

PATIENT FINANCIAL SERVICES



PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Departamento: Servicios Financieros para el Paciente/Oficina Comercial Central

POLÍTICA NÚM. CSF.001

Funcional: Servicio al cliente/especialista de cuentas por cobrar

Frecuencia: Diaria

Formularios y documentos: Solicitud FAP / Cartas /

Procedimientos referidos: Política de CICP

Definición:

1. **Cuidado médicamente necesario:** servicios o productos de cuidado de la salud que un médico prudente le proporcionaría a un paciente a fin de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión o afección, o sus síntomas, de manera tal que:
 - a. cumplan con las normas de la práctica médica generalmente aceptadas;
 - b. sean clínicamente apropiados en cuanto a clase, frecuencia, alcance, sitio y duración; y
 - c. no sean principalmente en beneficio económico de los planes de salud y los compradores, o para la conveniencia del paciente, el médico tratante u otro proveedor de cuidado de la salud.
2. **Servicios de emergencia:** se consideran médicamente necesarios.

Política:

Valley View Hospital tiene el compromiso de brindar cuidado de la salud a todos los miembros de la comunidad que padecen de alguna enfermedad y no tienen los medios para pagar por su atención. El Departamento de Servicios Financieros para el Paciente (Patient Financial Services - PFS) administrará el Programa de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) siguiendo los principios rectores de la Asociación Americana de Hospitales:

- Trate a todos los pacientes equitativamente, con dignidad, respeto y compasión.
- Atienda las necesidades de cuidado de la salud de urgencia de todos los pacientes, independientemente de la capacidad que estos tengan para pagar por la atención.
- Ayude a los pacientes que no pueden pagar total o parcialmente el cuidado médicamente necesario (no electivo) que reciben; y
- Mantenga el equilibrio entre la asistencia financiera necesaria para algunos pacientes y las responsabilidades fiscales más amplias de manera que las puertas del hospital se mantengan abiertas para todos los que puedan necesitar atención en la comunidad.

Esta política establece una infraestructura para que el Departamento de Servicios Financieros para el Paciente o PFS identifique a los pacientes que pueden ser elegibles para asistencia financiera, proporcione asistencia financiera para las cuentas del hospital, y administre la asistencia financiera de acuerdo con las políticas y procedimientos del hospital. No se discriminará por motivos de raza, color, creencias, religión, sexo, orientación sexual, nacionalidad, edad, discapacidad u origen nacional.

Alcance:

El programa de asistencia financiera cubre los servicios médicamente necesarios brindados por Valley View Hospital. Valley View Hospital se reserva el derecho de excluir o limitar del FAP los servicios electivos, que no sean de urgencia o no sean médicamente necesarios.

FAP proporcionará los beneficios como un último recurso. Antes de solicitar al FAP, debe explorarse la elegibilidad, y asegurar si es elegible, todas las demás opciones de pago, incluyendo pero sin limitarse a: seguro privado, Medicare, Medicaid, CHP, responsabilidad, víctimas de delito, CICP. Las cuentas elegibles incluyen las cuentas finales facturadas del hospital que tienen algún saldo. Los saldos de copago y deducible son elegibles a menos que se excluyan por ley o por acuerdos contractuales.

Las cuentas que se clasifican como deudas incobrables siguen siendo elegibles a la consideración de FAP siempre y cuando la solicitud completada y la documentación se envíen antes de 240 días de la fecha del estado de cuenta inicial, y en tales circunstancias se suspenderá cualquier medida extraordinaria para cobrar (Extraordinary Collection Actions - ECA). Las ECA incluyen: informar las deudas a un buró de crédito; vender la deuda del paciente a terceros; autorización para una posible acción legal por parte de una agencia de cobros a la cual se haya asignado la cuenta; y exigir el pago antes de brindar los cuidados. VVH ni ninguna agencia de cobros externa actuando a nombre de VVH iniciarán ninguna ECA por lo menos hasta 120 días después de haberse enviado el estado de cuenta inicial al garantizador.

MEDIDAS PARA DAR A CONOCER LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA:

El aviso acerca de la disponibilidad del FAP en el hospital está colocado de forma visible en las áreas públicas de todo el hospital. La disponibilidad del FAP se imprime en el estado de cuenta de cada paciente que se envía por correo o por medios electrónicos. Un resumen de los programas federales, estatales y proporcionados por el hospital que están disponibles, junto con una solicitud de asistencia financiera, se envía por correo automáticamente a todo garantizador de una cuenta particular con un saldo mayor de \$500. Las solicitudes del FAP y los resúmenes del programa también se anuncian y están disponibles en las áreas de registro de la instalación o en el sitio web del hospital en www.vvh.org. Para facilitar el acceso de la comunidad, esta información está disponible en inglés y en español.

Además, el personal de Relaciones Públicas y Marketing de VVH anuncia periódicamente durante el año la disponibilidad del FAP. Un resumen del FAP en lenguaje sencillo se proporciona a los garantizadores del pago particular en el momento del registro y se envía (por correo o medios electrónicos) con la carta de Aviso Final por lo menos 30 días antes de que una cuenta se refiera a una agencia de cobros externa. El resumen del FAP en lenguaje sencillo está disponible si se solicita o en el sitio web del hospital en inglés y en español.

Procedimientos:

Los Directores y Gerentes del departamento de Servicios Financieros para el Paciente (PFS) de Valley View Hospital administrarán el Programa de Asistencia Financiera del hospital. Estos se asegurarán de

que cada empleado sea competente y esté bien informado de todos los asuntos relacionados con la Asistencia Financiera.

Los archivos relacionados con la solicitud y determinación del programa se conservarán como mínimo por 7 años.

Solicitud/Notificación

La solicitud de beneficios del hospital bajo este Programa será aceptada en todos los departamentos del PFS y enviada a los Asesores Financieros. Los solicitantes pueden solicitar en persona, por correo o a través de una cita con los Asesores Financieros.

Las políticas y procedimientos estarán disponibles para determinar inmediatamente la elegibilidad. La aprobación o la negativa se notificará al solicitante por escrito en un plazo de 30 días de haber completado la solicitud. Si la determinación es negativa, la notificación incluirá el motivo.

Petición de reconsideración

Si un solicitante es rechazado para el programa, tiene derecho a apelar la decisión por escrito al Director de PFS, en un plazo de 30 días de haber recibido la negativa.

Falta de cooperación

El solicitante es responsable de proporcionar toda la información requerida dentro de los 14 días de la fecha de solicitud. No suministrar la información solicitada en el plazo solicitado puede tener como resultado una negativa del Programa. En caso de que la negativa sea por falta de documentación, el paciente puede apelar o volver a solicitar con la documentación completa. Una tergiversación o falsificación de información causará que se retire el FAP en el momento y con carácter retroactivo.

Duración de la elegibilidad

Los beneficios bajo este Programa no excederán los doce (12) meses. El término de los beneficios concedidos estará sujeto a las circunstancias médicas y financieras del solicitante. El hospital se reserva el derecho a reevaluar la elegibilidad del receptor si hay algún cambio en el ingreso durante este período. El hospital se reserva el derecho a reevaluar la elegibilidad cuando se necesite cuidado hospitalario con el propósito de determinar la elegibilidad del receptor para otras ayudas o cobertura de terceros.

Los participantes elegibles recibirán tarjetas que deberán presentar para documentar su elegibilidad al registrarse para recibir servicios en Valley View Hospital.

Circunstancias especiales

Los familiares o tutores de una persona discapacitada pueden solicitar a nombre de esta.

Presunción de elegibilidad

Se presume que los pacientes son elegibles para el Programa de Asistencia Financiera de Valley View Hospital, sin verificación de ingresos o solicitud, en las siguientes situaciones:

- El paciente puede no ser elegible para CICP*, CHP+* o Colorado Medicaid en la fecha de servicio pero fue elegible para CICP*, CHP+* o Colorado Medicaid durante un período de tiempo no mayor de 6 meses antes de la fecha del servicio, o
- El paciente o cónyuge sobreviviente se vuelve elegible para CICP*, CHP+* o Colorado Medicaid después de la fecha del servicio. Si la elegibilidad para CICP*, CHP+* o Colorado Medicaid ocurre más de 240 días después del estado de cuenta inicial al garantizador, un

ajuste FAPAE aplicará únicamente a cualquier saldo no pagado y ningún pago anterior a la cuenta será elegible para un reembolso al garantizador.

- El paciente es elegible para CACP*, CHP+* o Medicaid pero incurre en un servicio que no está cubierto, o
- El paciente es elegible para Medicaid fuera del estado y Valley View Hospital no participa en el programa Medicaid de ese estado, o
- El paciente falleció y no dejó patrimonio hereditario.

Determinación de ingreso

El ingreso bruto personal y del negocio se usará para determinar la elegibilidad. La manera de calcular el ingreso bruto estará de acuerdo con las guías del programa CACP. Se considerará el ingreso de todos los miembros de la familia y personas legalmente responsables que no vivan en el hogar para determinar los niveles de ingreso.

El ingreso incluye, pero no se limita a sueldos y salarios, beneficios por incapacidad, beneficios de pensión o jubilación, Seguro Social, ingresos de alquiler, regalías de hidrocarburos, compensación por desempleo, beneficios de la Administración de Veteranos, manutención, pensión alimenticia, intereses, dividendos, compensación al trabajador, apoyo en especie y otra información según se solicite.

El ingreso será indexado a las Guías Federales de Pobreza actuales publicadas. Las unidades familiares se componen de padres con hijos que viven en una familia tradicional o un hijo o una hija que mantienen a un progenitor en el mismo hogar. Las unidades multifamiliares pueden compartir un hogar y se contarán por separado, incluyendo hijos adultos que viven con los padres.

Verificación de ingreso

Valley View Hospital solicitará que el paciente presente verificación de su ingreso.

El ingreso se puede verificar a través del Formulario W-2 del IRS, una declaración de salarios e ingresos, comprobante de cheque, declaración de impuestos, Seguro Social, compensación al trabajador, compensación de desempleo, cartas de determinación o estados de cuentas del banco.

Se realizará un informe de crédito a todos los solicitantes y los resultados se evaluarán de acuerdo con el cuadro financiero presentado en la solicitud. Las discrepancias que se noten se atenderán con el paciente antes de la aprobación final del descuento.

Recursos

Los activos netos de la familia no pueden exceder los \$20,000 o tres (3) veces la cantidad adeudada, lo que sea menor. El solicitante puede reducir sus activos a \$20,000 y entonces alcanzar el estatus de elegibilidad. Los activos incluyen efectivo, acciones y bonos, fideicomisos, anualidades, pólizas de seguro de vida con valor en efectivo, valor de activo en la residencia que exceda los \$500,000 más cualquier otra propiedad inmueble y su valor tasado, y vehículos en mayor cantidad que el número de conductores en el hogar.

Determinación de la responsabilidad del garantizador

Guías Federales de Pobreza		Descuento
Nivel 1	Presunción de elegibilidad	100%
2	≤ 199%	100%

3	200% a 299%	80%
4	300% a 400%	50%
5	400% to 500%	50%

El pago total adeudado en todas las cuentas durante el período de elegibilidad del FAP de 12 meses tendrá un límite de no más del 10% del total anual del ingreso bruto familiar.

Cantidad generalmente facturada (AGB)

VVH es una entidad sin fines de lucro en conformidad con las normas IRC 501(r). VVH limita la cantidad que se cobra por los cuidados que brinda a cualquier persona elegible para recibir asistencia conforme a su Política de Asistencia Financiera (FAP). Las cantidades facturadas por servicios de emergencia y médicamente necesarios a los pacientes elegibles para la Asistencia Financiera se calculan en función del método de cálculo retroactivo y no excederán la AGB para las personas con seguro que cubre ese cuidado. VVH utiliza el método de “cálculo retroactivo” sobre la base de las reclamaciones pasadas reales que se pagaron al hospital según la tarifa por servicio de Medicare junto con todas las compañías de seguro de salud privada que pagan reclamaciones al hospital (incluida, en cada caso, toda parte relacionada de esas reclamaciones pagada por los beneficiarios de Medicare o las personas aseguradas). VVH calcula un porcentaje de AGB para cada clínica y hospital, y utiliza ese porcentaje promedio, que es del 52.09%, para todas las entidades. El porcentaje de AGB se revisará y actualizará al 31 de diciembre después del período de 12 meses que el hospital utilizó para calcular el porcentaje de AGB. El período de 12 meses se mide de octubre a septiembre; por lo tanto, el porcentaje de AGB se actualizará al 31 de diciembre de cada año en el caso de VVH.

La Política de Asistencia Financiera es adoptada y aprobada por la Junta de Directores de Valley View Hospital.

Firma

FECHA DE CREACIÓN: 11/07

ORIG/REV NO. 7

POLÍTICA NÚM. CSF.001

PREPARADO POR: Margaret Bosse

FECHA DE REVISIÓN/ACTUALIZACIÓN: 12/14/16, 12/26/18

REVISADO/ACTUALIZADO POR: Bill Wentzel, Sarah Moore

REVISIONES APROBADAS POR: Sarah Moore