

For Internal Use Only

PHOENIX CHILDREN'S

Alcance: Department

Tipo de Política: Ciclo de ingresos

Política de asistencia financiera

Fecha de entrada en vigencia: Febrero 2024

DOCUMENTOS VINCULADOS

1. Solicitud de asistencia financiera
2. Política de asistencia financiera en lenguaje claro
3. Lista de proveedores de la política de asistencia financiera

JUSTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA

PC/PCMG se compromete a dar asistencia financiera a quienes necesiten asistencia médica y no tengan seguro o tengan seguros parciales o no reciban ayuda de programas gubernamentales y que no puedan pagar la Asistencia Médica Necesaria en base a la situación financiera personal en la que se encuentren. En concordancia con su misión solidaria de brindar servicios de atención de salud de alta calidad accesibles económicamente y de representar a los indefensos y marginados, PC/PCMG se esfuerza en asegurar que la capacidad financiera de quienes necesitan servicios de atención médica no sea un impedimento para que busquen y reciban la atención médica que necesitan.

Aquellos que tengan la capacidad financiera de obtener seguro médico deberán hacerlo como medio para acceder a los servicios de atención de salud, para su salud general y la protección de su patrimonio individual. PC/PCMG tienen una política de asistencia financiera con una escala de descuentos variable y diferentes niveles de apoyo financiero disponibles para personas sin seguro o subaseguradas en función de los ingresos familiares, las pautas del índice federal de pobreza y la disponibilidad o no de recursos de pago.

El objetivo de la asistencia financiera de PC/PCMG es identificar una fuente de pago para un paciente. Entre otras, estas fuentes podrían ser las siguientes: cobertura de los padres proveniente del empleador, los planes ofrecidos bajo el amparo de la Ley de Cobertura Médica Universal, Medicare/SSI, FES (Programa Federal de Servicios de Emergencia, proporcionado a través del Sistema de Control de Costos de Salud [AHCCCS]), ICE (Servicio de Inmigración y Control de Aduanas) o la Sección 1011 (Servicios médicos de emergencia ofrecidos a extranjeros indocumentados).

La asistencia financiera no sustituye la responsabilidad personal. Los pacientes deben colaborar con los procedimientos de PC/PCMG para obtener asistencia financiera y contribuir con el costo de la atención recibida en base a la capacidad de pago que cada uno tenga.

Esta política incluye lo siguiente:

1. Los criterios de selección para recibir asistencia financiera.
2. La base para calcular la cantidad que se cobra a los pacientes a los que les corresponde recibir asistencia financiera.

3. El método con el que los pacientes podrían solicitar asistencia financiera.
4. El método que el hospital utilizará para difundir públicamente la política en la comunidad que acude al hospital.
5. El cálculo que el hospital utilizará para determinar el monto que el hospital cobrará por emergencias y otro tipo de Atención Médica Necesaria a individuos cubiertos por la asistencia financiera, basado en el monto que el hospital factura generalmente a los pacientes con seguros privados y Medicare.

Los procedimientos de asistencia financiera cumplen con lo siguiente:

1. Requisitos de selección de pacientes de AHCCCS.
2. Requisitos de selección de Medicare que correspondan.
3. Regulaciones de la Agencia de Recaudación Impositiva (IRS) para organizaciones sin fines de lucro y otras regulaciones del gobierno federal.
4. Regulaciones del estado de Arizona para organizaciones sin fines de lucro y otras regulaciones estatales.
5. Pautas para seguros privados.
6. Ley de Cobertura Médica Universal (Affordable Care Act).
7. Ley de Transparencia de Precios de Arizona.

DEFINICIONES

Montos que generalmente se facturan (AGB): limita los montos facturados por los servicios de emergencia y otros servicios de necesidad médica a personas que podrían recibir ayuda financiera de forma que no se les facture más que a los pacientes con seguro médico. PC determina los AGB en función del porcentaje promedio del monto bruto que los seguros privados, AHCCCS y Medicare pagan por servicio, dividiendo la suma de los montos de todos los reclamos permitidos durante un período de 12 meses por la suma de los montos brutos asociados de esos reclamos. El resultado es el porcentaje de AGB, que se aplica a la atención de emergencias y atención médica necesaria en el siguiente período de doce meses (1ro. de mayo al 30 de abril).

Factura del saldo - factura médica del saldo del proveedor de salud del paciente por la diferencia entre la cantidad total que cobra la institución y la cantidad que el plan de seguro no contratado permite.

Compartir costos - la parte de los costos que el asegurado deberá pagar según lo establezca el seguro médico. Por lo general estos costos incluyen copagos, franquicias y coseguros, también conocidos como costos del asegurado.

Atención electiva – servicios asistenciales para los cuales hay tiempo para programar.

Emergencias médicas – según la definición del EMTALA.

Familia - según la definición de Centro de Censos, familia es el grupo de dos o más personas emparentadas que residen bajo un mismo techo y que están vinculadas por nacimiento,

matrimonio o adopción. De acuerdo con las reglas de la Agencia de Recaudación Impositiva (IRS), los dependientes declarados en la documentación del impuesto a los ingresos por el fiador o tercero responsable, podrían ser considerados dependientes para recibir Asistencia Financiera.

Ingresos familiares - el Centro de Censos define el Ingreso Familiar mediante el empleo del siguiente ingreso al computar la guía federal de pobreza:

1. Ingresos, compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, ingresos suplementarios por el seguro social, asistencia pública, pago a veteranos, beneficios al sobreviviente, pensión o ingreso por jubilación, intereses, dividendos, alquileres, derechos de propiedad, ingresos por renta de propiedades, fideicomiso, asistencia académica, pensión alimentaria al cónyuge, pensión alimentaria a menores, asistencia externa al hogar, y otras fuentes.
2. Los ingresos que no son en efectivo (como estampillas para alimentos y subsidios a la vivienda) no cuentan.
3. Determinados sobre la base de los ingresos no gravados (ingresos brutos).
4. Excluye ganancias y pérdidas de capital.
5. Si el individuo vive con la familia, incluye el ingreso de todos los familiares (no se incluyen los ingresos de personas que vivan en el hogar pero que no sean familiares).

Índice de Pobreza Federal (FPL) - medida definida por el Departamento de Servicios de Salud y Sociales de Estados Unidos basada en los ingresos brutos y el tamaño de la familia para indicar el umbral de pobreza.

1. Tamaño de convivientes para indicar nivel de pobreza.

Cargos en valores brutos - son los cargos totales de PC y PCMG a los índices establecidos para brindar servicios de atención médica antes de aplicar las deducciones a las ganancias.

Necesidad médica - son los servicios y elementos razonables y necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad o lesión según la Administración Clínica de PC.

Posibilidad de pago - probabilidad de que el paciente pague los servicios de PC en función de las metodologías que PC establece al trabajar con proveedores externos para determinar dicha probabilidad en forma razonable.

Escala móvil regular de descuentos - precios variables por los servicios en función de la capacidad de pago del paciente.

Subasegurado - el paciente tiene cierto grado de cobertura por seguro o asistencia de un tercero y tiene gastos de los que se tiene que hacer cargo pero que exceden su capacidad financiera.

Sin seguro - el paciente no tiene seguro ni asistencia de terceros para cumplir con sus obligaciones de pago.

COMUNICACIÓN DE LA POLÍTICA

La asistencia financiera es el 'pagador de último recurso' de los servicios que PC/PCMG brinde. En el caso de pacientes en emergencias y urgencias, la información sobre la incapacidad de pago de un fiador/tercero responsable podría no revelarse del todo sino hasta después de brindarse los servicios. Por consiguiente, la evaluación de asistencia financiera podrá completarse al contar con el conocimiento de todos los elementos necesarios para tomar una decisión.

Los siguientes servicios de atención de salud están cubiertos por la asistencia financiera:

1. Servicios de emergencia médica en una sala de emergencias.
2. Servicios de necesidad médica para tratar afecciones que, de no tratarse de inmediato, podrían devenir en cambios adversos para la salud de un individuo.
3. Servicios necesarios brindados ante circunstancias que ponen en peligro la vida fuera de la sala de emergencias.

LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA

Criterios de selección y montos aplicados a los pacientes.

1. Asignación de asistencia financiera - la asistencia financiera se considerará para quienes no estén asegurados o estén subasegurados, y los que no estén cubiertos por ningún programa gubernamental para la atención de la salud, y que no pueden pagar por su atención

basándose en una determinación de necesidad financiera que figura en esta Política. El no asegurado o subasegurado que solicite un cargo fijo de autopago previo a negociaciones, no recibirá asistencia financiera.

2. La necesidad financiera se determinará calculando el Ingreso Familiar. El comprobante de Ingreso Familiar se hará con dos de las tres opciones siguientes: dos recibos de sueldo más recientes, dos saldos bancarios mensuales de todos los bancos o la declaración impositiva más reciente. El ingreso anual se determina al anualizar el Ingreso Familiar del año hasta el día de la fecha.
3. Después de determinar el Ingreso Familiar, PC/PCMG calculará el nivel de Ingreso Familiar en comparación con FPL, expresado como porcentaje de FPL. Por ejemplo, si el nivel federal de pobreza para una familia de tres es \$ 20,000, y el Ingreso Familiar del paciente es \$ 60,000, el Hospital calculará el Ingreso Familiar del paciente como del 300 % del FPL. PC/PCMG usará este cálculo durante el proceso de solicitud para determinar si el paciente reúne los criterios de ingresos para recibir asistencia financiera.
4. Los servicios incluidos en esta Política se destinarán a los pacientes beneficiarios según la escala móvil de descuentos que se agrega en el Anexo 1, teniendo en cuenta la situación financiera, según lo establecido en las normas del FPL en vigencia en el momento de la determinación financiera. Una vez que PC/PCMG determinan que un paciente puede recibir asistencia financiera, el paciente no recibirá facturas futuras basadas en los montos brutos sin descuentos. Los cargos para servicios que deban tratarse como emergencias médicas o médicamente necesarias para quienes reciban asistencia financiera descrita en esta Política, no podrán exceder el AGB que generalmente se factura a quienes tienen cobertura

médica para este tipo de atención. Actualmente, AGB es del 24.6 % para PC, y el 35.4 % para PCMG.

5. Presunción de asistencia financiera - la presunción de asistencia financiera se hará en función de la mejor información de que se disponga luego de agotar todos los medios para comunicarse con el paciente o fiador o tercero responsable y para obtener información financiera. La determinación podría hacerse durante el proceso de cobranza si se agoten los intentos de recoger información en ese momento. Los factores para determinar la presunción de asistencia financiera podrían incluir lo siguiente:
 - A. Solicitudes de ayuda financiera.
 - B. Domicilio extranjero sin la documentación apropiada de la sección 1011.
 - C. Incapacidad de comunicarse con las familias por teléfono o correo (teléfonos desconectados o retorno de la correspondencia).
 - D. Posibilidad de pago: probabilidad de pago.
 - E. Acontecimiento que no da derechos, con denegación de AHCCCS.
 - F. Paciente o fiador o tercero responsable sin hogar.
 - G. Paciente, fiador o tercero responsable encarcelado.
 - H. Cuentas de Medicaid - prescritas por ser tardías o por haber utilizado todas las prestaciones o por haber días sin cubrir; cobertura FES (programa federal de servicios de emergencia).
6. Circunstancias catastróficas - en caso de que los gastos propios a pagar de un paciente sumen más del 25% de los ingresos brutos del paciente o de su familia en un año dado, PC/PCMG elaborará con el paciente o familia un plan de pagos de manera tal que no tengan que pagar más del 25% de sus ingresos brutos a PC/PCMG en dicho año.
7. Servicios profesionales cubiertos - los servicios profesionales brindados por proveedores que no figuran en la Lista de profesionales del reglamento de Asistencia Financiera del sitio web de asistencia financiera NO están cubiertos por este reglamento. Los servicios profesionales de prestadores de la Lista de profesionales de la Política de Asistencia Financiera del sitio web de asistencia financiera están cubiertos por esta Política.

Motivos de denegación de asistencia financiera. La falsificación de la información o la documentación incompleta provista por el paciente o fiador o tercero responsable será causa de denegación de asistencia financiera. En los casos en los que el paciente no puede aportar documentación para comprobar los ingresos, PC/PCMG podrá, a su criterio, comprobar los ingresos del paciente o fiador o tercero responsable haciendo que firmen una solicitud de asistencia financiera en la que declaren que la información aportada es veraz. En circunstancias especiales, el asesor financiero o el gerente de Disponibilidad de Servicios Médicos podrían recibir una declaración oral del paciente para realizar la evaluación financiera.

Método para solicitar asistencia financiera. Los pacientes o el fiador/tercero responsable deben solicitar asistencia financiera antes, durante o dentro de un tiempo razonable de haber recibido atención médica.

1. Solicitud de asistencia financiera - Los pacientes o el fiador o tercero responsable pueden solicitar asistencia financiera en el Departamento de Asesoramiento Financiero o en el de Atención al Cliente en persona, a través del sitio en internet de PC, <http://www.phoenixchildrens.org/>, por teléfono al 602-933-2000 o 1-800-549-3743, o por correo, a través de un representante, de un familiar o de un tercero. La necesidad financiera se determinará de acuerdo con métodos que incluyen la evaluación individual de la necesidad financiera; y además:
 - A. Un proceso de solicitud en el cual el paciente o el fiador deben colaborar y aportar información personal, financiera y la que sea necesaria además de la documentación pertinente para determinar la necesidad financiera.
 - B. Fuentes externas de información de dominio público para obtener información sobre la capacidad de pago del paciente o del fiador del paciente (posibilidad de pago).
 - C. Esfuerzos razonables de PC/PCMG para explorar fuentes alternativas apropiadas de pago y cobertura de programas de pago públicos y privados; y asistir a pacientes en la solicitud de tales programas.
 - D. Tener en cuenta el patrimonio disponible del paciente o el fiador o tercero responsable y otras fuentes financieras que posea.
 - E. La revisión de las cuentas por cobrar pendientes del paciente o el fiador o tercero responsable por servicios recibidos y los antecedentes de pago del paciente o el fiador o tercero responsable.
2. Solicitud de asistencia financiera. Para servicios de rutina y de necesidad médica que no sean de emergencia se necesita la solicitud de asistencia financiera y la determinación de necesidad financiera antes de brindar servicios. Sin embargo, la determinación podrá hacerse en cualquier momento del ciclo de cobranzas. En caso de que un paciente no cumpla con la entrega de la documentación solicitada, podría ser necesario reprogramar la cita.
3. La necesidad de asistencia financiera será reevaluada cada 180 días para pacientes recurrentes y cada vez que se brinde un servicio si la última evaluación financiera se completó más de un año antes. Además, se revisará en cualquier momento cuando se reciba información pertinente para determinar si al paciente le corresponde recibir asistencia financiera.
4. Notificación de la decisión - PC/PCMG notificará al paciente si le corresponde recibir asistencia financiera dentro de un período razonable (por lo general 30 días) a partir del momento en que recibe la solicitud de asistencia financiera del paciente o fiador/tercero responsable. PC/PCMG también comunicará al paciente sus responsabilidades según lo fijado en esta norma.
5. Cambio de circunstancias - los pacientes, el fiador o el tercero responsable podrán reenviar la solicitud de asistencia financiera cuando los ingresos, el patrimonio o la responsabilidad familiar cambien. Los montos pagados en exceso realizados antes de aprobar la asistencia financiera, podrían ser reembolsados si luego se determina que al paciente le corresponde la asistencia financiera. Además, el descuento se podría revertir si con posterioridad se descubre que la información en la que se basó contenía errores.

Proceso de facturación y cobranza - en caso de que se denegara la asistencia financiera, PC/PCMG seguirán el proceso convencional de créditos y cobranzas.

Investigación razonable - de manera razonable, PC/PCMG intentarán determinar si a un individuo le corresponde recibir asistencia financiera antes de derivarlo a una agencia de cobranzas. PC/PCMG no demandará legalmente por falta de pago de las facturas a los pacientes o terceros con asistencia financiera que demostraran claramente que no tienen ingresos suficientes ni patrimonio para cumplir con las obligaciones financieras.

1. Sistema de cobranza - PC no ejecutará embargos preventivos para forzar una venta ni solicitará la ejecución hipotecaria de la residencia principal del paciente, el fiador o el tercero responsable que reciban asistencia financiera para pagar facturas médicas pendientes. PC no interpondrá una orden de arresto para lograr que el paciente o tercero responsable que reciben asistencia financiera comparezcan ante la justicia. PC podría denunciar a los pacientes con asistencia financiera a las agencias de calificación de crédito cuando los pacientes no cumplan con los planes de pago reducido y haya pruebas de que el paciente con asistencia financiera tiene ingresos o patrimonio suficientes para cumplir con la obligación. El paciente o fiador o tercero responsable son responsables de denunciar los cambios en sus ingresos que podrían afectar su capacidad de pago a PC. PC se encargará de que las agencias de cobranza externas que participen en la obtención de pagos de facturas morosas de pacientes con asistencia financiera cumplan con las pautas indicadas anteriormente.
2. Cobranza a terceros - en esta norma, nada impide que PC/PCMG persigan el reembolso de terceros, de acuerdos de pagos a terceros u otras partes legalmente responsables.

Difusión de la política de asistencia financiera

PC difundirá la existencia de asistencia financiera a todos los pacientes y fiadores o terceros responsables en idiomas que son apropiados en áreas de servicio de PC, incluyendo, como ejemplo, los siguientes métodos:

1. Cartelería, información y folletos en las áreas pertinentes de PC.
2. Resumen en lenguaje claro, exhibido visiblemente en inglés y español, en la zona de registro de pacientes y listo para entregar durante la facturación.
3. Disponibilidad de asesores financieros e intérpretes que expliquen la política de asistencia financiera.
4. Indicación en el estado de cuenta del paciente de la disponibilidad de asistencia financiera y un número de teléfono para pedir información.
5. Indicación de información sobre la disponibilidad de asistencia financiera también exhibida en el sitio en internet de PC.

DESTACADO/INFORMACIÓN ADICIONAL

1. No corresponde

REFERENCIA:

1. No corresponde

Información / antecedentes:	
Fechas de creación /revisión /edición:	<i>Fecha de creación: Diciembre del 2003</i> Revisado: 6/07, 2/08, 5/09, 12/10, 4/13, 1/14, 2/15, 12/15, 2/16, 2/17, 12/16, 7/17, 8/17, 3/18, 4/19, 4/20, 10/20, 1/23, 3/23, 2/24
Propiedad:	<i>VP, Ciclo de ingresos</i>
Aprobación:	Karen Sanchez, Director, Family Finance Glen Reiner, VP, Revenue Cycle Michelle Bruhn, EVP, CFO Junta Directiva de PC

A. **ANEXO 1**

Tabla de asistencia financiera para emergencias y atención médica necesaria

La tabla indica los porcentajes de cancelación de asistencia financiera basados en los montos brutos según el nivel de ingreso (Índice de nivel de pobreza para todos los estados excepto Alaska y Hawái). El cálculo del FPL que se hace abajo se actualizará anualmente cuando el Departamento de Salud y Servicios Sociales publique la guía de pobreza en el boletín federal oficial.

Cantidad de familiares	225% del FPL	400% del FPL
1	\$ 33,885.00	\$60,240.00
2	\$ 45,990.00	\$ 81,760.00
3	\$ 58,095.00	\$ 103,280.00
4	\$ 70,200.00	\$ 124,800.00
5	\$ 82,305.00	\$ 146,320.00
6	\$ 94,410.00	\$ 167,840.00
7	\$ 106,515.00	\$ 189,360.00
8	\$ 118,620.00	\$ 210,880.00
Por cada persona incorporada agregar	\$ 5,380	\$ 5,380

* Fuente -<https://www.federalregister.gov/documents/2024/01/29/2024-00885/annual-update-of-the-hhs-poverty-guidelines>