

Asistencia financiera para la política de servicios hospitalarios de EMHS (FAP)

DEFINICIONES:

Importe Generalmente Facturado (Amount Generally Billed—AGB): El monto generalmente facturado por servicios médicos de emergencia o necesarios por razones médicas a personas cubiertas por seguro. EMHS calcula el AGB cada año para cada uno de sus hospitales afiliados. EMHS utiliza el método “Look-Back” para calcular el AGB. Según el método “Look-Back”, EMHS suma todos los pagos recibidos por el hospital de planes de seguro comercial y Medicare durante el año fiscal más reciente. Después divide esa cifra por la suma de todos los montos cobrados a los planes de seguro comercial y Medicare durante dicho año. Para pedir una descripción por escrito de la manera que EMHS calcula el AGB o para saber cuál es el AGB verdadero de un hospital específico del sistema del EMHS, por favor llame al 207-973-6473 o 207-973-4483. O en la web en <http://emhs.org/Billing-Help.aspx>

Período de solicitud: El período durante el cual EMHS debe aceptar y procesar una solicitud de ayuda financiera. El período de solicitud empieza en la fecha en la que EMHS proporciona la atención a un individuo y termina no antes del día número 240 después de la entrega de la primera factura por la atención posterior al alta hospitalaria.

Cirugía estética opcional: El manual CMS del hospital de Medicare, Sección 250.11. La cirugía estética incluye cualquier procedimiento quirúrgico dirigido a mejorar la apariencia, excepto cuando se necesite para el arreglo inmediato (ej.: tan pronto como sea médicamente posible) de una herida accidental o para el mejoramiento de la función de un miembro del cuerpo malformado.

Acciones de cobro extraordinarias (ECA) – las siguientes acciones tomadas contra un individuo o cualquier otra persona que haya aceptado, o se le solicitó aceptar la responsabilidad de la factura del

cuidado hospitalario del individuo, en relación con la obtención del pago de una factura por cuidados cubiertos bajo la FAC: (i) la venta de la deuda de un individuo a un tercero; (ii) hacer un informe negativo sobre el individuo a las agencias de crédito del consumidor o agencias de crédito; y (iii) acciones que requieren procesos legales o judiciales o (por ejemplo: colocar un gravamen sobre la propiedad de un individuo, ejecutar la hipoteca de la propiedad de un individuo, embargar el salario de un individuo).

Las ECA **no incluyen** colocar gravámenes hospitalarios sobre la propiedad de un paciente para obtener beneficios de los acuerdos, juicios o compromisos derivados de la demanda de un paciente contra un tercero que haya causado las heridas del paciente.

Las ECA **tampoco incluyen** la venta de la deuda de un individuo del hospital a un tercero si, antes de la venta, el hospital firma un acuerdo escrito legalmente vinculante con el comprador de la deuda que

contenga cuatro condiciones:

1. El comprador de la deuda debe acordar no realizar ECA para obtener el pago de la deuda.
2. El comprador de la deuda debe acordar no cobrar intereses por la deuda por encima de la tasa vigente bajo la sección 6621(a)(2) en el momento de la venta de la deuda (o cualquier otra tasa de interés impuesta mediante notificación u otra guía publicada en el Boletín de Ingresos Internos).
3. La deuda debe ser recuperable o revocada por el hospital tras una determinación por parte del hospital o del comprador, de que el individuo es elegible para la FAP ; y
4. Si se determina que el individuo es elegible para la FAP y la deuda no es recuperable o revocada por parte del hospital, el comprador debe cumplir con los procedimientos especificados en el acuerdo que garantiza que el individuo no paga ni tiene la obligación de pagar ni al comprador ni al hospital, más de lo que el individuo es responsable personalmente de pagar como elegible para la FAP.

Las ECA **tampoco incluyen** la presentación de la alegación de un procedimiento de quiebra

Atención de emergencia –

- Un individuo se presenta en el departamento de emergencia (“DE”) y hace una solicitud para examinar o tratar cualquier condición médica; o
- Se trata al paciente en un departamento o en un consultorio que se ofrece al público (en el nombre, letreros, publicidad u otra forma) como un sitio que proporciona atención a condiciones médicas de emergencia que se consideren urgentes, sin necesitar una cita programada (ej.: un centro de atención de emergencia, sala de partos fuera de las instalaciones, etc.);

Familia: Una familia es un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción, que viven juntas y entre las cuales hay responsabilidades legales de apoyo; dichas personas relacionadas se consideran como una familia.

Ingreso familiar: Salario bruto, salarios, dividendos, intereses, beneficios del seguro social, indemnización laboral, beneficios para veteranos, estipendios por entrenamiento, asignaciones militares, apoyo regular de miembros de la familia que no vivan en la casa, pensiones del gobierno, pensiones privadas, algún ingreso por seguro y pagos de anualidades, ingreso por rentas, regalías, patrimonios y fideicomisos. Se incluyen todas las formas de ingreso por autoempleo.

Solicitud de ayuda financiera: Solicitud completada de acuerdo con el proceso establecido en la sección C de esta política.

Índice Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL): El lineamiento del Índice Federal de Pobreza tal como lo determina el Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos y como está publicado en el Registro Federal.

Cargos brutos: El precio total establecido para la atención médica del hospital que se cobra de forma consistente y uniforme a los pacientes antes de aplicar cualquier prestación contractual, descuento o deducción.

Atención médicamente necesaria: servicios médicos o suministros que:

1. hayan sido ordenados por un médico y sean adecuados y necesarios para los síntomas, el diagnóstico o tratamiento de la condición médica o de salud mental;
2. sean proporcionados para el diagnóstico o la atención directa y el tratamiento de la condición médica o de salud mental;
3. cumplan con los estándares de las buenas prácticas médicas dentro de la comunidad médica y de salud mental del área de servicio;
4. no sean principalmente para la conveniencia de la paciente o proveedor; y
5. tengan el nivel o el suministro del servicio más adecuado que pueda proveerse de forma segura o, cuando sea necesario, como lo determine la revisión del proceso de utilización.

Hogar familiar numeroso - si un hogar incluye más de una familia y/o más de un individuo ajeno, las normas sobre ingresos se aplican por separado a cada familia y/o individuo ajeno y no al hogar en su totalidad.

PROPÓSITO: Esta política está destinada a la atención gratuita y precios con descuentos y apoya el compromiso de los Sistemas de Salud de Eastern Maine de proporcionar acceso a atención médica asequible y de alta calidad en una forma fiscalmente responsable, sin importar la posibilidad de pago del paciente. La provisión de ayuda financiera es consistente, adecuada y fundamental para cumplir con nuestra misión, visión y valores.

POLÍTICA: Con el fin de promover la salud y el bienestar de las comunidades a las que servimos, los individuos con o sin seguro con recursos económicos limitados que no califiquen en varios programas de ayuda social serán elegibles para solicitar atención médica gratuita o con descuento, con base en criterios establecidos como se reseña en esta política. La intención es asegurar que la ayuda financiera esté a la disposición de aquellos que lo necesiten y tengan menos posibilidades de pagar.

I. LIMITACIONES:

a. Esta política aplica a:

1. Residentes de Maine que reciben atención de emergencia o médicamente necesaria como lo determine el criterio clínico del proveedor sin importar el estado financiero del paciente y quienes cumplan con los requisitos descritos abajo.
2. Personas que no residen en Maine que soliciten atención de emergencia y que cumplan con los requisitos descritos abajo.

B. La ayuda financiera no:

1. Proporciona seguro médico
2. Funciona como un sustituto o complemento de seguro médico
3. Garantiza beneficios
4. Cubre proveedores de atención médica que no pertenezcan a EMHS

5. Excluye a los copagos mínimos requeridos por la regulación o razones clínicas (ej. programa de intervención para agresores; programa de tratamiento por narcóticos)
6. Cubre cirugía estética opcional

II. ELEGIBILIDAD PARA ATENCIÓN GRATUITA O CON DESCUENTO:

A. La ayuda financiera para atención médicamente necesaria está disponible para:

Los residentes de Maine que:

- no tengan cobertura de seguro médico o una cobertura que pague solo una parte de la factura;
- y
- Cumplan con los criterios establecidos abajo.

B. La ayuda financiera para atención médicamente necesaria está disponible para:

Los residentes y no residentes de Maine que:

- no tengan cobertura de seguro médico o una cobertura que pague solo una parte de la factura;
- y
- Cumplan con los criterios establecidos abajo.

Los hospitales EMHS proporcionan ayuda financiera del 100%/atención gratuita con base en los criterios definidos abajo:

- El ingreso bruto está por debajo del 150% del FPL, sujeto a financiamiento
- El paciente es un residente de Maine
- Personas que no residan en Maine que necesiten atención de emergencia
- Para servicios o suministros que sean una necesidad médica
- Todas las fuentes de pago de terceros se han agotado

Los hospitales de EMHS ofrecen atención gratuita parcial (al menos el 50% o el descuento AGB del hospital EMHS para los cargos aprobados) basándose en los criterios definidos a continuación:

- El ingreso bruto es entre 150 - 250% del FPL
- El paciente es un residente de Maine
- Personas que no residan en Maine que necesiten atención de emergencia
- Para servicios o provisiones que sean una necesidad médica
- Todas las fuentes de pago de terceros se han agotado

C. A ningún individuo elegible para ayuda financiera se le cobrará más por emergencia u otra atención médicamente necesaria que el AGB calculado.

PROCEDIMIENTO:

I. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES ELEGIBLES POTENCIALES

A. Cuando sea posible, la entidad de EMHS llevará a cabo una entrevista previa a la admisión con el paciente, el garante y/o su representante legal, antes de la fecha de

servicio del paciente. De no ser posible esta entrevista, la misma se deberá llevar a cabo al momento del servicio o tan pronto como sea posible después del mismo. En el caso de una admisión de emergencia, las alternativas de pago de la evaluación de EMHS no deben realizarse hasta que se haya proporcionado la atención médica requerida. Al momento de la entrevista inicial con el paciente, se debe reunir la siguiente información:

1. Datos demográficos rutinarios y exhaustivos.
 2. Información completa con respecto a toda la cobertura existente de terceras partes.
- B.** A todos los pacientes se ofrecerá la oportunidad de solicitar ayuda financiera. Cuando un paciente solicite ayuda financiera después de dejar las instalaciones, un representante de la cuenta del paciente enviará una solicitud para que el paciente/tutor la complete.
- C.** La identificación de pacientes elegibles potenciales puede llevarse a cabo en cualquier momento durante el período de solicitud.
- D.** Los consejeros financieros generalmente están disponibles durante las horas de oficina regulares para prestar los siguientes servicios:
1. Identificar posibles fuentes de pago, como seguro de responsabilidad contra accidente o COBRA.
 2. Investigar a los pacientes sobre posible cobertura bajo programas estatales, federales o de ayuda local, incluyendo atención hospitalaria gratuita.
 3. Ayudar a los pacientes en la solicitud de seguro médico patrocinado federal o estatal y programas de atención gratuita.
 4. Discutir cualquier pregunta financiera.
 5. Establecer acuerdos de pago.
 6. Proporcionar estimaciones de costos.
 7. Proporcionar a los pacientes una factura detallada bajo petición.
- E.** La entidad EMHS puede basarse en la información obtenida de otras fuentes para determinar si el individuo es elegible para la ayuda.

II. MEDIDAS PARA DAR UNA AMPLIA PUBLICIDAD DE LA POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA EN LA COMUNIDAD

EMHS y sus organizaciones miembros acatarán todas las leyes vigentes, normas y regulaciones con respecto a la notificación a los pacientes sobre su ayuda financiera, incluyendo las siguientes:

- A.** Que las señales y avisos individuales que contengan información sobre la disponibilidad de atención gratuita o ayuda estén colocados en áreas públicas claves del hospital, que incluyen pero no se limitan a las siguientes: el registro central/acceso de los pacientes, área de espera de la sala de emergencias, ubicaciones clínicas, salas de espera de los médicos en ejercicio contratados por el hospital, centros de consejeros financieros y la oficina comercial.

- B.** Copias en papel de esta política, la solicitud de ayuda financiera y el resumen en lenguaje sencillo estarán disponibles en las ubicaciones enumeradas anteriormente y se ofrecerán a los pacientes como parte del proceso de admisión o de alta.
- C.** La información, como folletos, se incluirá en las carpetas de servicios/información del paciente y/o en las áreas de admisión del paciente y por vía telefónica, Internet o en persona bajo solicitud.
- D.** Se incluirá en todos las facturas un aviso visible con respecto a la disponibilidad de la ayuda financiera, que incluirá el número de teléfono de la oficina o departamento del hospital que puede proporcionar información acerca de esta política y el proceso de solicitud de la ayuda financiera, y la URL o dirección web donde se pueden encontrar copias de esta política, la solicitud de ayuda financiera y el resumen en lenguaje sencillo.
- E.** Toda la información pública y/o formas sobre la prestación de la ayuda financiera que incluye pero no limita a esta política, la solicitud de ayuda financiera y el resumen en lenguaje sencillo de la política, utilizará idiomas que sean adecuados para el área de servicio de la instalación. Si hay idiomas principales además del inglés hablados por un mínimo de 1,000 personas o el 5% de la comunidad atendida por el hospital, se proporcionará la información pública, formas y/o signos en esos otros idiomas.
- F.** La sección de “ayuda de facturación” de la página web del hospital, www.emhs.org/Billing-Help, proporciona un enlace para la solicitud de la ayuda financiera, instrucciones y resumen en lenguaje sencillo.
- G.** EMHS hará un esfuerzo razonable para notificar oralmente a un individuo sobre la Política de Asistencia Financiera del hospital y sobre cómo obtener asistencia con el proceso de Solicitud de Asistencia Financiera al menos 30 días antes del inicio de ECA contra el individuo.
- H.** Si en cualquier momento durante el período de solicitud, el paciente expresa incapacidad para pagar, se le debe informar de la disponibilidad de la ayuda financiera y se le proporcionará una solicitud de ayuda financiera.

III. MÉTODO PARA SOLICITAR AYUDA FINANCIERA

- A.** El paciente debe recibir y completar una solicitud de ayuda financiera escrita y proporcionar todos los datos/documentos requeridos para verificar la elegibilidad. Los tipos de datos/documentos que se requieren para respaldar la solicitud de ayuda financiera están enumerados en las instrucciones de la solicitud de ayuda financiera.
- B.** Presunta elegibilidad - Una determinación donde se presume que un paciente es elegible para ayuda caritativa con base en calificativos financieros e históricos:
 - 1) Un individuo es elegible para ciertos programas estatales como el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance

Program, SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)

- 2) El individuo actualmente es elegible para Medicaid, pero no lo era en la fecha del servicio;
- 3) El individuo no tiene hogar;
- 4) El individuo ha fallecido y no se tiene conocimiento de sucesión alguna para pagar las deudas médicas;
- 5) El individuo es elegible por el estado para recibir ayuda bajo la ley de indemnización a las víctimas de crímenes violentos o la ley de indemnización a las víctimas de agresión sexual;

C. La solicitud de ayuda financiera servirá como el registro que refleje la aprobación o negación de la ayuda financiera.

D. Los individuos pueden contactar a cualquier organización miembro para más información sobre el proceso de solicitud de la ayuda financiera y para ayuda con el mismo. Se incluye una lista de las organizaciones miembros y la información de contacto en el Apéndice A.

E. Hospitales de EMHS proporcionarán, sin discriminación, atención para condiciones médicas de emergencia (de acuerdo con el sentido de la sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395dd) independientemente de su elegibilidad para ayuda según esta Política como requerido por la Ley de Atención Médica de Emergencia y Parto Activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, “EMTALA”), Reglas de Atención de Emergencia y de Transferencia. Hospitales de EMHS no participarán en prácticas de disuadir a personas de buscar atención médica de emergencia u otra atención medicamentosa necesaria como exigir el pago antes de proporcionar atención para condiciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobro de deuda que puedan interferir con la provisión, sin discriminación, de atención médica de emergencia.

IV. ACCIONES DE COBRO EXTRAORDINARIO (ECA)

A. Requerimientos generales antes de iniciar ECA

Los hospitales de EMHS no pueden iniciar ninguna ECA por al menos 120 días desde la fecha

en que el hospital de EMHS entrega la primera factura por la atención posterior al alta hospitalaria y hasta que el individuo sea notificado de la FAP. Adicionalmente, antes de emplear una ECA contra un individuo, los hospitales de EMHS deben hacer los esfuerzos razonables para determinar si un individuo es elegible para ayuda financiera en el marco de la FAP en concordancia con la **sección 1** abajo descrita. Las ECA no se pueden emplear si el paciente ha realizado un acuerdo de pagos satisfactorio con el hospital. Finalmente, antes de comenzar una ECA, el Director Financiero o su designado deben determinar que el hospital ha realizado los esfuerzos razonables para determinar si un individuo es elegible para la FAP y que, haya cumplido con esta política de otro modo. No se puede comenzar una ECA antes de tal determinación por

parte del director financiero o su designado.

1. Esfuerzos razonables

Se considerará que un hospital de EMHS ha realizado esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera bajo la FAP si el hospital de EMHS: (i) determina que la persona cumple con los requisitos para una determinación presunta de elegibilidad; o (ii) proporciona un aviso adecuado al individuo sobre el FAP y procesa cualquier solicitud de FAP presentada por el individuo (ya sea que la solicitud esté completa o incompleta) de acuerdo con los siguientes procedimientos.

- a. Para hacer una determinación de elegibilidad presunta, el hospital debe determinar que el individuo es elegible para la ayuda financiera basándose en una información distinta a la que el individuo proporcionó o sobre la base de una determinación de elegibilidad para la FAP previa. Si se ha determinado que el individuo es presuntamente elegible por menos de la ayuda más generosa disponible bajo la FAP, el hospital debe:
 - i. Notificar al individuo de la base de la determinación y cómo solicitar ayuda más generosa bajo la FAP;
 - ii. Dar al individuo un período de tiempo razonable para solicitar ayuda más generosa antes de iniciar una ECA, y
 - iii. Si el individuo entrega una solicitud para la FAP completa solicitando una ayuda más generosa dentro del período de solicitud, tome las medidas descritas en la **sección 3** más adelante.

- b. Con el fin de notificar la información adecuada a un individuo sobre la FAP, los hospitales de EMHS deben hacer todo lo siguiente:
 - i. Notificar al individuo sobre la FAP en **todas** las siguientes formas, al menos 30 días antes de iniciar una o más ECA:
 1. Entregar al individuo una notificación escrita que indique que la ayuda financiera está disponible para individuos elegibles, identifique las ECA que el hospital de EMHS tiene pensado emplear para obtener el pago y establezca una fecha límite después de la cual se pueden iniciar las ECA, en un plazo no mayor a 30 días después de la fecha en que se entrega la notificación.
 2. Adjuntar un resumen en lenguaje sencillo de la FAP con la notificación escrita.
 3. Hacer un esfuerzo razonable para notificar de forma oral al individuo sobre la FAP y cómo puede este obtener ayuda a través de este proceso.
 - ii. Si el individuo presenta una solicitud para la FAP **incompleta**

durante el período de solicitud, el hospital de EMHS seguirá los siguientes pasos adicionales descritos en la **sección 2** a continuación.

- iii. Si el individuo presenta una solicitud para la FAP **completa** durante el período de solicitud, el hospital de EMHS tomará las siguientes medidas adicionales descritas en la **sección 3** más adelante.

2. Procedimientos adicionales si se presenta una solicitud FAP incompleta

- a. Además de cumplir con los requisitos de notificación descritos en la Sección 1 anterior, los hospitales de EMHS deben proporcionar a las personas que presenten una solicitud de FAP incompleta durante el Período de solicitud un aviso sobre cómo completar la solicitud de FAP y una oportunidad razonable para hacerlo. Para cumplir con estos requisitos, los hospitales de EMHS deben hacer todo lo siguiente:
 - i. No iniciar, o tomar medidas adicionales en ECA previamente iniciados.
 - ii. Proporcione al individuo un aviso por escrito que contenga la siguiente información:
 - Descripción de la información y / o documentación bajo el formulario de solicitud de FAP o FAP que debe presentarse para completar la solicitud de FAP.
 - Información de contacto, incluidos el número de teléfono y la ubicación física de:
 - (i) la oficina o departamento del hospital que puede proporcionar información sobre la FAP; y (ii) ya sea (a) la oficina o departamento del hospital que puede proporcionar asistencia con el proceso de solicitud de FAP, o (b) al menos una organización sin fines de lucro u organismo gubernamental que el hospital identificó como una fuente disponible de asistencia con las solicitudes de FAP.
- b. Si el individuo posteriormente presenta una solicitud de FAP completa durante el Período de solicitud, los hospitales de EMHS deben seguir los procedimientos establecidos en la Sección 3 a continuación.

3. Procedimientos adicionales si se presenta una solicitud completa de FAP

- a. Además de cumplir con los requisitos de notificación descritos en la Sección 1 anterior, los hospitales de EMHS deben hacer todo lo siguiente con respecto a una persona que presente una solicitud de FAP completa durante el Período de solicitud:
 - i. No iniciar, o tomar medidas adicionales en ECA previamente iniciados.
 - ii. Haga una determinación sobre si la persona es elegible para recibir asistencia financiera según la FAP. Si se determina que la persona es elegible para recibir asistencia financiera, el hospital de EMHS también debe seguir los pasos detallados en la Sección 3.b. abajo.

- iii. Notifique por escrito al individuo de la determinación de elegibilidad, incluida la asistencia para la cual el individuo es elegible (si corresponde) y la base para la determinación de elegibilidad.
- b. Si se determina que la persona es elegible para recibir asistencia financiera bajo la FAP, el hospital de EMHS debe tomar los siguientes pasos adicionales:
- i. Reembolso de los montos pagados por la atención que superen el monto que se determina que la persona es responsable de pagar como individuo elegible para la FAP, a menos que el monto del reembolso sea inferior a \$ 5,00. Los reembolsos solo se aplican a los pagos de los episodios de atención a los que se refiere la solicitud de FAP de un individuo.
 - ii. Tome todas las medidas razonables para revertir cualquier ECA tomada contra la persona para obtener el pago de la atención (por ejemplo, anular cualquier juicio, despedir cualquier gravamen o gravamen, y eliminar cualquier información adversa de un informe de crédito).
 - iii. Si la persona es elegible para recibir asistencia financiera que no sea atención gratuita, proporcione a la persona un estado de cuenta que indique: (i) el monto que la persona debe por la atención como individuo elegible para la FAP; (ii) cómo se determinó esa cantidad; y (iii) el AGB para la atención.

V. LISTA DE PROVEEDORES QUE OFRECEN ATENCIÓN DE EMERGENCIA U OTRA ATENCIÓN MÉDICAMENTE NECESARIA

La Lista de Proveedores de Asistencia Financiera de EMHS, que se encuentra en <http://emhs.org/Billing-Help.aspx>, contiene una lista de los proveedores de cada Organización Miembro de EMHS que brindan Atención de Emergencia y / o Atención Médicamente Necesaria y especifica cuáles de estos proveedores están cubiertos por esta Política. EMHS actualiza regularmente su lista de proveedores en un esfuerzo por garantizar que la lista siga siendo precisa y esté actualizada. Sin embargo, puede haber ocasiones en que esta lista no se haya actualizado para incluir un nuevo proveedor o para reflejar un cambio en el estado de un proveedor como cubierto o no cubierto por esta Política. EMHS recomienda que las personas consulten con un asesor financiero de EMHS siempre que sea posible para confirmar si la información sobre un proveedor en particular se refleja con precisión.

VI. SOLICITUDES COMPLETADAS DE AYUDA FINANCIERA PARA OTRAS ENTIDADES DE EMHS

Todos los hospitales de EMHS honrarán la aplicación aprobada de un afiliado alterno de EMHS durante la duración de la cobertura activa.

VII. CONTROL E INFORMACIÓN

- A. El registro de una solicitud de AYUDA FINANCIERA de la cual se pueden generar informes periódicos debe mantenerse separado de cualquier otro informe financiero.

- B.** Se informará anualmente a la comunidad la actividad de AYUDA FINANCIERA, con base en los costos estimados de los servicios.