

WARM SPRINGS REHABILITATION HOSPITAL OF KYLE

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

30 de junio de 2016

POLÍTICA/PRINCIPIOS

Es política de Warm Springs Rehabilitation Hospital of Kyle (la “Organización”) ofrecer asistencia financiera a pacientes que o bien no tienen seguro médico o cuentan con un seguro insuficiente y posiblemente no puedan pagar por la totalidad de su atención médica en función de sus ingresos, activos y necesidades.

1. Esta política se aplica a todos los servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios que ofrece la Organización, incluidos los servicios de empleados médicos y de salud conductual. Esta política no se aplica a los acuerdos de pago de procedimientos electivos u otra atención que no sea de emergencia o, de otro modo, necesaria desde el punto de vista médico.
2. En la Lista de proveedores cubiertos por la Política de asistencia financiera, se proporciona una lista de todos los proveedores que prestan servicios de atención dentro de las instalaciones de la Organización y se especifica cuáles están cubiertos por la Política de asistencia financiera y cuáles no lo están.

DEFINICIONES

A los efectos de esta Política, se aplican las siguientes definiciones:

- **“501(r)”** se refiere a la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code) y los reglamentos promulgados en virtud de este.
- **“Cantidad generalmente facturada”** o **“AGB”** (por sus siglas en inglés) se refiere, con respecto a la atención de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria, a la cantidad que por lo general se factura a las personas que tienen un seguro que cubra dicha atención.
- **“Asistencia financiera”** se refiere a la atención gratuita o a un plan de pago con descuento en función del cumplimiento de los criterios de elegibilidad de ingresos establecidos por la Organización. Los criterios de elegibilidad financiera surgen de la actualización anual más recientemente publicada de las Pautas de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (US Department of Health and Human Services), que también se conoce como nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL).
- **“Comunidad”** se refiere al condado de Hays.
- **“Atención de emergencia”** se refiere a la atención prevista para el tratamiento de una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) de tal modo que la ausencia de atención médica inmediata podría dar lugar a un grave deterioro de las funciones corporales o a la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o poner en grave peligro la salud de la persona.
- **“Ingresos”** se refiere a los ingresos anuales de la familia y a los beneficios en efectivo de todas las fuentes antes de impuestos, menos los pagos realizados por pensión alimenticia y manutención de menores. El comprobante de ingresos puede determinarse mediante la anualización de los ingresos familiares del año hasta la fecha, tomando en consideración las tasas de ganancias actuales.

- **“Atención médicamente necesaria”** se refiere a la atención que se considera necesaria desde el punto de vista médico luego de la determinación de mérito clínico por parte de un médico matriculado en consulta con el médico que se encargó de la admisión.
- **“Organización”** se refiere a Warm Springs Rehabilitation Hospital of Kyle.
- **“Paciente”** se refiere a aquellas personas que reciben atención de emergencia o atención médicamente necesaria en la Organización y a la persona financieramente responsable por la atención del paciente.
- **“Paciente de pago particular”** se refiere a un paciente que no cuenta con cobertura de terceros por parte de una compañía de seguro médico, plan de servicios de salud, Medicare o Medicaid, y cuya lesión no es una lesión indemnizable a través de la indemnización por accidentes laborales, el seguro de automóvil u otro seguro según lo determinado y documentado por la Organización. Los pacientes de pago particular pueden incluir pacientes que son elegibles para recibir asistencia financiera.

Información general

1. La asistencia financiera se considera un arreglo financiero de último recurso. Todas las solicitudes de asistencia financiera deben estar acompañadas por la documentación apropiada.
2. De acuerdo con el Programa de cumplimiento normativo Post Acute Medical (PAM), PAM no permite la exención habitual a los copagos o deducibles de seguros, o a cortesía profesional u a otros descuentos no autorizados.
3. La Organización proporcionará asesoramiento financiero a todos los pacientes que requieran asistencia financiera. Esto incluirá ayuda para entender y solicitar los programas de atención médica locales, estatales y federales, como Medicaid.
4. A los pacientes se les ofrecerán planes de pago razonables y, una vez aceptada la oferta, se les facturarán tarifas con descuento. Cuando sea posible, esto ocurrirá antes del alta de un paciente como parte del proceso de asesoramiento financiero.

Asistencia financiera provista

1. Los pacientes de pago particular con bajos ingresos o los pacientes asegurados con bajos ingresos y costos médicos elevados que indiquen la incapacidad financiera para pagar una factura por un servicio médicamente necesario serán evaluados para determinar si recibirán asistencia financiera (consulte las Expectativas de cobro de cuentas de pago particular CBO02).
2. La capacidad de pago del paciente puede evaluarse en cualquier momento durante el transcurso del tratamiento. Por lo general, la responsabilidad financiera del paciente y su capacidad de pago se determinan antes de que el paciente se presente para su primera cita.
3. Se deben realizar los siguientes pasos al examinar y procesar las solicitudes de asistencia financiera:
 - a. Determinar si la fuente de pago cumple con alguno de los siguientes criterios de

elegibilidad para recibir asistencia financiera:

- i. Pago particular, sin seguro
 - ii. Pago particular, el seguro no cubrirá el tratamiento (si es beneficiario de Medicare, es posible que sea necesaria una renuncia ABN)
 - iii. Pago particular, seguro no contratado no facturado por la Organización (el paciente puede facturarle a su propio seguro directamente con un comprobante de tarifa completo que muestre el cargo estándar, el ajuste por la dificultad financiera, el pago y el saldo final)
 - iv. Responsabilidad del paciente; el seguro ha pagado y el monto restante que es responsabilidad del paciente está siendo evaluado para la asistencia financiera.
- b. Ayudar al garante a completar una Solicitud de la Política de asistencia financiera (Solicitud de FAP, por sus siglas en inglés). Determinar si el ingreso es para una persona o grupo familiar. Si es para un grupo familiar, determinar la cantidad de miembros en la familia.
- c. Utilizar la Solicitud de FAP y la Escala de tarifas flexibles para determinar la responsabilidad financiera y la capacidad de pago del paciente. Cualquier desvío de la Escala de tarifas flexibles debe contar con la aprobación corporativa.
- d. A un paciente elegible para recibir asistencia financiera en función de la Escala de tarifas flexibles no se le cobrará más que los cargos calculados de la AGB. La Escala de tarifas flexibles se detalla en el Anexo A adjunto.
- e. La Escala de tarifas flexibles se determina mediante las pautas federales de pobreza de los EE. UU. que se basan en el ingreso disponible anual y la cantidad de dependientes.
- f. Obtener comprobantes de ingresos mediante el análisis de un mes de estados de cuenta del seguro social, recibos de pago, estados de cuenta bancarios, estados de cuenta de pensiones, estados de cuenta de desembolso de acciones o la declaración de impuestos sobre los ingresos del paciente para el año más reciente. Si se usan los recibos de pago de un mes, calcule los ingresos brutos anuales multiplicando los ingresos brutos anuales por doce. **NOTA: Es necesario que el paciente proporcione comprobantes de ingresos para obtener asistencia financiera.**
- g. En el caso de los pacientes con seguro, es necesaria la documentación de los gastos médicos incurridos por el paciente o los miembros de la familia en los doce (12) meses anteriores a fin de validar los costos médicos elevados.
- h. A menos que se especifique lo contrario, cuando un paciente reúna los requisitos para recibir asistencia financiera, el descuento debe aplicarse de forma uniforme a todos los servicios prestados hasta que la situación financiera se reconsidere, actualice y documente.

- i. En ningún caso la Organización permitirá prestar asistencia financiera contractual/por adelantado para pacientes que ***tienen un seguro que exige la facturación por parte de la Organización (planes de seguro contratados o aceptados)***. La facturación de todos los planes de seguro o de beneficios contratados y aceptados se debe realizar a la tasa principal de cargos estándar. Después de que se haya intentado razonablemente cobrar los cargos, si el paciente todavía no puede pagar, se puede considerar la elegibilidad para la asistencia financiera en ese momento.
4. Una vez que se haya efectuado la determinación, se enviará un formulario de notificación a cada solicitante para informarle sobre la decisión de la Organización y la razón de la denegación, si la solicitud fue denegada.
5. Un paciente puede solicitar una apelación de una denegación de elegibilidad. La Organización, en colaboración con la oficina corporativa, analizarán la información presentada o solicitarán que el paciente presente documentos adicionales admisibles. Se le proporcionará al paciente una decisión por escrito respecto a la apelación en el plazo de las 72 horas siguientes a la recepción de la solicitud.
6. Es posible que se le exija un depósito a un paciente de pago particular antes de la determinación sobre su elegibilidad para recibir asistencia financiera. La Organización reembolsará al paciente cualquier importe cobrado a un paciente que reúna los requisitos financieros que supere la cantidad adeudada en virtud de la Política de asistencia financiera de la Organización.

Limitaciones sobre cargos para pacientes elegibles para recibir asistencia financiera

A los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera no se les cobrará de manera individual más que la AGB por atención de emergencia y otro tipo de atención médicamente necesaria, ni más que los cargos en bruto por todo el resto de su atención médica. La Organización calculará un porcentaje de la AGB mediante el uso del método “retroactivo” y la inclusión del cargo por servicios de Medicare y todas las compañías de seguros médicos privados que pagan las reclamaciones a la Organización, todo ello de acuerdo con la sección 501(r). Se puede obtener una copia gratuita del cálculo y porcentaje de la AGB previa solicitud en cualquier área de admisiones. Los pacientes también pueden solicitar que se les envíe una copia gratuita del cálculo y porcentaje de la AGB por correo a su dirección postal llamando a la Oficina de admisiones al 512-268-9592.

Solicitud de asistencia financiera y otros tipos de asistencia

Un paciente puede reunir los requisitos para recibir asistencia financiera mediante la presentación de una Solicitud de FAP completa. Las Instrucciones de presentación de una Solicitud de FAP y la Solicitud de FAP se encuentran disponibles previa solicitud por parte del paciente al momento de la prestación del servicio. Si un paciente desea solicitar asistencia financiera después de la(s) fecha(s) de prestación del servicio, el paciente puede tener acceso a la Solicitud de FAP y a las Instrucciones para su presentación e imprimirlas directamente desde el sitio web de la Organización. Los pacientes también pueden solicitar el envío de una copia de la Solicitud de FAP y de las Instrucciones para su presentación por correo. Para solicitar una copia de los documentos por correo o para solicitar ayuda

con una Solicitud de FAP, los pacientes deben llamar a la Oficina de admisiones al 512-268-9592. En cada uno de los lugares accesibles mencionados anteriormente, se encuentran disponibles la Solicitud de FAP y las Instrucciones para su presentación en inglés y en español.

Facturación y cobros

Las medidas que la Organización pueda tomar en caso de falta de pago se describen en una política de facturación y cobros por separado. El paciente puede solicitar una copia gratuita de la política de facturación y cobros al momento de prestación del servicio o llamando a la Oficina de admisiones al 512-268-9592.

Interpretación

Esta política ha sido desarrollada para cumplir con la sección 501(r), salvo que se indique específicamente lo contrario. Esta política, junto con todos los procedimientos aplicables, deberá interpretarse y aplicarse de conformidad con la sección 501(r), salvo que se indique específicamente lo contrario.

Anexo A

ASISTENCIA FINANCIERA ESCALA DE TARIFAS FLEXIBLES BASADA EN LAS PAUTAS DE POBREZA DE 2014

100 % del nivel federal de pobreza

Cant. de dependientes	Ingreso bruto anual	Ingreso bruto mensual	% de exención
1	\$11,880	\$990	100 %
2	\$16,020	\$1,335	100 %
3	\$20,160	\$1,680	100 %
4	\$24,300	\$2,025	100 %
5	\$28,440	\$2,370	100 %
6	\$32,580	\$2,715	100 %

125 % del nivel federal de pobreza

1	\$14,850	\$1,238	75 %
2	\$20,025	\$1,669	75 %
3	\$25,200	\$2,100	75 %
4	\$30,375	\$2,531	75 %
5	\$35,550	\$2,963	75 %
6	\$40,725	\$3,394	75 %

150 % del nivel federal de pobreza

1	\$17,820	\$1,485	50 %
2	\$24,030	\$2,003	50 %
3	\$30,240	\$2,520	50 %
4	\$36,450	\$3,038	50 %
5	\$42,660	\$3,555	50 %
6	\$48,870	\$4,073	50 %

200 % del nivel federal de pobreza

1	\$23,760	\$1,980	25 %
2	\$32,040	\$2,670	25 %
3	\$40,320	\$3,360	25 %
4	\$48,600	\$4,050	25 %
5	\$56,880	\$4,740	25 %
6	\$65,160	\$5,430	25 %