesaria médicamente en University Medical Center Inc., que atiende bajo el nombre de University of Louisville Hospital (ULH) y James Graham Brown Cancer Center (JGBCC), y que no tienen seguro, tienen seguro insuficiente, no son elegibles para ningún programa gubernamental de beneficios de atención médica o no pueden pagar la atención médica recibida sobre la base de una determinación de necesidad financiera de acuerdo con esta política. ULH/JGBCC también busca describir los tipos de asistencia financiera disponible y asegurarse de que los pacientes tengan acceso a la información sobre estos programas. Por último, de acuerdo con el Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code, IRC), Sección 501(r), que requiere que para que ULH/JGBCC puedan continuar exentos de impuestos tienen que establecer una Política de asistencia financiera (Financial Assistance Policy, FAP) y una Política de medicina de emergencia que se aplique a todos los servicios de emergencia o necesarios médicamente prestados en el centro médico, esta política pretende satisfacer el requisito de la FAP.

II. POLÍTICA

- A. ULH/JGBCC está comprometido con proveer asistencia financiera como atención de caridad (también referida en esta política como "Asistencia financiera") a las personas sin seguro o con seguro insuficiente que buscan y obtienen servicios de atención médica de emergencia o necesaria médicamente en ULH/JGBCC, pero que no pueden cumplir con las obligaciones de pago a ULH/JGBCC sin recibir ayuda. ULH/JGBCC desean proporcionar esta asistencia de manera que aborde las situaciones financieras individuales de los pacientes; satisfaga las misiones de enseñanza y sin fines de lucro del hospital, y cumpla con sus objetivos estratégicos, operativos y financieros.
- B. La asistencia financiera no se considera un sustituto de la responsabilidad personal. Los pacientes deben cooperar con los requisitos asistencia financiera de ULH/JGBCC y que contribuyan con el costo de su atención con base en su capacidad individual para pagar.
- C. Esta política por escrito:
 - 1. Incluye los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera.
 - 2. Describe la base para calcular la cantidad cobrada a los pacientes que son elegibles para recibir la asistencia financiera según esta política
 - 3. Describe el método por el cual los pacientes pueden solicitar la asistencia financiera.
 - 4. Establece una metodología para determinar las cantidades generalmente facturadas según se requiere conforme la Sección 501(r) del IRC.
 - 5. Describe los métodos usados para publicar ampliamente la política en las comunidades que atiende ULH/JGBCC.

Location DRIVE:\FOLDER\SUBFOLDER\POLICY NAME POLICY NUMBER

Revisiones: Indique todas las fechas (por ejemplo: 00/00/00; 00/00/00)

Última revisión sin cambios: 00/00/00

UNIVERSITY MEDICAL CENTER, INC.

University of Louisville Hospital / James Graham Brown Cancer Center

Asunto POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA	N.º 000 - 0000	Página Página 2 de 7
Autor DIRECTOR FINANCIERO	MANUAL DE LA POLÍTICA: ADMINISTRATIVA	Fecha de vigencia 07/01/2017

III. **DEFINICIONES**

- **Cantidad generalmente facturada (Amount Generally Billed, AGB):** la cantidad generalmente facturada por servicios de atención médica a las personas que tienen seguro que cubre tal atención médica. El hospital determina la AGB por medio del Sistema de pagos prospectivos de Medicare. Sin embargo, solo se proporcionará atención médica gratuita según esta política a los pacientes que cumplen con los requisitos para recibir la asistencia financiera. De modo que a ninguna persona que sea elegible para la FAP se le cobrará más que la AGB por los servicios de atención médica. Por lo tanto, no se considera necesario tomar medidas adicionales para determinar si un paciente es responsable de más de la AGB por los servicios de atención médica.
- **Período de solicitud:** el tiempo que ULH/JGBCC proporciona a los pacientes para completar la Solicitud de asistencia financiera (Financial Assistance Application, FAA). Empieza el primer día en que se proporciona la atención y termina el día 240 después de que ULH/JGBCC proporcione a la persona el primer estado de cuenta de cobro después del alta por la atención recibida.
- **Atención de beneficencia:** servicios de atención médica que se han prestado o se prestarán, pero que no se espera que se conviertan en ingresos en efectivo. La atención de beneficencia proviene de una política del proveedor de brindar servicios gratuitos de atención médica o con un descuento a las personas que cumplen con los criterios establecidos.
- **Evaluación de necesidades de la comunidad:** realizada por el hospital por lo menos una vez cada tres años conforme la Sección 501(r)(1)(A) del IRC, incluyendo la aplicación de cualquier cambio necesario que se haya identificado por medio de esta evaluación.
- **Período de calificación de elegibilidad:** después de enviar la FAA y los documentos de respaldo, los pacientes que se considere que cumplieron con los requisitos recibirán la asistencia financiera de manera prospectiva por un período de seis meses a partir de la fecha de determinación. La asistencia financiera también se aplicará a todas las cuentas elegibles incurridas por servicios recibidos seis meses antes de la fecha de determinación. Si se aprueba la elegibilidad con base en un criterio de elegibilidad presunta, la asistencia financiera se aplicará a todas las cuentas elegibles incurridas por servicios recibidos seis meses antes de la fecha de determinación.
- **Condición médica de emergencia:** tal como está definido en la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (Título 42 del Código de EE. UU. [USC] 1395dd).
- **Gastos para vivir esenciales:** gastos para cualquiera de los siguientes: alquiler o pago de vivienda y mantenimiento, alimentos y suministros para el grupo familiar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, escuela o cuidado infantil, manutención de cónyuge o hijos, gastos de transporte y vehículo (que incluyen el seguro, combustible y reparaciones), pagos a plazos, gastos de lavandería y limpieza y otros gastos extraordinarios.
- **Familia:** según la definición de la Oficina del Censo, familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las reglas del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS), si el paciente reclama a alguien como un dependiente en su declaración de impuestos sobre ingresos, esa persona se puede considerar dependiente para propósitos de la prestación de asistencia financiera.
- **Activos de la familia y otros recursos:** incluye activos en efectivo y que no son en efectivo, como los siguientes:
 - Dinero en cuentas bancarias, tales como cuentas de cheques, cuentas de ahorro, cuentas del mercado de dinero y certificados de depósito.
 - Cuentas de inversiones, que incluyen las acciones, los bonos y las cuentas para la jubilación

Location DRIVE:\FOLDER\SUBFOLDER\POLICY NAME POLICY NUMBER

Revisiones: Indique todas las fechas (por ejemplo: 00/00/00; 00/00/00)

Última revisión sin cambios: 00/00/00

UNIVERSITY MEDICAL CENTER, INC.

University of Louisville Hospital / James Graham Brown Cancer Center

Asunto POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA	N.º 000 - 0000	Página Página 3 de 7
Autor DIRECTOR FINANCIERO	MANUAL DE LA POLÍTICA: ADMINISTRATIVA	Fecha de vigencia 07/01/2017

- Valor líquido de la vivienda en bienes raíces y propiedad personal como viviendas y automóviles
- **Ingresos familiares:** el ingreso familiar se determina con la definición de la Oficina del Censo, que utiliza los siguientes ingresos cuando calcula las directrices federales de pobreza:
 - Incluye los ingresos, compensación por desempleo, compensación de los trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobreviviente, ingresos por jubilación o pensión, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de patrimonios, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia de fuentes ajenas al grupo familiar y otras fuentes misceláneas
 - Excluye los beneficios no monetarios (tales como cupones de alimentos y subsidios para vivienda)
 - Se determinan antes de impuestos
 - Excluyen ganancias o pérdidas de capital
 - Si una persona vive con una familia, incluye los ingresos de todos los miembros de familia (no cuentan quienes no sean familiares, tales como compañeros de vivienda)
- **Directrices federales de pobreza:** el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) los actualiza anualmente en el Registro Federal de acuerdo con la autoridad de la subsección (2) del Título 42 del USC 9902. Las directrices se pueden consultar en <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.
- **Costos médicos altos:** los costos anuales de desembolso directo (de su bolsillo) incurridos por el paciente con ULH/JGBCC que excedan del 10 % de los ingresos familiares durante los últimos 12 meses o los gastos anuales de desembolso directo incurridos con cualquier proveedor que excedan del 10 % de los ingresos familiares durante los últimos 12 meses.
- **Medicamento necesario:** un servicio de atención médica, que incluye la atención de emergencia, que de acuerdo con la opinión del médico tratante de ULH/JGBCC es un servicio, artículo, procedimiento o nivel de atención que:
 - Es necesario para el tratamiento o manejo adecuado de la enfermedad, lesión o discapacidad del paciente.
 - Se espera de manera razonable que prevenga el inicio de una enfermedad, estado, lesión o discapacidad o es atención preventiva de rutina, aceptada generalmente.
 - Se espera de manera razonable que reduzca o mejore los efectos físicos, mentales o de desarrollo de la enfermedad, estado, lesión o discapacidad del paciente.
 - Ayudará al paciente a lograr o mantener la capacidad funcional máxima para realizar las actividades diarias, tomando en consideración tanto la capacidad funcional del paciente como las capacidades funcionales que son adecuadas para la edad del paciente.
- **Pago por cuenta propia:** los pacientes que no tienen cobertura de terceros como una aseguradora médica, plan de servicios de atención médica, Medicare o Medicaid y los pacientes que no tienen una lesión que pueda estar sujeta a compensación a través de la compensación de los trabajadores, seguro de automóvil u otro seguro. "Pago por cuenta propia" no se refiere a los pacientes que tienen cobertura de terceros, pero se niegan a usarla.
- **Personas con seguro insuficiente:** los pacientes que tienen algún nivel de seguro o asistencia de un tercero, pero que todavía tiene gastos de desembolso directo que exceden de su capacidad financiera de pago.

Location DRIVE:\FOLDER\SUBFOLDER\POLICY NAME POLICY NUMBER

Revisiones: Indique todas las fechas (por ejemplo: 00/00/00; 00/00/00)

Última revisión sin cambios: 00/00/00

UNIVERSITY MEDICAL CENTER, INC.

University of Louisville Hospital / James Graham Brown Cancer Center

Asunto POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA	N.º 000 - 0000	Página Página 4 de 7
Autor DIRECTOR FINANCIERO	MANUAL DE LA POLÍTICA: ADMINISTRATIVA	Fecha de vigencia 07/01/2017

- **Personas sin seguro médico:** los pacientes que no tienen ningún nivel de seguro o ayuda de terceros para cumplir con sus obligaciones de pago.

IV. PROCEDIMIENTO

- A. Todos los pacientes deben llenar una FAA para que se les pueda considerar para la asistencia financiera, a menos que sean elegibles para Asistencia financiera presunta.
- B. Las solicitudes se deben recibir dentro de los siguientes 240 días después de que el paciente haya recibido su primer estado de cuenta después del alta.
- C. El paciente debe cumplir con los siguientes criterios para calificar a la asistencia financiera:
 - El paciente está siendo atendido por servicios de emergencia o necesarios médicamente.
 - El paciente no es elegible para Medicaid, Medicare (incluye a los pacientes que pueden estar "pendientes" de aprobación para estos programas) o cualquier otro programa gubernamental de beneficios de atención médica.
 - El paciente no tiene seguro o tiene seguro insuficiente.
 - El paciente/garante no puede pagar los servicios prestados.
 - El paciente/garante no puede aceptar un arreglo de pagos a plazos.
 - El paciente tiene un saldo de cuenta mínimo de \$35.00. Se pueden combinar varias cuentas para llegar a esta cantidad. Los pacientes con saldos menores a esta cantidad serán elegibles para que se establezca un plan de pagos.
- D. Los servicios prestados a los pacientes que son elegibles, pero que no solicitaron un seguro médico o programas de asistencia patrocinados por el gobierno federal, estatal o local se excluyen de esta política.
- E. Los pacientes que se identifican a sí mismos o son identificados por el personal del centro médico (por ejemplo, personal médico o no médico, que incluye a médicos, enfermeros, consejeros financieros, trabajadores sociales, encargados de casos y capellanes) como que necesitan atención de beneficencia o por dificultad financiera tendrán que presentar una solicitud completa y la información adicional, que puede incluir lo siguiente:
 - Formulario 4506-T (Solicitud de transcripción de la declaración de impuestos) del IRS o una copia de la declaración de impuestos más reciente presentada por la persona
 - Dos últimos recibos de pago (si está empleado)

Se puede solicitar información adicional al solicitante si fuera necesario para aclarar la información proporcionada en la solicitud o en las declaraciones de impuestos, tal como copias de los estados de cuenta bancarios, documentación de cheques de desempleo, documentación de cheques del Seguro Social, documentación de alquiler de bienes inmuebles, estados de cuenta de la hipoteca y cálculo de impuestos de bienes raíces.
- F. ULH/JGBCC puede, a su sola discreción, confiar en evidencia de elegibilidad distinta a la descrita en la FAA o aquí. Otras fuentes probatorias pueden incluir:
 - Fuentes externas de datos disponibles públicamente que proporcionen información sobre la capacidad de pago de un paciente/garante.

Location DRIVE:\FOLDER\SUBFOLDER\POLICY NAME POLICY NUMBER

Revisiones: Indique todas las fechas (por ejemplo: 00/00/00; 00/00/00)

Última revisión sin cambios: 00/00/00

UNIVERSITY MEDICAL CENTER, INC.

University of Louisville Hospital / James Graham Brown Cancer Center

Asunto POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA	N.º 000 - 0000	Página Página 5 de 7
Autor DIRECTOR FINANCIERO	MANUAL DE LA POLÍTICA: ADMINISTRATIVA	Fecha de vigencia 07/01/2017

- Una revisión de las cuentas pendientes del paciente por servicios prestados anteriormente y del historial de pago del paciente/garante.
 - Determinación previa de la elegibilidad para asistencia del paciente/garante según esta política, si hubiera.
 - Evidencia obtenida a través de explorar las fuentes de pago alternativas adecuadas y la cobertura de programas de pago públicos y privados.
- G. Los servicios elegibles según esta política estarán disponibles para el paciente de acuerdo con la necesidad financiera que se determine utilizando los cálculos basados en los niveles federales de pobreza en vigencia en el momento de la determinación. Los niveles son los siguientes:
1. Los pacientes cuyos ingresos familiares sean iguales o menores del 300 % del nivel federal de pobreza son elegibles para recibir la asistencia financiera completa.
Los pacientes de ULH/JGBCC cuyos ingresos familiares sean mayores del 300 % del nivel federal de pobreza no son elegibles para recibir la asistencia financiera ni atención con descuento de acuerdo con esta política.

Niveles federales de pobreza anuales de EE. UU. 2017		
Tamaño de la familia	100 %	300 %
1	\$12,060	\$36,180
2	\$16,240	\$48,720
3	\$20,240	\$60,720
4	\$24,600	\$73,800
5	\$28,780	\$86,340
6	\$32,960	\$98,880
7	\$37,140	\$111,420
8	\$42,320	\$126,960

- H. ULH/JGBCC puede suponer a su sola discreción que pacientes que recibieron tratamiento y fueron dados de alta en la Sala de Emergencias califican por dificultad financiera si residen en un código postal donde los ingresos promedio del grupo familiar no son mayores del 300 % del nivel federal de pobreza.
- I. Solo son elegibles para recibir un descuento de acuerdo con esta política los servicios de emergencia o necesarios médicamente que no son electivos. También se les debe haber denegado a los pacientes la cobertura de Medicaid o saber de otra manera que no califican para los programas de asistencia médica federales, estatales o locales antes de que se pueda aplicar la FAP a su cuenta. Esta política se aplica solamente a los servicios prestados por ULH/JGBCC.
- J. Una vez ULH/JGBCC determina que un paciente es elegible para recibir la asistencia financiera, y para el período en que el paciente es elegible según esta política, el paciente no recibirá ninguna factura o estado de cuenta.

Location DRIVE:\FOLDER\SUBFOLDER\POLICY NAME POLICY NUMBER

Revisiones: Indique todas las fechas (por ejemplo: 00/00/00; 00/00/00)

Última revisión sin cambios: 00/00/00

UNIVERSITY MEDICAL CENTER, INC.

University of Louisville Hospital / James Graham Brown Cancer Center

Asunto POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA	N.º 000 - 0000	Página Página 6 de 7
Autor DIRECTOR FINANCIERO	MANUAL DE LA POLÍTICA: ADMINISTRATIVA	Fecha de vigencia 07/01/2017

- K. A menos que se le informe de otra manera a un solicitante, la Asistencia financiera proporcionada de acuerdo con esta política será válida durante seis meses a partir del primer día del mes en que se realizó la determinación y también se aplicará a cualquier servicio que califique prestado seis meses antes de calificar. ULH/JGBCC se reserva el derecho de reevaluar la elegibilidad para la asistencia financiera de un solicitante durante ese período si se identifica algún cambio en la situación financiera del solicitante.
- L. A un solicitante que no se le otorgue la asistencia financiera de acuerdo con esta política se le podría ofrecer un plan de pago prolongado sin intereses con los términos negociados por ULH/JGBCC y el solicitante con base en las circunstancias financieras del solicitante, los costos médicos y otros factores relevantes. Las personas que tengan preguntas relacionadas con las opciones del plan de pagos pueden comunicarse con un consejero financiero.

V. ASISTENCIA FINANCIERA PRESUNTA

- A. ULH/JGBCC reconoce que no todos los pacientes y garantes pueden completar la FAA o proporcionar la documentación requerida. Contamos con consejeros financieros disponibles para ayudar a cualquier persona que busca asistencia para la solicitud. Para los pacientes y garantes que no puedan proporcionar la documentación requerida, ULH/JGBCC puede otorgar la asistencia financiera presunta sobre la base de la información obtenida de otras fuentes.
- B. La elegibilidad presunta se puede determinar de acuerdo con lo siguiente:
- Beneficiario de programas de medicamentos recetados financiados por el estado
 - Persona sin hogar o recibe atención en una clínica para personas sin hogar
 - Participante en los programas de Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC)
 - Elegible para cupones de alimentos
 - Elegible para programa de almuerzo escolar con subsidio
 - Elegible para otros programas de asistencia estatal o local (p. ej., el proceso de deducción de gastos médicos, o *spend down*, de Medicaid)
 - Vivienda económica/subsidiada que se proporciona como una dirección válida
 - Paciente fallece sin patrimonio conocido
- C. Si se determina que el paciente es elegible presuntamente, se le otorgará asistencia financiera durante un período de seis meses que termina en la fecha de la determinación de elegibilidad presunta. La asistencia financiera se aplicará a todas las cuentas elegibles incurridas por servicios recibidos seis meses antes de la fecha de determinación. La persona elegible presuntamente no recibirá asistencia financiera por los servicios de emergencia o necesarios médicamente prestados después de la fecha de la determinación sin completar una FAA nueva o una determinación nueva de elegibilidad presunta.

Location DRIVE:\FOLDER\SUBFOLDER\POLICY NAME POLICY NUMBER

Revisiones: Indique todas las fechas (por ejemplo: 00/00/00; 00/00/00)

Última revisión sin cambios: 00/00/00

UNIVERSITY MEDICAL CENTER, INC.

University of Louisville Hospital / James Graham Brown Cancer Center

Asunto POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA	N.º 000 - 0000	Página Página 7 de 7
Autor DIRECTOR FINANCIERO	MANUAL DE LA POLÍTICA: ADMINISTRATIVA	Fecha de vigencia 07/01/2017

VI. NOTIFICACIÓN

- A. Una vez un paciente o su garante se considere elegible para recibir asistencia financiera, cualquier cuenta abierta o sin pagar por servicios de ULH/JGBCC que están entre el período de calificación de elegibilidad se revisará para determinar si los servicios correspondían para este período de elegibilidad.
- B. El personal de la oficina administrativa revisará la documentación enviada para determinar si el paciente cumple con los requisitos para recibir la asistencia financiera.
- C. Los pacientes/garantes recibirán la notificación dentro de los siguientes 30 días a partir de la fecha en que se recibió la solicitud completa y la documentación requerida.
- D. El personal de Servicios Financieros para el Paciente aplicará a las cuentas del paciente los descuentos relevantes que correspondan al período de calificación de elegibilidad. Además, examinarán toda la documentación de las cuentas del paciente con la documentación adecuada para asegurarse de que la asistencia financiera continúe vigente durante los siguientes seis meses.
- E. Los pacientes que no califiquen para recibir asistencia financiera pueden pedir una revisión de su solicitud si hubiera un cambio significativo en su situación financiera.

Fecha de revisión: _____

Preparado por: _____

Referencias:

1. Healthcare Financial Management Association Patient Friendly Billing Project, 2005.
2. Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y Protección al Paciente, Ley Pública 111-148, sección 9007(a) (crea una nueva sección 501(r) del IRC).
3. [Aviso 2010-39](#), 2010 IRB 24.
4. Tal como está definido en la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (Título 42 del USC 1395dd).
5. Registro Federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. con la autoridad de la subsección (2) del Título 42 del USC 9902.

Location DRIVE:\FOLDER\SUBFOLDER\POLICY NAME POLICY NUMBER

Revisiones: Indique todas las fechas (por ejemplo: 00/00/00; 00/00/00)

Última revisión sin cambios: 00/00/00