

		Policy Number: HS-130.4.a
		Page 1 of 5
Manual: Sheppard and Enoch Pratt Hospital Administrative Manual		Effective: 7/6/2018
Section: 100 - Health System	Sub-section: 130 - Finance	Prepared by: Ray Dzieszinski
Title: Financial Assistance – Patient Financial Services - Spanish		

		Número de póliza: HS-130.4.a
		Página 1 de 2
Manual: Manual Administrativo del Hospital Sheppard y Enoch Pratt		Vigente: 28/06/18
Sección: 100 – Sistema de salud	Sub-sección: 130 - Finanzas	Preparado por: Ray Dzieszinski
Título: Asistencia financiera - Servicios financieros para pacientes		

POLÍTICA:

El Sistema de Salud Sheppard Pratt ("Sistema de Salud") está dedicado a proporcionar a los pacientes la más alta calidad de atención y servicios. Para ayudar a nuestros pacientes, se brindará asistencia financiera a los pacientes que no puedan pagar los servicios prestados y que cumplan con los criterios establecidos en esta política de asistencia financiera ("FAP") independientemente de su raza, color, credo, religión, sexo o nacionalidad. , edad, estado civil, estado familiar, discapacidad u otros factores discriminatorios

PROPÓSITO:

Establecer los criterios de elegibilidad y el proceso para la solicitud / aprobación de asistencia caritativa para los clientes del Sistema de Salud.

PROCEDIMIENTO:

1. Definiciones

Montos generalmente facturados o AGB: los montos generalmente facturados por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención, como se explica en la Sección 3 del presente.

Código sección 501(r): Sección 501 (r) del código de rentas internas y las reglamentaciones promulgadas en virtud del mismo, con sus modificaciones ocasionales.

Atención de emergencia: atención inmediata que es necesaria para evitar poner en grave peligro la salud del paciente, deterioro grave de las funciones corporales y / o disfunción grave de cualquier órgano o partes del cuerpo.

Cargos brutos: la cantidad total que cobra el sistema de salud por los artículos y servicios antes de aplicar descuentos, deducciones contractuales o deducciones.

Atención Médicamente Necesaria: Servicios o atención significa la atención que se determina que es médicamente necesaria después de una determinación de mérito clínico por el médico de admisión u otro médico con licencia.

Paciente: aquellas personas que reciben atención de emergencia o médicamente necesaria en la Organización y la persona que es financieramente responsable de la atención del paciente.

Elegibilidad presunta: el proceso mediante el cual el Sistema de Salud puede usar determinaciones de elegibilidad previas y / o información de fuentes distintas a la persona para determinar la elegibilidad para asistencia financiera.

Sin seguro: Pacientes sin seguro o asistencia de un tercero para ayudar a resolver su responsabilidad financiera con los proveedores de atención médica.

Seguro insuficiente: pacientes que tienen una cobertura médica limitada o cobertura que deja al paciente con una obligación de bolsillo y, por lo tanto, puede requerir asistencia financiera.

Parte Responsable: Con respecto a los servicios provistos por el Sistema de Salud, el paciente, el garante de la cuenta u otra persona (s) responsable de pagar dichos servicios.

2. Elegibilidad para asistencia financiera

A. Criterios generales

Los servicios elegibles para recibir asistencia financiera incluyen: atención de emergencia, servicios que el Sistema de Salud considera médicamente necesarios y, en general, atención no electiva y necesaria para evitar muertes o efectos adversos para la salud del paciente.

B. Criterios financieros

Los pacientes que no tienen seguro o que están insuficientemente asegurados y tienen un ingreso familiar igual o inferior al 250% de los Lineamientos Federales de Pobreza pueden recibir atención gratuita (un descuento del 100%).

A pesar de los criterios anteriores, los pacientes que hayan acumulado activos de \$ 10,000 por individuo o \$ 25,000 por hogar solo pueden ser elegibles para recibir asistencia del 50%

Un paciente cuyos ingresos y activos superan las pautas de elegibilidad establecidas pero declara que no puede pagar la totalidad o parte del saldo de su cuenta puede evaluarse más caso por caso. La elegibilidad para la asistencia financiera total o parcial se determinará después de considerar la situación financiera total del paciente, así como la consideración de circunstancias atenuantes. Los criterios adicionales utilizados para determinar el estado de elegibilidad incluyen el estado laboral, la capacidad de ingresos futuros y otros recursos financieros.

Al determinar la elegibilidad de los pacientes, el Sistema de Salud no toma en cuenta la raza, el género, la edad, la orientación sexual, la afiliación religiosa o el estatus social o de inmigrante.

3. Determinación del monto de la asistencia financiera

Una vez que se establece la elegibilidad para asistencia financiera, el Sistema de Salud no cobrará a los pacientes que son elegibles para asistencia financiera más que los montos generalmente facturados, o ABG, a los pacientes asegurados por atención de emergencia o médicamente necesaria (la "limitación de AGB").

De conformidad con la ley de Maryland, los cargos a los que se aplicará un descuento son establecidos por la agencia de regulación de tarifas de Maryland conocida como la Comisión de Revisión de Costos de los

Servicios de Salud ("HSCRC") y son los mismos para todos los contribuyentes. Por lo tanto, en la medida aplicable, el AGB se determina según el método prospectivo y se basa en las tasas establecidas por el HSCRC para el Sistema de Salud.

4. Solicitando asistencia financiera

Las determinaciones para la elegibilidad de asistencia financiera requerirán que los pacientes, incluidas las partes responsables, presenten una solicitud de asistencia financiera completa que incluya toda la documentación de respaldo requerida por la solicitud y puedan requerir citas o una discusión con un representante del sistema financiero del paciente del sistema de salud Departamento de Servicios. Se solicitará a los pacientes que proporcionen la información y la documentación necesarias cuando soliciten asistencia financiera. La información requerida se especifica en la aplicación y las instrucciones a la misma

Las solicitudes de asistencia financiera archivadas en el Sistema de Salud pueden usarse por un período de hasta 12 meses después de la fecha de presentación si las circunstancias financieras no han cambiado.

Las solicitudes se aceptan para asistencia financiera en cualquier momento del ciclo de facturación, incluso después de la colocación en una agencia de cobros u otro tercero.

5. Notificación de aprobación o denegación de asistencia

El departamento de Servicios financieros para pacientes notificará al paciente por escrito dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud de asistencia financiera si la solicitud fue aprobada o rechazada. Si la solicitud fue aprobada, la carta incluirá la cantidad de asistencia aprobada. Si la solicitud fue denegada, el motivo de la denegación se proporcionará en esta carta. Para las solicitudes incompletas, a los pacientes se les proporcionará una lista por escrito de la información y / o documentación que aún se necesitan para completar la solicitud de asistencia financiera y dónde enviar la información faltante.

Las razones para la negación incluyen:

- Información incompleta de la solicitud.
- El paciente no cooperó con el proceso de solicitud para otros programas de pagador como Medicaid, HIP y mercado público.
- Exceso de ingresos o recursos.

Todos los pacientes que se determina que son elegibles por menos de la cantidad más generosa de asistencia (100%) disponible bajo este FAP tendrán 30 días para presentar una apelación para solicitar asistencia financiera adicional. El paciente puede presentar información adicional en este momento para respaldar su solicitud.

6. Elegibilidad presunta

En ciertas circunstancias que se consideran razonables y comprensibles, la falta de una solicitud de asistencia financiera y documentación de respaldo no necesariamente dará como resultado una denegación de asistencia. Si un paciente no proporciona la información suficiente para respaldar la elegibilidad para la asistencia financiera, el Sistema de Salud puede referirse o depender de fuentes externas u otros recursos de inscripción del programa para determinar la elegibilidad. Ejemplos incluyen:

- Pacientes elegibles de Medicaid. de Medicaid. Saldos para un paciente que actualmente es elegible para la cobertura completa de Medicaid, pero que no estaba en la fecha del servicio.
- El paciente no tiene hogar.
- Paciente con un segmento de puntuación de agencia de cobranza incobrable.
- Paciente fallecido sin bienes raíces.

- Paciente con elegibilidad para Medicaid fuera del estado que actualmente reside fuera de Maryland..

7. **Publicación de la política de asistencia financiera**

La FAP del sistema de salud, la solicitud de asistencia financiera y el resumen en lenguaje sencillo (incluidas las traducciones) están disponibles para los pacientes que lo soliciten y de forma gratuita. Además, se pueden solicitar servicios de traducción para el español y otros idiomas para los pacientes que necesitan asistencia con el idioma (sujeto a disponibilidad y programación).

La FAP, el formulario de solicitud de asistencia financiera y el resumen en lenguaje sencillo están disponibles a pedido en las siguientes ubicaciones del Sistema de Salud:

- Registro de pacientes y lugares de admisión
- Clínica ambulatoria de crisis
- Departamento de Servicios Financieros para (Towson, Maryland)

Durante el registro de pacientes para servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, los pacientes reciben un paquete que es el resumen en lenguaje sencillo de la FAP.

La FAP, la solicitud de asistencia financiera y el resumen en lenguaje sencillo se distribuyen por correo cuando se solicita por teléfono en los siguientes números:

- Departamento de Servicios Financieros para Pacientes - (410) -938-3370 o llamada gratuita al 1- (800) -264-0949
- Departamento • Cada agencia de cobranza con la cual el Sistema de Salud coloca cuentas

Los pacientes también pueden encontrar la FAP, la solicitud de asistencia financiera y el resumen en lenguaje sencillo en línea en el sitio web del Sistema de Salud:

- www.sheppardpratt.org/patient-care-and-services/resources/financial-support/

Además, el Sistema de Salud comunica la disponibilidad de asistencia financiera de las siguientes maneras:

- Notificación en todos los estados de cuenta del paciente
- Señalización publicada en áreas de registro y admisión
- Señalización publicada en la Clínica sin cita previa de Crisis
- Folletos de pacientes que resumen la FAP y cómo solicitar la asistencia ofrecida durante la hospitalización.
- Esfuerzos adicionales de participación pública

8. **Acciones en caso de falta de pago**

Las acciones de cobranza que el Sistema de Salud puede tomar si no se recibe una solicitud y / o pago de asistencia financiera se describen en una política de facturación y cobranza separada. En resumen, el Sistema de Salud hará ciertos esfuerzos para proporcionar a los pacientes información sobre la FAP antes de que se tomen ciertas medidas para cobrar una factura. Los saldos colocados con una agencia de cobros aún son elegibles para una reducción de asistencia financiera si se cumplen los criterios de elegibilidad. La política de facturación y cobro (incluidas las traducciones) puede obtenerse de la misma manera y en las mismas ubicaciones previstas en la Sección 7 anterior.

9. Proveedores Elegibles

Además de la atención brindada por el Sistema de Salud, la atención de emergencia y medicamento necesaria entregada por los proveedores que se detallan a continuación en las instalaciones del hospital también está cubierta por esta FAP:

- Sheppard Pratt Physicians, P.A.

References:

Attachments:

Revision Dates:

Reviewed Dates:

7/18

Signatures:

Armando Colombo: 7/06/18

Harsh Trivedi: 7/06/18