



Asistencia Financiera al Paciente

PROPÓSITO

Loyola University Medical Center (LUMC) es una comunidad de personas que sirven juntas dentro del espíritu del Evangelio como una presencia sanadora misericordiosa y transformadora dentro de nuestras comunidades. Alineados con nuestros valores esenciales, en particular con el “compromiso con los que son pobres”, ofrecemos atención a personas necesitadas y brindamos consideración especial a los más vulnerables, incluidos aquellos que no pueden pagar y aquellos cuyos recursos limitados les hacen extremadamente difícil cumplir con los gastos de atención médica incurridos. LUMC está comprometido a:

- Brindar acceso a servicios de atención médica de calidad con compasión, dignidad y respeto para quienes servimos, particularmente los pobres y los desatendidos en nuestras comunidades;
- Atender a todas las personas, independientemente de su capacidad de pagar por los servicios; y
- Ayudar a pacientes que no pueden pagar parte o toda la atención que reciben.

Este procedimiento, que brinda orientación en implementar la Política de asistencia financiera adjunta, equilibra la asistencia financiera con responsabilidades fiscales más amplias y provee los requisitos de LUMC para asistencia financiera para médicos, servicios de atención médica aguda y post-aguda cuando corresponda.

PROCEDIMIENTO

LUMC establecerá y mantendrá el procedimiento de asistencia financiera al paciente (FAP, por sus siglas en inglés), descrito a continuación. La FAP está diseñada para atender las necesidades de ayuda y apoyo financiero de los pacientes cuando requieren servicios a través de LUMC. Se aplica a todos los servicios elegibles según lo establece la ley estatal o federal vigente. La elegibilidad de ayuda y apoyo financiero de LUMC se determinará individualmente mediante criterios específicos y se medirá según una evaluación de las necesidades de atención médica del paciente y/o la familia, sus recursos y obligaciones financieras.

I. Criterios de calificación para asistencia financiera

- a. Servicios elegibles para apoyo financiero:
 - i. Todos los servicios médicamente necesarios, incluidos servicios médicos y de apoyo brindados por LUMC serán elegibles para apoyo financiero.
 - ii. Los servicios de atención médica de emergencia se brindarán a todos los pacientes que se presenten en el departamento de emergencias del hospital de LUMC, independientemente de la capacidad del paciente de pagar. Dicha atención continuará hasta que la condición del paciente se haya estabilizado antes de cualquier determinación de arreglos de pago.
 - iii. Loyola University Medical Center y sitios satélite: Todos los cargos médicos son elegibles y están incluidos bajo esta política.
- b. Servicios elegibles para apoyo financiero:
 - i. Servicios cosméticos y otros procedimientos y servicios opcionales que no son médicamente necesarios.
 - ii. Servicios no brindados y facturados por LUMC (*por ejemplo* servicios médicos independientes, atención privada de enfermería, transporte en ambulancia, etc.).
 - iii. Según lo previsto en la Sección II, LUMC ayudará proactivamente a los pacientes a solicitar programas públicos y privados, como Medicare, Medicaid, AllKids, el Programa de Seguro de Salud para Niños del Estado (State Children's Health Insurance) o cualquier otro programa para el cual exista una base razonable para pensar que el paciente no asegurado puede ser elegible, incluida la compra de seguro comercial del Intercambio de Seguros de Salud (Health Insurance Exchange) bajo la Ley de atención asequible de la salud. LUMC podrá negar apoyo financiero a aquellos individuos que no cooperen en solicitar programas que podrían pagar sus servicios de atención médica.
 - iv. LUMC podrá excluir servicios que estén cubiertos por un programa de seguro en otro sitio de atención pero que no estén cubiertos en hospitales de LUMC luego de hacer esfuerzos para instruir a los pacientes acerca de las limitaciones de cobertura de los programas de seguro y siempre que se cumpla con las obligaciones de la Ley federal del tratamiento médico de emergencias y de parto activo (EMTALA, por sus siglas en inglés).
- c. Requisitos de residencia
 - i. LUMC brindará apoyo financiero a pacientes que residan dentro de sus áreas de servicio y que califiquen bajo el procedimiento FAP de LUMC.
 - ii. Loyola University Medical Center proporcionará asistencia financiera de apoyo a

pacientes que califican para este programa y que son residentes de Illinois. LUMC proporcionará atención médicamente necesaria y tratamiento a todos los pacientes que se presenten con una urgencia, emergencia o enfermedad que amenace su vida, sin importar el lugar de residencia. Sin embargo, LUMC no tiene ninguna obligación de brindar apoyo de asistencia financiera a pacientes que requieren de dicha atención y tratamiento, que no sean residentes de Illinois. Los pacientes están obligados a verificar la residencia en Illinois proporcionando documentación válida al LUMC, que incluye:

- Verificación de ingreso válido según se especifica en la sección IV
 - Una tarjeta de identificación o licencia de conducir válida de Illinois
 - Una factura de servicios públicos residencial reciente
 - Un contrato de alquiler
 - Una tarjeta de registro vehicular
 - Una tarjeta de registro de votante
 - Correo enviado por el gobierno y otra fuente confiable a los pacientes sin seguro médico a una dirección de Illinois.
 - Una declaración de un miembro de la familia del paciente sin seguro médico que resida en la misma dirección y presente el comprobante de residencia en Illinois.
 - Una carta de un refugio para desamparados, casa de transición u otro centro similar que compruebe que el paciente sin seguro reside en el centro.
- iii. LUMC puede identificar áreas de servicio en su FAP e incluir información de área de servicio en el diseño y capacitación de procedimiento. El requisito de residencia en área de servicio comenzará con la lista de códigos postales provista por la Oficina de Sistema de planificación estratégica que define las áreas de servicio de LUMC. LUMC verificará las áreas de servicio en consulta con su departamento local de beneficios comunitarios. LUMC determinará la elegibilidad mediante el código postal de la residencia primaria del paciente.
- iv. LUMC brindará apoyo financiero a pacientes fuera de sus áreas de servicio que califiquen bajo la FAP de LUMC y que presenten una afección de urgencia, de emergencia o mortal.
- v. LUMC brindará apoyo financiero a pacientes identificados como en necesidad de atención médicos de programas de misiones extranjeras llevados a cabo por personal médico activo por el que se haya obtenido aprobación previa del presidente de LUMC o persona designada.
- d. Documentación para establecer ingresos
- i. La información proporcionada a LUMC por el paciente y/o la familia debe incluir el ingreso percibido, incluido el ingreso bruto mensual en sueldos, salarios y empleo por cuenta propia; ingresos no devengados, incluida la pensión alimenticia, beneficios de jubilación, dividendos, intereses y renta de cualquier otra fuente;

cantidad de dependientes en el hogar; y otra información requerida en la solicitud de FAP.

- ii. LUMC enumerará en la FAP o formulario de solicitud de la FAP, la documentación complementaria requerida para solicitar asistencia financiera, tal como talones de cheques, declaraciones de impuestos, e historial crediticio. LUMC no podrá negar apoyo financiero en base a la omisión de información o documentación que no haya sido específicamente requerida por la FAP o formulario de solicitud de la FAP.
- iii. LUMC proveerá a los pacientes que presenten una solicitud de FAP incompleta una notificación escrita que describa la información y/o documentación adicional que debe presentar dentro de los 30 días de la fecha de la notificación escrita, para completar la solicitud de FAP. La notificación brindará información de contacto para consultas referidas a información faltante. LUMC podrá iniciar una medida extraordinaria de cobro (ECA, por sus siglas en inglés) si el paciente no remite la información y/o documentación faltante dentro de los 30 días del período de nueva presentación y han transcurrido al menos 120 días desde la fecha en que LUMC presentó el primer resumen de cuenta de atención médica después de la baja hospitalaria. LUMC debe procesar la solicitud de FAP si el paciente provee la información y/o documentación faltante durante el período de 240 días de la solicitud (o, si es más adelante, dentro de los 30 días de período de nueva presentación).
- iv. A fin de determinar el ingreso familiar del paciente, para la evaluación de institución benéfica o revisión y aprobación de asistencia financiera, se requiere la verificación de uno de los siguientes comprobantes:
 - Una copia del W2, 1040, del año anterior y cualquier otro formulario de impuesto aplicable que haya sido presentado.
 - Copias de los 3 últimos talones de cheque de pago más recientes del empleador.
 - Si al paciente se le paga en efectivo, una carta de empleador que declare el monto pagado semanalmente.
 - Copias de cheques de seguridad social si lo está recibiendo.
 - Copia del último estado de cuenta corriente o cuenta de ahorro.
- e. Consideración de activos del paciente
 - i. LUMC también establecerá un umbral de nivel de activos por sobre el cual los activos del paciente o su familia se usarán para el pago de gastos y obligaciones médicas que se considerará al evaluar los recursos financieros del paciente.

En la FAP de LUMC se debe proveer protección a ciertos tipos de activos y protección a ciertos niveles de activos.

Los activos protegidos relevantes a esta FAP incluyen:

- 50% del valor neto de la residencia principal hasta \$50,000;
- Vehículos de uso comercial;
- Herramientas o equipos de uso comercial; Equipamiento razonable para continuar operando comercialmente;
- Propiedad de uso personal (vestimenta, elementos de uso doméstico, mobiliario);
- Cuentas de IRA, 401K, planes de jubilación en efectivo;
- Indemnizaciones financieras recibidas por emergencias catastróficas no médicas;
- Fideicomisos irrevocables para funerales, planes de funerales prepagos; y/o
- Planes de ahorros universitarios de administración federal o estatal.

Todo el resto de los activos se considerará disponible para pago de gastos médicos. Los activos disponibles superiores a cierto umbral pueden usarse ya sea para pago de gastos médicos o, como alternativa, LUMC puede contabilizar los activos disponibles excedentes como ingreso anual corriente al establecer el nivel de descuento a ofrecer al paciente. Un importe mínimo de \$5,000 de los activos disponibles estará protegido.

f. Apoyo presunto

- i. LUMC admite que no todos los pacientes pueden brindar información financiera completa. Por tal motivo, la aprobación de apoyo financiero puede determinarse en base a la información limitada disponible. Cuando se otorga tal aprobación, se la clasifica como “apoyo presunto”.
- ii. El modelo predictivo es uno de los esfuerzos razonables que usará LUMC para identificar pacientes que pueden calificar para asistencia financiera antes de iniciar acciones de cobranza, *o sea*, pasar la cuenta de un paciente a deuda incobrable y derivación a agencia de cobranzas. Este modelo predictivo le permite a LUMC identificar sistemáticamente las necesidades financieras de los pacientes.
- iii. Los ejemplos de casos presuntos incluyen:
 - Pacientes fallecidos sin propiedades conocidas
 - Pacientes sin hogar
 - Pacientes desempleados
 - Servicios médicamente necesarios no cubiertos provistos a pacientes que califican para programas de asistencia pública
 - Pacientes en quiebra
 - Miembros de organizaciones religiosas que han hecho votos de pobreza y no tienen recursos individuales ni a través de sus órdenes religiosas

Para pacientes que no cumplen con los requisitos del proceso de solicitud de FAP, deben usarse otros medios de información, si existen, para llevar a cabo una evaluación individual de necesidad financiera. Esta información le permitirá a LUMC tomar decisiones fundamentadas sobre la necesidad financiera de pacientes que no cumplen con los requisitos.

- iv. Con la finalidad de ayudar a pacientes con necesidad de ayuda financiera, se podrá utilizar un agente externo para llevar a cabo una revisión de la información del paciente para evaluar la necesidad financiera. Esta revisión utiliza un modelo predictivo reconocido en el sector de la atención médica, que se basa en registros públicos de bases de datos. Estos registros públicos permiten a GMH evaluar si el paciente reúne las características de otros pacientes que históricamente han calificado para asistencia financiera bajo el proceso de solicitud tradicional. En los casos donde falta información provista directamente por el paciente, y luego de agotar los esfuerzos por confirmar la disponibilidad de cobertura, el modelo predictivo brinda un método sistemático para otorgar elegibilidad presunta a pacientes con necesidades financieras.
 - v. En caso de que un paciente no califique bajo el modelo predictivo, el paciente puede brindar información complementaria dentro de los plazos establecidos y ser considerado bajo el proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera.
 - vi. Las cuentas de los pacientes a quienes se otorga condición de apoyo presunto se ajustarán mediante códigos de transacción de *apoyo financiero presunto* en el momento en que la cuenta se considere incobrable y antes de la derivación a cobranza o su pase a deuda incobrable. El descuento otorgado se clasificará como apoyo financiero; la cuenta del paciente no se enviará a cobranza y no será incluida en gasto de deuda incobrable de LUMC.
 - vii. LUMC notificará a los pacientes determinados como elegibles para asistencia menor a la más amplia disponible bajo FAP, que puede solicitar una asistencia más amplia disponible bajo FAP dentro de los 30 días de la notificación. La determinación de elegibilidad de un paciente para asistencia menor a la más amplia disponible se basa en una condición de apoyo presunta o en una determinación de elegibilidad previa de FAP. Adicionalmente, LUMC podrá iniciar o resumir una medida extraordinaria de cobro ECA si el paciente no remite la información y/o documentación faltante dentro de los 30 días del período de nueva presentación y han transcurrido al menos 120 días desde la fecha en que LUMC presentó el primer resumen de cuenta de atención médica después de la baja hospitalaria. LUMC procesará cualquier nueva solicitud de FAP que el paciente presente hacia el final del período de inscripción de 240 días o, si es más adelante, hacia el final del período de 30 días otorgado para solicitar una asistencia más amplia.
- g. Plazo para establecer elegibilidad financiera

- i. Deberán hacerse los mejores esfuerzos para determinar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera antes de o en el momento de la admisión o servicio. Las solicitudes de FAP deben aceptarse en cualquier momento durante el período de inscripción. El período de inscripción comienza el día en que se brinda la atención, y termina el último de los 240 días posteriores al primer resumen de cuenta posterior a la baja hospitalaria del paciente, o bien:
 - la finalización del período en que el paciente es elegible para la asistencia menos amplia disponible, en base a condición de apoyo presunto o una determinación de elegibilidad de FAP previa, y que haya solicitado una asistencia financiera más amplia; o
 - la fecha límite provista en notificación escrita después de la cual se podrá iniciar un ECA.
 - LUMC podrá aceptar y procesar la solicitud de un individuo a FAP presentada fuera del período de inscripción en situaciones analizadas caso por caso, según lo autorizado por los niveles de aprobación establecidos de LUMC.
- ii. LUMC (u otra parte autorizada) reembolsará cualquier importe que el paciente haya pagado por su atención que supere el importe determinado como bajo su responsabilidad como paciente elegible de FAP, excepto si el importe excedente es menor a \$5 (u otro importe establecido mediante notificación u otro asesoramiento publicado en el Boletín de Impuestos interno). El reembolso de pagos solamente se requiere para episodios de atención que correspondan a la inscripción de FAP.
- iii. Las determinaciones de apoyo financiero se harán luego de haber agotado todos los esfuerzos para calificar al paciente para asistencia financiera gubernamental u otros programas.
- iv. LUMC hará todos los esfuerzos posibles para realizar la determinación de apoyo financiero en un plazo razonable. Si se emprenden otras vías de apoyo financiero, LUMC se comunicará con el paciente en relación al proceso y plazo esperado para la determinación y no intentará hacer gestiones de cobranza mientras dure el proceso de determinación.
- v. Una vez determinada la calificación para apoyo financiero, se deberán llevar a cabo revisiones subsecuentes de elegibilidad continua por servicios subsecuentes después de un período razonable determinado por LUMC.
- h. Nivel de apoyo financiero
 - i. LUMC cumplirá con los lineamientos de ingresos establecidos a continuación, al evaluar la elegibilidad de un paciente para apoyo financiero. Para determinar la elegibilidad de un paciente para apoyo financiero, se utiliza un porcentaje de los lineamientos del Nivel de Pobreza Federal (FPL, por sus siglas en inglés), que se

actualizan anualmente. Sin embargo, se deben considerar también otros factores, como la condición financiera del paciente y/o su capacidad de pagar, según lo determinado por el proceso de evaluación.

ii. Hay que admitir que la demografía local y las políticas de asistencia financiera ofrecidas por otros proveedores de la comunidad pueden exponer a LUMC a grandes riesgos financieros y a una carga financiera que podría poner en peligro la capacidad de LUMC de brindar atención de alta calidad en el largo plazo. LUMC podrá requerir aprobación del director financiero de Trinity Health para implementar umbrales que sean menores o mayores que los montos recomendados.

iii. Ingreso familiar de 200% o menor al lineamiento del FPL:

A pacientes no asegurados cuyos ingresos familiares sean de 200% o menores a los últimos lineamientos del FPL, se les otorgará un descuento de 100% de todos los cargos.

iv. Ingreso familiar de entre 201% y 400% de los lineamientos del FPL:

- A pacientes de atención aguda cuyos ingresos familiares estén entre 201% y 400% de los lineamientos del FPL, se les otorgará un descuento total de los cargos de centros de atención equivalente al ajuste contractual promedio de atención aguda de LUMC para Medicare.
- A pacientes de atención ambulatoria cuyos ingresos familiares estén entre 201% y 400% de los lineamientos del FPL, se les otorgará un descuento total de los cargos profesionales equivalente al ajuste contractual médico de LUMC para Medicare.
- Los importes de ajustes contractuales agudos y médicos de LUMC para Medicare se calcularán mediante la metodología de cálculo retroactivo de estimar el importe de reclamos pagados dividido por el total o cargos “brutos” de esos reclamos por la Oficina de Sistema o por LUMC anualmente, en base a doce meses de reclamos pagados con un desfase de 30 días de la fecha del informe hasta la fecha más reciente de baja médica.
- Los pacientes entre 401% y 600% de los lineamientos de pobreza recibirán el ajuste de descuento de paciente no asegurado de Illinois, que se ajusta anualmente por la fórmula del estado de Illinois. Asimismo, LUMC ha comparado los descuentos para 135% del costo del hospital para cobrar coeficiente a los importes generalmente facturados y ha aplicado los descuentos más amplios para los pacientes.

v. Los pacientes con ingresos familiares hasta 200% de los lineamientos del FPL serán elegibles para apoyo financiero para importes de copago, deducible y coaseguro siempre que los acuerdos contractuales con el asegurador del paciente no impidan brindar tal asistencia.

vi. A fin de determinar el ingreso familiar del paciente, para la evaluación de institución benéfica o revisión y aprobación de asistencia financiera, se requiere la verificación de uno de los siguientes comprobantes:

- Una copia del W2, 1040, del año anterior y cualquier otro formulario de impuesto aplicable que haya sido presentado.
- Copias de los 3 últimos talones de cheque de pago más recientes del empleador.
- Si al paciente se le paga en efectivo, una carta de empleador que declare el monto pagado semanalmente.
- Copias de cheques de seguridad social si lo está recibiendo.
- Copia del último estado de cuenta corriente o cuenta de ahorro.

Si el paciente no proporciona la documentación apropiada, se realizará una verificación de crédito del paciente. De acuerdo con la información proporcionada por servicios Trans Union Services, se harán una determinación de la caridad. Si se descubre que un paciente o miembro de la familia ha proporcionado documentación fraudulenta, se anulará la solicitud para recibir asistencia financiera.

vii. Apoyo médico indigente/catastrófico: También se proporciona apoyo financiero para pacientes médicamente indigentes. Se considera indigencia médica cuando una persona no puede pagar parte o la totalidad de sus facturas médicas debido a que sus gastos médicos exceden un cierto porcentaje de sus ingresos familiares o del hogar (por ejemplo, debido a costos o condiciones por catástrofes), independientemente de si tienen ingresos o activos que de lo contrario exceden los requisitos de elegibilidad financiera en forma gratuita o con descuento de atención bajo la FAP de LUMC. Los costos o condiciones por catástrofes ocurren cuando hay una pérdida de empleo, muerte del proveedor principal de sustento, gastos médicos excesivos u otros eventos desafortunados. La indigencia médica/circunstancias catastróficas serán evaluadas en una base de caso por caso que incluya una revisión de los ingresos, gastos y activos del paciente. Si un paciente no asegurado reclama circunstancias catastróficas y solicita asistencia financiera, los gastos médicos por un episodio de atención que excedan el 20% del ingreso permitirá que los copagos y deducibles califiquen como atención benéfica catastrófica. Los descuentos para atención médica de indigentes para las personas sin seguro médico no serán menores que el monto de ajuste contractual promedio de LUMC para Medicare por los servicios proporcionados, o una cantidad que lleve nuevamente los gastos médicos catastróficos del paciente a una proporción de ingresos a un 20%. La asistencia financiera de indigencia médica o circunstancia catastrófica será aprobada por el director financiero de LUMC e informada al director financiero de la Oficina de Sistema.

viii. Si bien el apoyo financiero debe hacerse de acuerdo con los criterios establecidos por LUMC por escrito, se admite que ocasionalmente habrá necesidad de otorgar apoyo financiero adicional a pacientes en base a consideraciones individuales.

Tales consideraciones individuales serán aprobadas por el director financiero de LUMC e informadas al director financiero de la Oficina de Sistema.

- i. Contabilizar e informar apoyo financiero
 - i. De acuerdo con los principios de contabilidad generalmente aceptados, el apoyo financiero brindado por LUMC se registra sistemática y precisamente en los estados contables como una deducción de los ingresos dentro de la categoría de “atención benéfica”. A los efectos de los informes de Beneficios a la Comunidad, la atención benéfica se informa al costo estimado asociado con la provisión de servicios de “atención benéfica” según la Asociación Católica de Salud (Catholic Health Association).
 - ii. Se proveen los siguientes lineamientos para los registros de apoyo financiero en los estados contables:
 - El apoyo financiero provisto a pacientes bajo las disposiciones del “Programa de asistencia financiera”, incluido el ajuste por importes generalmente aceptados como pagos para pacientes asegurados, se registrará bajo “asignación para atención benéfica”.
 - El pase a deuda incobrable de cargos a pacientes que no han calificado para apoyo financiero bajo este procedimiento y que no pagan por los servicios recibidos, será registrado como “deuda incobrable”.
 - Los descuentos por pronto pago serán registrados bajo “asignación contractual”.
 - Las cuentas inicialmente pasadas a deuda incobrable y luego devueltas por agencias de cobranza donde se ha determinado que el paciente cubre con los criterios de apoyo financiero en base a información obtenida por la agencia de cobranzas, serán reclasificadas de “deuda incobrable” a “asignación para atención benéfica”.

II. Asistencia a pacientes que pueden calificar para recibir cobertura

- a. LUMC hará esfuerzos positivos para ayudar a pacientes a solicitar programas públicos y privados para los que podrían calificar y que pueden ayudarlos a obtener y pagar por servicios de atención médica. También podrá otorgarse asistencia de primas sobre una base discrecional según el procedimiento de “Pago de prima QHP y pacientes pagaderos” de LUMC.
- b. LUMC contará con procedimientos escritos de fácil comprensión para ayudar a los pacientes a determinar si califican para programas de asistencia pública por la FAP de LUMC.

III. Comunicaciones efectivas

- a. LUMC brindará asesoría financiera a pacientes acerca de sus facturas de atención

médica relacionadas con los servicios recibidos de LUMC y dará a conocer la disponibilidad de tal asesoría.

- b. LUMC responderá cordialmente y sin demora a las consultas de los pacientes acerca de sus facturas y solicitudes de asistencia financiera.
- c. LUMC utilizará un proceso de facturación claro, conciso, correcto y amigable para el paciente.
- d. LUMC pondrá a disposición información acerca de los cargos por servicios que brinda, en un formato de fácil comprensión.
- e. LUMC publicará carteles y exhibirá folletos que brinden información básica acerca de su FAP en lugares públicos (como mínimo en la sala de emergencias [en caso de que exista] y en las áreas de admisión). Hay información disponible en la Oficina de admisión, sala de emergencia, Oficina de asesoría financiera del centro de pacientes ambulatorios y del Centro contra el cáncer.
- f. LUMC pondrá a disposición de los pacientes una copia impresa en lenguaje simple del resumen de FAP como parte de su proceso de admisión o baja. LUMC no habrá dejado de difundir ampliamente su FAP porque un individuo rechace un resumen en lenguaje simple que se le haya ofrecido durante su admisión o baja, o indique que prefiere recibir un resumen en lenguaje simple de manera electrónica.
- g. LUMC pondrá a disposición de los pacientes la FAP, un resumen en lenguaje simple de la FAP y el formulario de solicitud de la FAP, a pedido, en lugares públicos (como mínimo en la sala de emergencias [en caso de que exista] y en las áreas de admisión), por correo y en el sitio web de LUMC. Cualquier individuo con acceso a Internet debe poder ver, descargar e imprimir una copia de estos documentos. LUMC brindará a todo individuo que pregunte cómo acceder una copia de la FAP, formulario de solicitud de la FAP, o resumen de la FAP en lenguaje simple en línea, la dirección directa del sitio web, o URL, donde están publicados estos documentos.
- h. LUMC listará los nombres de médicos individuales, grupos de práctica, o cualquier otra entidad que brinde atención de emergencia o medicamento necesaria en las instalaciones de LUMC, ya sea por el nombre usado para contratar el hospital o para facturar a los pacientes por la atención provista. Como alternativa, una instalación hospitalaria puede especificar proveedores por referencia con un departamento o un tipo de servicio si la referencia aclara qué servicios y proveedores están cubiertos bajo la FAP de LUMC.
- i. Estos documentos estarán disponibles en inglés y en el idioma primario de cualquier población con competencia limitada de inglés que constituya lo menor entre 1,000 individuos o el 5 por ciento de la comunidad atendida por LUMC.
- j. LUMC tomará las medidas necesarias para notificar a los miembros de la comunidad

que atiende acerca de la FAP. Tales medidas podrán incluir, por ejemplo, la distribución de planillas informativas que resuman la FAP en agencias públicas locales y organizaciones sin fines de lucro que se ocupen de necesidades de la salud de las poblaciones de menores ingresos de la comunidad.

- k. LUMC incluirá una notificación escrita visible en los resúmenes de cuenta que notifique e informe a los destinatarios acerca de la disponibilidad de asistencia financiera bajo la FAP de LUMC, e incluya el número de teléfono del departamento de LUMC que pueda brindar información acerca de la FAP, el proceso de solicitud de la FAP y la dirección directa al sitio web (o URL) donde se pueden obtener copias de la FAP, el formulario de solicitud de la FAP y un resumen de la FAP en lenguaje simple.
- l. LUMC se abstendrá de iniciar acciones ECA hasta 120 días después de proveer a los pacientes el primer resumen de cuenta posterior a la baja médica por el episodio de atención, incluidos los episodios de atención más recientes por facturas pendientes que se agreguen para facturar al paciente. LUMC también se asegurará de que todos los contratos con proveedores por asociaciones comerciales que realicen actividades de cobranza contengan una cláusula o cláusulas que prohíban iniciar acciones ECA hasta 120 días después de proveer a los pacientes el primer resumen de cuenta posterior a la baja médica por el episodio de atención, incluidos los episodios de atención más recientes por facturas pendientes que se agreguen para facturar al paciente.
- m. LUMC proveerá a los pacientes una notificación escrita que indique la disponibilidad de asistencia financiera para pacientes elegibles, identifique las acciones ECA que LUMC (u otra parte autorizada) intenta iniciar para obtener el pago por la atención, y establezca una fecha límite después de la cual tales ECA puedan iniciarse, que no será antes de 30 días a partir de la fecha en que se provea la notificación escrita. LUMC incluirá un resumen en lenguaje simple de la FAP junto con la notificación escrita, y hará un esfuerzo razonable para notificar oralmente al paciente acerca de la FAP de LUMC y acerca de cómo el paciente puede obtener asistencia con el proceso de solicitud de la FAP.
- n. En caso de diferimiento o rechazo, o solicitud de un pago por brindar atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de un individuo por una o más facturas por atención médica previamente cubierta bajo la FAP de LUMC, LUMC podrá notificar al individuo acerca de su FAP antes de 30 días antes de iniciar la ECA. Sin embargo, para valerse de esta excepción, LUMC debe cumplir varias condiciones. LUMC debe:
 - i. Brindar al paciente un formulario de solicitud de FAP (para garantizar que el paciente pueda solicitarlo de inmediato, si es necesario), y notificar al paciente por escrito acerca de la disponibilidad de asistencia financiera para individuos elegibles, y la fecha límite, si la hay, a partir de la cual el hospital dejará de aceptar y procesar una solicitud de FAP presentada por el paciente por la atención

médica en cuestión brindada previamente. La fecha límite no podrá ser anterior al último de los 30 días posteriores a la fecha en que se provea la notificación escrita, o 240 días posteriores a la fecha en que se proveyó el primer resumen de cuenta posterior a la baja por la atención médica brindada previamente. De tal forma, aunque la ECA relacionada con el diferimiento o rechazo de atención pueda ocurrir inmediatamente después de cumplido el requisito de notificación escrita y oral, se debe otorgar al paciente al menos 30 días posteriores a la notificación para presentar una solicitud de FAP por la atención médica brindada previamente.

- ii. Notificar al paciente acerca de la FAP por medio de un resumen en lenguaje simple de la FAP y de una notificación oral al paciente acerca de la FAP de la instalación hospitalaria y acerca de cómo el paciente puede obtener asistencia con el proceso de solicitud de la FAP.
- iii. Procesar la solicitud de manera expeditiva, para garantizar que la atención médicamente necesaria no se demore innecesariamente si se ha presentado una solicitud.

Los esfuerzos razonables modificados discutidos anteriormente no son necesarios en los siguientes casos:

- i. Si han transcurrido 120 días a partir de la primera factura posterior a la baja por la atención brindada previamente y LUMC ya ha notificado al paciente acerca de las acciones ECA que intenta realizar.
 - ii. Si LUMC ya ha determinado si el paciente era elegible para FAP por la atención en cuestión brindada previamente en base a una solicitud de FAP completa o si ha determinado presuntamente que el paciente era elegible para la atención brindada previamente.
- o. LUMC brindará una notificación escrita de que no existe deuda si se determina que un paciente es elegible para recibir atención gratuita.
 - p. LUMC proveerá a pacientes que se determinen elegibles para recibir asistencia que no sea atención gratuita, un resumen de cuenta que indique el importe que debe el paciente por atención como paciente elegible para FAP. El resumen de cuenta también describirá cómo se determinó ese importe y cómo puede el paciente obtener información relacionada con la manera en que se determinó el importe.

IV. Prácticas justas de facturación y cobro

- a. LUMC implementará prácticas de facturación y cobro de las obligaciones de pago de pacientes que sean justas, consistentes y en cumplimiento con las regulaciones estatales y federales.
- b. LUMC pondrá a disposición de todos los pacientes que califiquen un plan de pago de

corto plazo libre de interés, con plazos de pago definidos en base al saldo pendiente de la cuenta. LUMC también ofrecerá un programa de préstamos para los pacientes que califican.

- c. LUMC dispondrá de un procedimiento por escrito que describa cuándo y bajo qué autoridad una deuda del paciente se envía a gestión de cobro externo consistente con este procedimiento.
- d. Las siguientes actividades de recaudación pueden ser empleadas por LUMC o un agente de recaudación en su nombre:
 - i. Comunicarse con los pacientes (llamada, por escrito, fax, texto, correo electrónico, etc.) y sus representantes en cumplimiento de la ley de cobros de deuda justa, identificando claramente a LUMC. Las comunicaciones del paciente también cumplirán con los reglamentos de privacidad de HIPAA.
 - ii. Solicitar el pago de la parte de la obligación de pago estimado del paciente en el momento del servicio de conformidad con las normas de EMTALA y las leyes del estado.
 - iii. Brindar un programa de préstamo de bajo interés para el pago de deudas pendientes para los pacientes que tienen la capacidad de pago, pero no pueden cumplir con los requerimientos de pago a corto plazo.
 - iv. Informar sobre deudas pendientes a agencias de crédito únicamente después de que se hayan aplicado todos los aspectos de este procedimiento y después de que se hayan hecho esfuerzos de cobro razonables en conformidad con la política de asistencia financiera de LUMC.
 - v. Adoptar acciones legales para personas que tienen los medios para pagar, pero que no pagan o que no están dispuestos a pagar. También se puede adoptar una acción legal por la porción del monto impago después de la aplicación de la política de asistencia financiera del LUMC. Debe obtenerse una aprobación de Trinity Health o del director financiero o director ejecutivo de LUMC, o del jefe operativo de servicios financieros al paciente de LUMC, antes de comenzar un procedimiento legal o proceder con acciones legales para cobrar un juicio (o sea embargo del salario, averiguaciones sobre el deudor).
 - vi. Embargar la propiedad de un individuo que tiene los medios para pagar, pero que no paga o que no está dispuesto a pagar. Los embargos se pueden aplicar por el monto impago después de la aplicación de la política de asistencia financiera de LUMC. La determinación de un embargo requiere de la aprobación de Trinity Health o del director financiero o director ejecutivo de LUMC, o del jefe operativo de servicios financieros al paciente de LUMC. Los embargos sobre la residencia primaria solo pueden ejecutarse bajo la venta de la propiedad y protegerán cierto valor de activo de la propiedad según lo documentado en este

procedimiento. LUMC aconseja proteger 50% del valor neto hasta \$50,000.

- e. LUMC (o un agente de cobro en su nombre) no adoptará acciones contra la persona del deudor, como órdenes de arresto o detención. LUMC es consciente de que un tribunal de justicia puede imponer una orden de detención u otra acción similar contra un acusado por no cumplir con la orden del tribunal o por otras violaciones de la ley relacionados con un esfuerzo de cobro. En casos extremos de evasión premeditada y falta de pago de una cantidad adeudada justamente cuando los recursos necesarios están disponibles para hacerlo, se puede emitir una orden judicial; por lo general, LUMC utilizará primero sus esfuerzos para convencer a las autoridades públicas de no tomar dicha acción y, si no tiene éxito, considerará la pertinencia de suspender el esfuerzo de cobro para evitar una acción contra la persona del deudor.
- f. LUMC (o un agente de cobro en su nombre) tomarán todas las medidas razonables para revertir acciones ECA relacionadas con montos ya no adeudados por pacientes elegibles para FAP.
- g. LUMC podrá tener un acuerdo aprobado por la Oficina de Sistema con una agencia de cobranza, siempre que tal acuerdo cumpla con los siguientes criterios:
 - i. El acuerdo con la agencia de cobranza debe ser por escrito;
 - ii. Ni LUMC ni la agencia de cobranza podrán en ningún momento adoptar acciones contra la persona del deudor, como órdenes de arresto o detención.
 - iii. El acuerdo debe definir estándares y alcance de las prácticas a utilizar por agencias de cobranza externas que actúen por cuenta de LUMC, todas ellas en cumplimiento con este procedimiento;
 - iv. La agencia de cobranza no podrá iniciar ninguna acción legal sin la autorización previa de LUMC;
 - v. Los servicios legales de Trinity Health deben aprobar todos los términos y condiciones de contratación de abogados para representar a LUMC en la cobranza de las cuentas de los pacientes;
 - vi. Todas las decisiones referidas a la forma en que el abogado manejará el reclamo, ya sea si se iniciará una demanda, si el reclamo se solucionará o arreglará, si el reclamo será devuelto a LUMC y otros asuntos relacionados con la resolución del reclamo por parte del abogado, serán tomadas por LUMC en consulta con los servicios legales de Trinity Health ;
 - vii. Todo pedido de acción legal para cobrar un juicio (*o sea*, gravamen, embargo, averiguaciones sobre el deudor) debe ser aprobado por escrito con anterioridad con respecto a cada cuenta por parte del representante de LUMC adecuado, según se describe en la sección (IV)(d)(v);

- viii. LUMC debe reservarse el derecho a discontinuar acciones en cualquier momento, en relación a cualquier cuenta específica; y
- ix. La agencia de cobranza debe aceptar indemnizar a LUMC por cualquier violación a los términos de su acuerdo escrito con LUMC.

V. Implementación de políticas precisas y consistentes

- a. Los representantes de los servicios financieros a pacientes de LUMC y los departamentos de acceso de pacientes instruirán a los miembros del personal que trabajan de cerca con pacientes (incluidos los que trabajan en la registración y admisión, ayuda financiera, servicios al cliente, facturación y cobranzas, consultorios médicos), acerca de facturación, ayuda financiera, políticas y prácticas de cobranza, y tratamiento de todos los pacientes con dignidad y respeto independientemente de su condición de asegurado y su capacidad de pagar por los servicios.
- b. LUMC cumplirá con los compromisos de apoyo financiero aprobados bajo los lineamientos de asistencia financiera anteriores.

VI. Otros descuentos

- a. Descuentos por pronto pago: LUMC podrá desarrollar un programa de descuentos por pronto pago que estará limitado a saldos equivalentes o mayores a \$ 200,00 y no superará el 20% del saldo adeudado. El descuento por pronto pago se ofrecerá en el momento del servicio y se registrará como un ajuste contractual, y no podrá registrarse como atención benéfica en los estados contables.
- b. Descuentos por pago propio: LUMC aplicará un descuento por pago propio estándar sobre los cargos para todos los pacientes registrados como de pago propio que no califiquen para asistencia financiera (o sea, >600% del FPL) en base a la tasa comercial más alta pagada.
- c. Descuentos adicionales: Se pueden realizar ajustes que superen el porcentaje de descuentos descriptos en este procedimiento en una base de caso por caso, frente a una evaluación acerca de la factibilidad de cobranza de la cuenta y autorizados por los niveles de aprobación establecidos de LUMC.

En caso de que alguna disposición de esta FAP esté en conflicto con los requerimientos de las leyes del estado en que opera LUMC, la ley estatal prevalecerá sobre la disposición en conflicto y LUMC actuará de conformidad con la ley estatal vigente.

ALCANCE/VIGENCIA

Este procedimiento se aplica a todas las entidades LUMC que operan hospitales licenciados exentos de impuestos. Las organizaciones LUMC que no operan hospitales licenciados exentos de impuesto pueden establecer sus propios procedimientos de asistencia

financiera para otros servicios de atención médica que brinden, y se les recomienda usar los criterios establecidos en este procedimiento de FAP como guía.

DEFINICIONES

Período de inscripción comienza el día en que se brinda la atención, y termina el último de los 240 días posteriores al primer resumen de cuenta posterior a la baja hospitalaria del paciente, o bien --

- i. la finalización del período de 30 días en que el paciente que califica para asistencia menos amplia disponible en base a la condición de apoyo presunto, o antes de una determinación de elegibilidad de FAP que haya solicitado una asistencia financiera más amplia.
- ii. la fecha límite provista en notificación escrita después de la cual se podrá iniciar un ECA.

Importes facturados generalmente ("AGB", por sus siglas en inglés) se refiere a los importes facturados generalmente por atención de emergencia o médicamente necesarios a pacientes que tienen seguro que cubre tal atención; los AGB de atención aguda o médica de LUMC se calcularán mediante la metodología de cálculo retroactivo de estimar el importe de reclamos de Medicare pagados dividido por el total o cargos "brutos" de esos reclamos por la Oficina de Sistema o por GMH anualmente, en base a doce meses de reclamos pagados con un desfase de 30 días de la fecha del informe hasta la fecha más reciente de baja médica.

Atención con descuento se refiere al descuento parcial del monto adeudado para pacientes que califiquen bajo la FAP.

Emergencia de servicios médicos son aquellos servicios necesarios para atender una afección que puede poner en riesgo la vida o el resultado de una lesión grave que requiere atención médica inmediata. Por lo general, esta condición médica está regida por la Ley de Tratamiento Médico de Emergencias y de Parto Activo (EMTALA).

Equipo de liderazgo ejecutivo (ELT, por sus siglas en inglés) se refiere al grupo compuesto por el más alto nivel directivo de LUMC.

Acciones de cobranza extraordinaria (ECA, por sus siglas en inglés) incluye las siguientes acciones tomadas por LUMC (o una agencia de cobranzas en su nombre):

- Diferir o rechazar, o requerir un pago previo a brindar atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de un paciente de una o más facturas por atención cubierta previamente brindada bajo la FAP de una instalación hospitalaria. Si LUMC requiere el pago antes de brindar atención a un individuo con una o más facturas pendientes, se presumirá que tal requerimiento de pago obedece a la falta de pago de facturas pendientes por parte del individuo, a menos que LUMC pueda demostrar que requirió el pago del individuo debido a otros factores diferentes a los relacionados con su falta de facturas pasadas.
- Informar deudas impagas a agencias de crédito.

- Adoptar acciones legales para cobrar un juicio (o sea, embargo de salario, averiguaciones sobre el deudor).
- Aplicar embargos sobre la propiedad de los individuos.

Familia (según lo define la Oficina de censo de Estados Unidos), es un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción. Si un paciente declara a una persona como dependiente en su declaración de impuestos, de acuerdo con las reglas del servicio de impuestos internos, puede ser considerado un dependiente con el propósito de determinar la elegibilidad bajo la política de asistencia financiera de LUMC.

Ingreso familiar - El ingreso familiar de una persona incluye el ingreso de todos los miembros adultos de la familia en el hogar. Para pacientes menores de 18 años de edad, el ingreso familiar incluye el ingreso anual de los padres o padrastros, o de los parientes del guardián, del período de 12 meses previos o el año fiscal previo, según lo que demuestren los talones de pago recientes o las declaraciones de impuestos y otra información. La constancia de ingresos puede determinarse por el ingreso familiar anual a la fecha, teniendo en cuenta la tasa de ingresos actuales.

Política de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés) se refiere a una política y procedimiento escrito que cumple con los requisitos descritos en §1.501(r)-4(b).

Aplicación de política de asistencia financiera (FAP) se refiere a la información y documentación complementaria que un paciente presenta para solicitar asistencia financiera bajo la FAP de LUMC. LUMC puede obtener información de un individuo de forma escrita u oral (o una combinación de ambos).

Apoyo financiero se refiere a apoyo (benéfico, descuentos, etc.) proporcionado a los pacientes para los cuales sería difícil pagar el costo total de los servicios médicamente necesarios proporcionados por LUMC que cumplan con los criterios de elegibilidad para dicha ayuda.

Atención gratuita se refiere al descuento total del monto adeudado para pacientes que califiquen bajo la FAP.

Ingresos incluye sueldos, salarios, salario y empleo por cuenta propia, compensación por desempleo, compensación laboral, pagos del Seguro Social, asistencia pública, beneficios para veteranos, manutención de hijos, beneficios del sobreviviente, pensiones, ingresos por jubilación, pagos regulares de seguros y anualidades, ingresos de patrimonio y fideicomisos, alquileres recibidos, intereses/dividendos e ingresos de otras fuentes diversas.

Médicamente necesario se define como está documentado en el Manual de Proveedor de Medicaid del estado de LUMC.

Política se refiere a una declaración de alto nivel de administración sobre asuntos de importancia estratégica para LUMC o una declaración que interpreta en mayor profundidad

los documentos que rigen a LUMC . Las políticas del sistema pueden ser independientes o pueden reflejar políticas designadas por el organismo de aprobación.

Resumen de la FAP en lenguaje sencillo se refiere a una declaración escrita, que notifica al paciente que las instalaciones hospitalarias ofrecen asistencia financiera bajo una FAP y brinda la siguiente información adicional en lenguaje claro, conciso y fácil de comprender:

- Una breve descripción de los requisitos de elegibilidad y asistencia ofrecida bajo la FAP.
- Un breve resumen acerca de cómo solicitar asistencia bajo la FAP.
- Una dirección directa al sitio web (o URL) y ubicaciones físicas donde el paciente puede obtener copias de la FAP y el formulario de solicitud de la FAP.
- Instrucciones sobre cómo el paciente puede obtener una copia gratuita de la FAP y el formulario de solicitud de la FAP por correo.
- La información de contacto, incluido el número de teléfono y ubicación física de la oficina o departamento de la instalación hospitalaria que puede brindar información acerca de la FAP y ofrecer asistencia con el proceso de solicitud de la FAP.
- Una declaración de la disponibilidad de traducciones de la FAP, el formulario de solicitud de la FAP, y resumen en lenguaje simple de la FAP en otros idiomas, si corresponde.
- Una declaración de que a un paciente elegible para la FAP no se le debe cobrar más que el AGB por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

Procedimiento se refiere a un documento diseñado para implementar una política o una descripción de acciones o procesos específicos requeridos.

Área de servicio es la lista de los códigos postales que comprenden el área del mercado de servicio de LUMC que constituye una "comunidad con necesidad " de servicios de atención médica primaria.

Estándares o lineamientos se refiere a instrucciones y orientación adicionales que asisten en la implementación de procedimientos, incluidas aquellas desarrolladas por organismos de acreditación o profesionales.

Pacientes sin seguro médico se refiere a una persona que no tenga seguro médico, que no tenga cobertura de terceros por un asegurador comercial de terceros, un plan ERISA, un programa federal de atención médica (incluidos Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS sin limitación), compensación laboral u otro tipo de asistencia de terceros para cubrir toda o parte del costo de la atención, incluidos reclamos contra terceros cubiertos por el seguro al que LUMC está subrogado, pero sólo si el pago lo hace realmente por dicha compañía de seguros.

Urgente (nivel de servicio) se refiere a los servicios médicos necesarios para atender una afección que no represente riesgo de vida, pero que requiera de servicios médicos oportunos.

DEPARTAMENTO RESPONSABLE

Se puede obtener mayor orientación relacionada con este procedimiento del VP, servicios financieros a pacientes, en el Departamento de Excelencia de Ingresos (Revenue Excellence Department).

PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS Y OTROS MATERIALES

- Política de asistencia financiera de LUMC N.º FIN-002: “Política de asistencia financiera” (“FAP”)
- Política de excelencia de ingresos de LUMC N.º FIN-011: "Pago de primas QHP y pacientes pagaderos"
- Ley de Protección al Paciente y de Atención Médica Asequible: Sección Reglamentaria 501(r)
- Servicio de Impuestos Internos Programa H (Formulario 990)
- Departamento del Tesoro, Servicio de Impuestos Internos, Requisitos Adicionales para Hospitales Benéficos; Norma definitiva: Volumen 79, No. 250, Parte II, 26 CFR, Parte 1
- Política N.º 11.05.11 de la Ley de tratamiento médico de emergencias y de parto activo de LUMC EMTALA