

# Política de asistencia financiera

**Propietario de la política: Cuentas de pacientes**

## DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

Establecer un proceso sistemático para el suministro y la determinación de los servicios de atención para indigentes y de beneficencia acorde con los recursos y la misión de AU Health. Esta póliza cubre el proceso de evaluación financiera para pacientes que no cuentan con seguro y solicitan los servicios médicamente necesarios proporcionados por AU Health. Este programa se creó para todas las personas que solicitan atención gratuita y de costo reducido, y permite al sistema sanitario:

- (a) Brindar servicios sin costo a las personas cuyos ingresos se encuentran por debajo del 125 % del nivel de pobreza federal y
- (b) Brindar servicios sin costo o adoptar una escala de tarifas variables (servicios con costo reducido) para personas con ingresos de entre el 125 y 200 % del nivel de pobreza federal.

## PARTES INTERESADAS AFECTADAS

*Indique todas las entidades y personas dentro de la empresa que se ven afectadas por esta política:*

- Servicios administrativos
- Personal contratado
- Personal interno/residentes y becarios clínicos
- Personal especializado
- Personal médico (incluye médicos, auxiliares médicos [PA, por sus siglas en inglés], enfermeras especialistas [APN, por sus siglas en inglés])
- Servicios de asistencia sanitaria para pacientes (enfermería, auxiliar de enfermería [PCT, por sus siglas en inglés], empleados de la unidad)
- Servicios profesionales (laboratorio, radiología, respiratorios, farmacia; etc.)
- Proveedores/contratistas
- Otro: pacientes

## DEFINICIONES

**Médicamente necesario:** servicios o equipos médicos basados en prácticas médicas generalmente aceptadas teniendo en cuenta las condiciones al momento del tratamiento que: (a) son pertinentes y coherentes con el diagnóstico del médico de cabecera, y su omisión podría afectar de manera adversa el estado médico del miembro elegible, (b) son compatibles con los estándares de la práctica médica aceptables en los Estados Unidos, (c) se proporcionan en un entorno seguro, apropiado y rentable teniendo en cuenta la naturaleza del diagnóstico y la gravedad de los síntomas, (d) no se proporcionan exclusivamente para la comodidad del miembro ni la comodidad del profesional sanitario o el hospital, (e) no constituyen cuidados bajo custodia, y (f) no debe haber ningún otro tratamiento, servicio ni entorno eficaz y más conservador ni considerablemente menos costoso.

---

*Las copias impresas tienen fines de referencia exclusivamente. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.*

**Política n.º:** 723

**Versión:** 3

**Patrocinador de la política:** escriba el título del director ejecutivo del departamento.

**Emisión original:** 07/24/2015

**Última corrección:**

10/26/2018 **Última revisión:**

10/29/2018 **Próxima revisión:**

10/29/2019

**Póliza de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés): política del programa AU Medical Centers Program** para pacientes sin seguro, que incluye criterios de elegibilidad, la base para el cálculo de costos, el método para la solicitud de asistencia financiera y cómo obtener la política.

**Resumen en términos sencillos:** una declaración por escrito que notifica a una persona que AU Medical Center ofrece asistencia financiera de acuerdo con la FAP para todos los servicios médicamente necesarios y contiene la información necesaria para reunir las condiciones para participar del programa de asistencia financiera.

Responsabilidad del paciente significa el monto en dólares que el paciente o el garante está legalmente obligado a pagar por los servicios brindados por un proveedor. En el caso de los pacientes asegurados, esto puede incluir copagos, deducibles y pagos por servicios no cubiertos.

**Atención programada/no urgente:** una visita programada es aquella que el paciente o el médico eligió (opcional) y es favorable para el paciente pero no es urgente.

**Unidad familiar:** incluye personas que viven solas y cónyuges, padres y sus hijos menores de 21 años que viven en el mismo hogar. Una unidad familiar puede incluir niños menores que viven con sus tutores legales.

**DFCS:** División de servicios para familias y niños (Division of Family and Children Services)

**SSI:** ingreso suplementario de seguridad (Supplemental Security Income)

## PROCESO Y PROCEDIMIENTOS

### A. Atención de emergencia

Los pacientes que se presentan en un centro de AU Health y solicitan evaluación y tratamiento para una afección médica de emergencia recibirán evaluación y estabilización para dicha afección independientemente de su capacidad de pago. Esta política incluye la evaluación financiera de servicios de atención médicamente necesaria, programada y no urgente en forma previa al servicio o la evaluación después del suministro de servicio de emergencia cuando el paciente solicita asistencia financiera.

### B. Atención programada/no urgente

Los pacientes con necesidades no urgentes que no poseen seguro pueden ser sometidos a una evaluación financiera antes de recibir atención a través del proceso de planificación o admisión previa y después de recibir atención a través de la Oficina comercial del sistema sanitario (Business Office for the Health System).

### C. Información sobre cobros

- A las personas elegibles para recibir asistencia financiera no se les cobrará una cantidad superior a los montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) para los servicios de emergencias u otra atención médicamente necesaria.
- Este monto surge del uso del método de actualización, que utiliza el promedio de las tasas del contrato de seguro y se revisa anualmente para ajustar según sea necesario.

### D. Política de descuento

Los descuentos, por encima del descuento automatizado de los AGB quitados automáticamente de las cuentas de los pacientes que no poseen seguro, se realizan conforme a las siguientes pautas para los servicios médicamente necesarios.

- Requisito de residencia:
  - Residente de Georgia
  - Residente de Carolina del Sur

- No se concederán descuentos si el paciente cuenta con otra cobertura de terceros tal como seguro médico, pólizas de responsabilidad o de seguro de accidente Medpay.
  - Los esfuerzos por obtener elegibilidad para seguro activo se completarán antes de la evaluación financiera como no asegurado.
    - Análisis con pacientes con cobertura activa o información sobre responsabilidad por accidentes.
    - Copias de tarjetas de seguro obtenidas y digitalizadas en el registro financiero electrónico.
    - Verificación de elegibilidad a través de proveedores elegibles terceros en línea, sitios web de seguros y por teléfono mediante todas las unidades de respuesta por voz (VRU, por sus siglas en inglés).
- El sistema de salud Health System hará todos los esfuerzos posibles por garantizar que el paciente o el garante haya solicitado cobertura y se la haya denegado conforme a los programas de Medicaid estatales:
  - AU Health realiza un contrato con un proveedor elegible de Medicaid en el centro para brindar ayuda con la evaluación de Medicaid para todos los programas de Medicaid, a fin de incluir Medicaid para personas con discapacidad o SSI.
- Los residentes de Georgia y Carolina del Sur con ingresos por debajo del 125 % del nivel de pobreza federal no serán responsables del pago de ninguna proporción de las facturas correspondiente al paciente (atención a indigentes).
- Los residentes de Georgia y Carolina del Sur con ingresos de entre el 125 y el 200 % del nivel de pobreza federal serán elegibles para recibir un descuento en la proporción de responsabilidad de las facturas correspondiente al paciente teniendo en cuenta una escala de tarifas variables que está disponible bajo solicitud y se revisa anualmente para que coincida con las pautas federales de pobreza. (Atención de beneficencia).
- Puede aplicarse un descuento a los saldos de cuentas del pasivo de pacientes con deudas incobrables y activos abiertos.
- Las solicitudes completas serán válidas por seis meses después de la fecha de realización.
  - El inicio de la asistencia financiera entrará en vigencia en la fecha en que se procesó la solicitud para llevarse a cabo por el personal del hospital.
- Luego de la fecha de aprobación de seis meses, todos los pacientes deben volver a presentar la solicitud de asistencia financiera si se requiere atención médicamente necesaria adicional al haber transcurrido la fecha de aprobación de seis meses.
- Es un requisito que el paciente colabore y complete la *Solicitud de asistencia financiera* y justifique la *Verificación de ingresos* a fin de ser considerado para la asistencia financiera.
- La atención que no es de emergencia ni médicamente necesaria no estará cubierta bajo la asistencia financiera.

#### **E. Información necesaria para completar la determinación de elegibilidad**

- Solicitud completa de asistencia financiera
- Prueba de residencia en Georgia o Carolina del Sur
- Verificación de ingresos para los ingresos brutos de las unidades familiares
  - Puede proporcionarse una lista de verificación aceptable de documentos de ingresos y está disponible en Internet

#### **F. Cómo presentar la solicitud**

- Las solicitudes de asistencia financiera pueden obtenerse en:
  - Servicios de ingreso del paciente
  - Sala de emergencias
  - Oficina comercial, Servicio de atención a clientes
  - En línea en [www.augustahealth.org](http://www.augustahealth.org) – En Información para el paciente y la familia – Asistencia financiera
  - Para obtener una solicitud por correo electrónico, comuníquese al 706-721-2961.

- Podrá encontrar instrucciones detalladas para completar la solicitud en Internet en [www.augustahealth.org](http://www.augustahealth.org).
- Para realizar preguntas sobre la asistencia financiera, puede llamar al servicio de atención a clientes de la oficina comercial de AU Health al 706-721-2961.

### **G. Facturación y cobros**

- La información sobre las medidas adoptadas por falta de pago pueden encontrarse en la [Política sobre facturación y cobros](#).
  - La política puede encontrarse en línea en [www.augustahealth.org](http://www.augustahealth.org) – En Información para el paciente y la familia.
  - Puede solicitarse una copia impresa de la política a través del servicio de atención a clientes de la oficina comercial de AU Health.

### **H. Registro de cuentas de pacientes**

- Los sistemas de facturación electrónica de Health Systems se usan para mantener el registro de cuentas de pacientes y están impulsados por la cantidad de miembros de la familia, los ingresos, la clase de paciente y, por último, los códigos de transacción que indican cómo se arbitró la deuda.

### **I. Médicos**

- Los médicos de AU Medical Associates ofrecen atención de emergencia y demás atención médicamente necesaria en AU Health. A estos médicos no se les requiere seguir la Política de asistencia financiera del centro médico (Medical Center).

### **J. Anexo**

- A - Descuento de los AGB
- B - Verificación de ingresos
- C - Listado de médicos
- D - Códigos de transacción

## **REFERENCIAS, DOCUMENTOS DE SOPORTE Y HERRAMIENTAS**

Solicitud de asistencia financiera

### **POLÍTICAS RELACIONADAS**

[Política de facturación y cobros](#)

### **APROBADO POR**

Director ejecutivo, AU Medical Center

**Fecha:** 10/29/2018

## Anexo A

### Descuento de AGB – Información sobre cobros

- A las personas que no poseen seguro no se les cobrará una cantidad superior a los montos generalmente facturados (AGB) para los servicios de emergencia u otra atención médicamente necesaria.
- Este monto surge del uso del método de actualización, que aprovecha el promedio de nuestras tasas del contrato de seguro, y esto se revisa anualmente y se ajusta según sea necesario.
- Descuento de AGB actual 61 % de los cargos totales.
- El código de transacción automatizada usado para ajustar AGB es 99991227.

## Anexo B - Verificación de ingresos

Los pacientes que quieran solicitar asistencia financiera con sus facturas médicas:

- ***Deben*** proporcionar una copia de su declaración federal de impuestos sobre los ingresos completada más recientemente y firmada 1040A, 1040EZ o 1040 con escalas impositivas.

Si el paciente (o la persona responsable) no presentó los impuestos el año anterior o si la situación de ingresos cambió, el paciente debe proporcionar fotocopias de **al menos uno** de los siguientes documentos para verificar los ingresos **totales** familiares **brutos** (antes de realizar las deducciones):

- Comprobantes de pago de los últimos tres (3) meses más recientes para todos los miembros de la familia que trabajan.
- Declaración notariada que demuestre ingresos por manutención de menores, pensión alimenticia, ingresos por renta, intereses, dividendos, pagos de asistencia regular, ingresos por propiedades o fideicomisos.
- Una carta fechada y firmada del empleador en papel con membrete de la empresa que indique el monto de los ingresos brutos por período de días y la cantidad total de horas trabajadas por período de pago.
- Copia de cheques o declaraciones que demuestren pensiones, seguro social, beneficios de veteranos, asistencia pública. \*Los ingresos de Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) o seguro del Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés) recibidos por cualquier miembro de la familia están excluidos y no se tendrán en cuenta en el cálculo de los ingresos brutos familiares totales.
- Copia de declaración bancaria que demuestre un "depósito electrónico" del gobierno federal de seguro social, beneficios de veteranos.
- Declaración que demuestre prestaciones por accidentes de trabajo o desempleo.
- Copia del resumen de cupones para alimentos.
- Carta del Departamento de servicios para familias y niños (Department of Family and Children Services) o de la Oficina de Seguro Social que verifique los ingresos.
- ***Declaración notariada*** de una persona de la comunidad; es decir, abogado, alguacil, ministro, alcalde, miembro del concejo municipal, que pueda certificar la situación financiera del paciente.
- En ausencia de la documentación anterior, se aceptará una declaración de cero ingresos del paciente/solicitante para la revisión.

NOTA:

- Los ingresos deben volver a verificarse cada vez que haya un cambio en los ingresos.
- Los ingresos del seguro social deben volver a verificarse el primer día de cada año calendario.

## Anexo C

### Listado de médicos

- Médicos de AUMA

## Anexo D

### Códigos de transacción

- Descuento de auto-pago
  - Ajuste automatizado: 99991227
  - Ajuste manual: 99990227
  - Ajuste por deudas incobrables: 99992227
- Fondo Fiduciario para la Atención a Indigentes (ICTF, por sus siglas en inglés) Georgia Indigent
  - Ajuste automatizado: 99990185
  - Ajuste manual: 99990180
- Programa de beneficencia Georgia Charity Care
  - Ajuste automatizado: 99990160
  - Ajuste manual: 99990032
- Programa para indigentes y de beneficencia SC Indigent and Charity Care
  - Ajuste automatizado: 99993332
  - Ajuste manual: 99993232
- Descuento para personas con seguro insuficiente
  - Descuento manual: 99990232