



Política de Asistencia Financiera para Pacientes

PROPÓSITO

Definir los criterios de elegibilidad, los procesos de solicitud y aprobación para la Asistencia Financiera. La Asistencia Financiera se ofrece a pacientes sin seguro y a pacientes que indiquen no tener la capacidad de pagar por atención de emergencia y otros servicios médicamente necesarios proporcionados por Regional One Health.

DEFINICIONES

Cantidades Generalmente Facturadas (AGB, por sus siglas en inglés): La cantidad generalmente facturada a un paciente de Regional One Health que cuenta con cobertura de seguro, según se define en la Sección 1.501(r)-1(b) del Código de Regulaciones del IRS.

Proceso de Solicitud: Proceso mediante el cual un paciente o su representante autorizado completa un formulario en papel o electrónico que proporciona a Regional One Health información sobre los ingresos del paciente y el tamaño de su familia. Todas las solicitudes serán evaluadas caso por caso por representantes autorizados de Regional One Health, teniendo en cuenta la condición médica, la situación laboral y el potencial de ingresos futuros.

Servicios de Atención Médica Elegibles: Servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios. Los servicios elegibles excluyen:

- Cargos rechazados mediante revisiones de utilización o denegaciones.
- Cualquier ajuste contractual.
- Servicios cosméticos o electivos que no sean médicamente necesarios.
- Cancelaciones de montos adeudados por terceros pagadores.
- Diferencias entre el reembolso de programas gubernamentales para personas sin seguro y el costo de los servicios prestados.
- Cancelaciones de saldos de pacientes cuando no exista indicación de incapacidad para pagar.

Acciones Extraordinarias de Cobro (ECA): Acciones que requieren un proceso legal o judicial, implican la venta de una deuda a otra entidad o el reporte de información adversa a agencias de crédito. Regional One Health determinará la elegibilidad para asistencia financiera antes de emprender cualquier acción extraordinaria de cobro. Se deberá proporcionar notificación por escrito al menos 30 días antes de iniciar

una acción específica y cumplir con los requisitos informativos aplicables. Según la Sección 501(r) del Código del IRS, estas acciones incluyen:

- Embargo o confiscación de cuentas bancarias u otra propiedad personal.
- Inicio de una demanda civil contra una persona.
- Embargo de salarios.

Familia: El paciente, el cónyuge del paciente (independientemente de si vive en el hogar) y todos los hijos del paciente (biológicos o adoptados) menores de dieciocho (18) años que vivan en el hogar.

Si el paciente es menor de 18 años, “Familia” incluye al paciente, sus padres biológicos o adoptivos (independientemente de si viven en el hogar) y los demás hijos de los padres (biológicos o adoptivos) menores de 18 años.

Descuentos por Asistencia Familiar o Asistencia Financiera: Descuentos o eliminación de montos por Servicios de Atención Médica Elegibles proporcionados a pacientes elegibles con necesidades financieras documentadas y verificadas.

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

Guías Federales de Pobreza (FPG): Guías federales de pobreza publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y vigentes en la fecha o fechas del servicio para el cual podría estar disponible la asistencia financiera.

Asegurado - Los pacientes asegurados incluyen cualquier persona con cobertura médica gubernamental o privada de terceros y/o planes de beneficios limitados. Los pacientes atendidos fuera de la red con pólizas activas también serán considerados asegurados bajo estas normas.

Método de Revisión Retrospectiva (Look-Back Method): 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 las Cantidades Generalmente Facturadas (AGB), utilizando montos permitidos por Medicare o una combinación de pagos de Medicare, Medicaid y aseguradoras comerciales.

Atención Médicamente Necesaria: Atención requerida de acuerdo con estándares generalmente aceptados de la medicina en la comunidad o según la determinación del médico tratante.

Subasegurado Médicamente: Persona asegurada cuya responsabilidad financiera de bolsillo supera los \$5,000 por un solo episodio de atención médica.

Proceso de Evaluación (Screening Process): Proceso utilizado para determinar si un paciente califica para asistencia financiera sin necesidad de completar una solicitud formal. Puede realizarse en persona o por teléfono y utiliza un proveedor externo.

Descuento para Pacientes Sin Seguro: Descuento aplicado a los cargos por servicios médicos para pacientes identificados por Regional One Health como personas sin cobertura de seguro. El monto del descuento será el menor entre el determinado mediante el Método de Revisión Retrospectiva o el definido por la ley para pacientes sin seguro establecida en la Sección 68-11-262 del Código de Tennessee.

La información sobre este descuento está disponible visitando el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes o llamando al 901-545-7651.

POLÍTICA:

Regional One Health se compromete a proporcionar Servicios de Atención Médica Elegibles independientemente de la capacidad de pago del paciente. Asimismo, se compromete a ofrecer descuentos justos a pacientes sin seguro. Los pacientes que cumplan con los criterios establecidos en esta política serán elegibles para recibir Asistencia Financiera sobre los montos adeudados por Servicios de Atención Médica Elegibles.

Los pacientes son informados sobre esta Política de Asistencia Financiera principalmente a través del sitio web de Regional One Health en: www.regionalonehealth.org. Además, la información e proporciona por medio de consejeros financieros, representantes de servicios financieros para pacientes, señalización y folletos distribuidos en clínicas de Regional One Health y durante el ingreso hospitalario. La información del sitio web se incluye en todos los estados de cuenta de facturación, junto 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 llamando a Servicios Financieros para Pacientes al **901-545-7651**.

Esta política establece tres tipos de Asistencia Financiera:

1. Asistencia Financiera basada en los ingresos del paciente.
2. Asistencia Financiera basada en los gastos médicos del paciente.
3. Asistencia Financiera basada en la condición de no tener seguro médico.

Criterios de Elegibilidad y Asistencia Financiera Basada en los Ingresos del Paciente

La elegibilidad se basará en el ingreso bruto ajustado anual del paciente (o del hogar si presenta impuestos conjuntamente) del año actual o anterior. Para cumplir con los criterios de elegibilidad, el ingreso bruto ajustado no podrá exceder tres (3) veces las Guías Federales de Pobreza (FPG). Los pacientes con ingresos iguales o inferiores a tres veces las FPG recibirán un descuento del 100% en asistencia financiera después de realizar un pago requerido de: \$25 para servicios generales. \$50 para especialistas.

Esta asistencia solo está disponible para Servicios de Atención Médica Elegibles.

Ingreso Familiar Anual	Asistencia Financiera
Los ingresos familiares de los últimos 12 meses son menores que los gastos médicos totales de la familia	Elegible para asistencia financiera del 100% después de un pago de \$25 y \$50 para especialistas

Los pacientes disponen de ciento veinte (120) días desde la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta para completar el Proceso de Solicitud o el Proceso de Evaluación antes de que Regional One Health adopte cualquier Acción Extraordinaria de Cobro.

Si el paciente inicia el proceso dentro de esos 120 días pero no puede completarlo, se le otorgarán al menos otros 120 días a partir de la fecha de la solicitud para completar el proceso antes de que se puedan tomar Acciones Extraordinarias de Cobro.

Las declaraciones o cartas redactadas personalmente pueden no ser suficientes para verificar los ingresos en todos los casos. Sin embargo, los solicitantes que no puedan obtener documentación estándar podrán presentar una declaración jurada firmada y cualquier otra información de respaldo disponible para su revisión. La elegibilidad se determinará considerando la totalidad de la información proporcionada.

Para calificar para nuestra asistencia financiera, primero debe demostrar que no reúne los requisitos para obtener seguro médico gubernamental.

Criterios de Elegibilidad y Asistencia Financiera Basada en Gastos Médicos

Un paciente podrá calificar cuando pueda demostrar que los gastos médicos totales de su familia en Regional One Health exceden los ingresos totales de la familia durante los últimos 12 meses. En ese caso, se aplicará un descuento del 100% después de realizar un pago requerido de: \$25 para servicios generales. \$50 para especialistas.

Ingreso Familiar Anual	Asistencia Financiera
Los ingresos familiares de los últimos 12 meses son menores que los gastos médicos totales de la familia	Elegible para asistencia financiera del 100% después de un pago de \$25 y \$50 para especialistas

Criterios de Elegibilidad y Asistencia Financiera para Personas Sin Seguro

Todos los pacientes sin seguro, según lo determine Regional One Health, recibirán un Descuento para Pacientes Sin Seguro antes de la emisión de la primera factura.

De acuerdo con las regulaciones de Tennessee, los pacientes sin seguro no deberán pagar por servicios una cantidad superior al ciento setenta y cinco por ciento (175%) del costo de los servicios prestados.

El personal de Regional One Health será responsable de verificar la elegibilidad para este descuento, trabajar con el paciente para determinar su capacidad de pago y conectarlo con los recursos apropiados para garantizar atención oportuna y facilitar el proceso de evaluación y resolución de responsabilidades financieras.

Solo los Servicios de Atención Médica Elegibles serán considerados para este descuento. Las responsabilidades financieras del paciente, tales como: Deducibles, Copagos, Coseguros, Servicios no cubiertos, están excluidas de este programa.

Las personas que tengan derecho contractual a reembolso de seguros o indemnización de terceros no son elegibles. Este programa está destinado únicamente a pacientes sin seguro. La única excepción corresponde a pacientes "subasegurados médicamente", cuya factura personal por una sola visita exceda los \$5,000. Estos pacientes recibirán un descuento del 25%. Asimismo, el programa excluye facturación de proveedores independientes cuyos servicios coincidan con los de Regional One Health, entre ellos: Radiólogos externos, Anestesiólogos externos, Cirujanos externos, Los procedimientos cosméticos o electivos tampoco están cubiertos, salvo aprobación individual por parte de la administración de Regional One Health.

Base para el Cálculo de los Cargos al Paciente

Regional One Health utiliza el Método de Revisión Retrospectiva para determinar las Cantidades Generalmente Facturadas (AGB).

El porcentaje AGB se calcula de la siguiente manera: **AGB % = Total de montos permitidos por aseguradoras ÷ Total de cargos brutos asociados** Monto permitido = Cargos totales menos ajustes contractuales. Los ajustes por denegación se excluyen del cálculo. Características del cálculo: Se utiliza el Método de Revisión Retrospectiva.

- Se considera un período de doce (12) meses.
- Incluye Medicare, Medicaid y pagadores comerciales.

El cálculo anual del AGB está disponible visitando el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes o llamando al **901-545-7651**.

Cómo Solicitar Asistencia Financiera

Las solicitudes pueden obtenerse mediante:

1. Descarga en: **www.regionalonehealth.org/financial-assistance-policy/**
2. A través de un Consejero Financiero.

3. Solicitándola al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes por correo electrónico a: **billing@regionalonehealth.org** o llamando al **901-545-7651**.

Envíe la solicitud completa y la documentación de respaldo a:

Regional One Health – Patient Financial Services Department

877 Jefferson Avenue

Memphis, TN 38103

También puede enviarla por fax al:

(901) 545-6780

Las determinaciones de elegibilidad normalmente se completan dentro de los treinta (30) días hábiles posteriores a la recepción de una solicitud completa.

Programa de Asistencia para Medicamentos de Farmacia

- | | | |
|-------------------------------|------------------------|-------------------|
| • 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 Falta de Pago

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

Durante un período de ciento veinte (120) días, los pacientes serán contactados mediante estados de cuenta o llamadas telefónicas recordándoles sus obligaciones financieras. Durante este período, se espera que los pacientes: Paguen la totalidad de la factura, Establezcan un plan de pago. Soliciten Asistencia Financiera.

Regional One Health procura ayudar a todos los pacientes antes de recurrir a una agencia de cobros. En casos seleccionados, puede optar por contratar a un abogado para una acción de cobro, pero únicamente después de revisar exhaustivamente la cuenta y determinar que el paciente no es elegible para Asistencia Financiera.

Duración de la Elegibilidad y Reevaluación

La elegibilidad para la Política de Asistencia Financiera (FAP) debe reevaluarse cada doce (12) meses. Para mantener la cobertura, los pacientes deben completar el proceso estándar de renovación presentando una nueva solicitud acompañada de documentación financiera actualizada al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes.

Información de Elegibilidad Obtenida de Otras Fuentes

Regional One Health reconoce que algunos pacientes pueden no ser capaces de completar una solicitud de asistencia financiera, cumplir con los requisitos de documentación o responder al proceso de solicitud.

La elegibilidad presunta puede determinarse utilizando factores socioeconómicos individuales, incluyendo, entre otros:

- Residir en un refugio para personas sin hogar, casa de transición o centro de recuperación.
- Recibir beneficios SNAP (cupones de alimentos).
- Ser elegible para Medicaid o haber obtenido elegibilidad retroactiva.
- Residir en vivienda Sección 8 con dirección verificada.
- Haber fallecido sin patrimonio conocido.

Si un paciente presenta una solicitud completa de Asistencia Financiera y es determinado como elegible, Regional One Health reembolsará cualquier monto pagado por Servicios de Atención Médica Elegibles que exceda la cantidad que el paciente estaba obligado a pagar personalmente.