

Política de asistencia financiera para pacientes

PROPÓSITO:

Definir los procesos de elegibilidad, solicitud y aprobación de la Asistencia Financiera. Se ofrece asistencia financiera a pacientes sin seguro y pacientes que indican una incapacidad para pagar la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria proporcionada en el Regional One Health.

DEFINICIONES:

Montos Generalmente Facturados (MGF): El monto generalmente facturado a un paciente del Regional One Health que tiene cobertura de seguro como se define en la Sección 1.501 del Código de Regulaciones del IRS. (r)-1(b).

Proceso de Solicitud: Un proceso por el cual un paciente o su representante apropiado completa un formulario impreso o electrónico que proporciona al Regional One Health información sobre los ingresos del paciente y el tamaño de la familia. Todas las solicitudes serán evaluadas caso por caso por los representantes apropiados del Regional One Health, teniendo en cuenta la condición médica, el estado laboral y los posibles ingresos futuros.

Servicios de Atención Médica Elegibles: Servicios que son de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios. Los servicios de atención médica elegibles excluyen:

- Cargos no permitidos a través de revisiones de utilización o negaciones
- Cualquier concesión contractual
- Servicios cosméticos o servicios electivos que no son médicamente necesarios
- Cancelación de cantidades adeudadas a pagadores terceros
- Déficit entre el reembolso de los programas gubernamentales para los no asegurados y el costo de los servicios prestados
- Cancelación de saldos de pacientes cuando no hay indicios de que el paciente no puede pagar

Acciones Extraordinarias de Recaudación (AER): Las acciones que requieren un proceso legal o judicial, implican vender una deuda a otra parte o reportar información adversa a agencias de crédito u oficinas. Regional One Health determinará la elegibilidad de la organización benéfica antes de tomar cualquier acción de recolección extraordinaria. La notificación por escrito debe proporcionarse al menos 30 días antes de iniciar AER específicas y cumplir con los requisitos informativos. Como se define en la Sección 501 (r) de los Códigos del IRS, tales acciones que requieren un proceso legal o judicial incluyen:

- Embargo o incautación de una cuenta bancaria u otros bienes personales
- Apertura de una acción civil contra una persona
- Embargo salarial

Familia: El paciente, el cónyuge del paciente (independientemente de si vive en el hogar) y todos los hijos del paciente (naturales o adoptivos) menores de dieciocho (18) años que viven en casa. Si el paciente es menor de 18 años, "Familia" incluye al paciente, sus padres naturales o adoptivos (independientemente de si viven en el hogar) y los otros hijos del padre (naturales o adoptivos) menores de 18 años.

Asistencia familiar o descuentos de asistencia financiera: Descuentos o eliminación de montos para Servicios de atención médica elegibles proporcionados a pacientes elegibles con necesidad financiera documentada y verificada.

Asesor Financiero: Representantes del Regional One Health responsables de evaluar la responsabilidad de un paciente, identificar y ayudar con las opciones de financiamiento público (Medicare, Medicaid, etc.), determinar si el paciente es elegible para asistencia financiera y establecer planes de pago.

Pautas Federales de Pobreza (PFP): Pautas federales sobre la pobreza publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y vigentes en la(s) fecha(s) de servicio para las cuales puede haber asistencia financiera disponible.

Método de retrospectiva: La metodología especificada por la Sección 1.501(r)-5(b)(1) del Código de Regulaciones del IRS y seleccionada por Regional One Health para determinar los montos generalmente facturados (MGF) que utiliza los montos permitidos de Medicare o una combinación de pagos de Medicare, Medicaid y aseguradoras comerciales.

Atención médicamente necesaria: Atención que se requiere de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de la medicina en la comunidad o con la determinación de un médico tratante.

Proceso de selección: Un proceso para determinar si un paciente califica para asistencia financiera que no implica completar una solicitud de asistencia financiera. El proceso de selección puede ser en persona o por teléfono y utiliza un proveedor externo.

Descuento para no asegurados: Un descuento en los cargos por servicios médicos para pacientes identificados por Regional One Health como sin cobertura de seguro. El monto del descuento sin seguro es el menor de los montos determinados por el Método de retrospectiva o el método definido por la ley de *pacientes sin seguro* establecida en la Sección 68-11-262 del Código de Tennessee. El monto del descuento para personas sin seguro está disponible visitando el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes o llamando a Servicios Financieros para Pacientes al 901-545-6644.

POLÍTICA:

Regional One Health se compromete a proporcionar servicios de atención médica elegibles independientemente de la capacidad de pago del paciente. Además, Regional One Health se compromete a proporcionar un descuento justo a los pacientes sin seguro. Los pacientes que cumplan con los criterios establecidos en esta Política serán elegibles para recibir Asistencia Financiera por los montos adeudados por Servicios de Atención Médica Elegibles.

Los pacientes son informados de la Política de Asistencia Financiera de Regional One Health principalmente a través del sitio web de Regional One Health en www.regionalonehealth.org, asesores financieros, representantes de servicios financieros para pacientes, letreros y folletos distribuidos en las clínicas de Regional One Health y al momento de la admisión como pacientes hospitalizados. La información del sitio web aparece en todos los estados de cuenta con un enlace a un resumen en lenguaje sencillo de esta Política. Estas comunicaciones están disponibles en inglés y español. Para los pacientes sin acceso a Internet, esta Política está disponible como se divulga a través de una llamada telefónica a Regional One Health Patient Financial Services al 901-545-6644.

Esta Política establece tres tipos de Asistencia Financiera: (i) Asistencia financiera basada en los ingresos del paciente, (ii) Asistencia financiera basada en el monto de los gastos médicos del paciente; o (iii) Asistencia financiera basada en el estado del paciente de no tener seguro.

Criterios de elegibilidad y asistencia financiera disponibles según los ingresos del paciente

Los criterios de elegibilidad para la Asistencia Financiera basados en los ingresos de un paciente se basarán en el ingreso bruto ajustado anual del paciente (o el hogar del paciente si presenta impuestos conjuntamente) para el año actual o anterior. Para cumplir con los criterios de elegibilidad para este tipo de Asistencia Financiera, el ingreso bruto ajustado del paciente (o el hogar del paciente si presenta impuestos conjuntamente) para el año actual o anterior no puede exceder 2.0 veces la Pauta Federal de Pobreza (PF). Para los pacientes con ingresos brutos ajustados de menos o igual a 2 veces el FPG, se aplicará un descuento de asistencia financiera del 100% después de que se cumpla con un pago requerido de \$ 25 (consulte la tabla a continuación). Este tipo de asistencia financiera solo está disponible para servicios de atención médica elegibles.

Ingresos del paciente	Monto de la asistencia financiera
En o por debajo del 300% de la PFP	El paciente es elegible para recibir asistencia financiera del 100% después de que se cumpla con un pago de \$ 25.

Criterios de elegibilidad y asistencia financiera disponibles según los gastos médicos del paciente

Los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera basada en los gastos médicos de un paciente son los siguientes: si el paciente puede demostrar que los gastos médicos totales de su familia en Regional One Health exceden el ingreso total de la familia durante el período anterior de 12 meses, se aplicará un descuento de asistencia financiera del 100% después de que se cumpla con un pago requerido de \$ 25 (consulte la tabla a continuación). Este tipo de asistencia financiera solo está disponible para servicios de atención médica elegibles.

Ingreso anual del hogar	Monto de la asistencia financiera
El ingreso familiar del paciente para el período anterior de 12 meses es menor que el monto total de los gastos médicos totales de la familia	El paciente es elegible para recibir asistencia financiera del 100% después de que se cumpla con un pago requerido de \$ 25.

Criterios de elegibilidad y asistencia financiera disponible para personas sin seguro

Todos los pacientes sin seguro, según lo determine Regional One Health, recibirán un descuento sin seguro antes del primer estado de cuenta. De acuerdo con las regulaciones de Tennessee, los pacientes sin seguro no deben pagar por servicios en una cantidad que exceda el ciento setenta y cinco por ciento (175%) del costo de los servicios prestados (calculado utilizando la relación costo-cargo en el informe anual conjunto más reciente del Estado de Tennessee).

El personal del Regional One Health será responsable de verificar la elegibilidad para el descuento para no asegurados, trabajar con el paciente para determinar la capacidad de pago y conectar al paciente con los recursos apropiados que garantizarán la atención oportuna y facilitarán la evaluación de la responsabilidad y el proceso de resolución para el paciente. Solo los servicios de atención médica elegibles serán considerados para un descuento para no asegurados.

Base para calcular los cargos de los pacientes

Regional One Health utiliza el método Look Back para determinar los montos generalmente facturados (MGF) por los servicios prestados a los pacientes de Regional One Health.

MGF es la suma de todas las cantidades de reclamaciones que han sido permitidas por las aseguradoras de salud dividida por la suma de los cargos brutos asociados para esas reclamaciones. $MGF\% = \text{Suma de los montos } \$ \text{ de todas las reclamaciones permitidas} / \text{Suma de cargos brutos } \$ \text{ para esas reclamaciones permitidas} = \text{Total de cargos menos ajustes contractuales}$. Si no se contabiliza ningún ajuste contractual, los cargos totales son iguales a la cantidad permitida. Los ajustes de denegación se excluyen del cálculo ya que las denegaciones no afectan la cantidad permitida.

-Se utiliza el método Look Back. Se utiliza un período de doce (12) meses.

- Incluye la tarifa de Medicare por servicio, Medicaid y pagadores comerciales.

Anualmente, el MGF se calcula y está disponible visitando el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes o llamando a Servicios Financieros para Pacientes al 901-545-6644.

Método para solicitar asistencia financiera

Las solicitudes de Asistencia Financiera se pueden obtener en www.regionalonehealth.org, llamando al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes al 901-545-6644 o comunicándose con cualquier Consejero Financiero del Regional One Health.

Los pacientes tendrán ciento veinte (120) días a partir de la fecha del primer estado de cuenta "posterior al de alta" para completar el Proceso de Solicitud o el Proceso de Evaluación antes de que Regional One Health tome cualquier Acción Extraordinaria de Cobro. Si el paciente comienza el Proceso de Solicitud o el Proceso de Selección durante el período de 120

días, pero no puede completar este Proceso de Solicitud, se le proporcionará al paciente al menos otros 120 días después de la fecha de solicitud para completar el Proceso de Solicitud antes de que Regional One Health tome Acciones Extraordinarias de Cobro.

Para solicitar asistencia financiera, es posible que no se requiera una solicitud formal. Hay preguntas informativas que un paciente deberá responder para que Regional One Health complete la determinación de Asistencia Financiera. Si se requiere una solicitud formal, se debe proporcionar prueba de ingresos familiares por medio de los Formularios W-2, información de pago del año hasta la fecha del empleador, cartas de adjudicación de asistencia federal o estatal, una declaración de ingresos del contador, carta de cupones de alimentos u otra documentación de terceros.

Las solicitudes de asistencia financiera deben enviarse al Departamento Regional de Servicios Financieros para Pacientes de One Health en 877 Jefferson, Memphis, TN 38103. El Departamento de Servicios Financieros para Pacientes comenzará a procesar la solicitud de un paciente cuando esté completa. Las determinaciones de elegibilidad normalmente se completan dentro de los treinta (30) días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud completa.

Para el Programa de Asistencia de Medicamentos de Farmacia, puede traer o enviar por fax sus formularios completados a Regional One Health Pharmacy:

- | | | |
|------------------------|------------------------|-------------------|
| ▪ 880 Madison Ave | Teléfono: 901-545-7970 | Fax: 901-545-7557 |
| ▪ 6555 Quince Rd | Teléfono: 901-515-5656 | Fax: 901-515-5658 |
| ▪ 1977 S. Third St. | Teléfono: 901-515-4646 | Fax: 901-515-5649 |
| ▪ 3901 Walnut Grove Rd | Teléfono: 901-515-3434 | Fax: 901-515-3439 |

Acciones que pueden tomarse en caso de no pago

Los pacientes recibirán facturas mensuales por montos superiores a \$50 que Regional One Health determine que son de su responsabilidad, después de que se hayan aplicado los pagos del plan de seguro.

Los pacientes serán contactados a través de estados de cuenta o llamadas telefónicas durante un período de ciento veinte (120) días recordándoles su(s) factura(s). Durante este período, se espera que los pacientes paguen su(s) factura(s) en su totalidad, establezcan un plan de pago o soliciten asistencia financiera.

Regional One Health se esfuerza por ayudar a todos los pacientes antes de solicitar la asistencia de una agencia de cobranza. En casos seleccionados, Regional One Health puede optar por contratar a un abogado en una acción de cobranza. Este paso ocurriría solo después de que Regional One Health haya revisado a fondo la cuenta del paciente y haya determinado que el paciente no es elegible para recibir asistencia financiera.

Información de elegibilidad obtenida de otras fuentes

Los pacientes que no responden a las consultas de Regional One Health pueden ser examinados a través de un proveedor externo para determinar la elegibilidad de Asistencia Financiera antes de la colocación con una agencia de cobro. Este proceso puede resultar en una reclasificación de un descuento recibido para Asistencia financiera.

Si el paciente presenta una solicitud completa de Asistencia Financiera y se determina que es elegible, Regional One Health reembolsará cualquier monto que el paciente haya pagado por los Servicios de Atención Médica Elegibles que exceda el monto que se determina que es personalmente responsable de pagar.