
Asistencia financiera para pacientes

Objetivo

Como organización sin fines de lucro, Vail Health y las clínicas Vail Health ofrecen asistencia financiera a los pacientes que no tengan suficientes recursos económicos para costear los servicios.

Procedimiento

Comunicación de la norma de asistencia financiera al público

En cada interacción en que se registra o admite un paciente, y en todas las comunicaciones verbales con respecto al monto adeudado que se efectúan durante el período de notificación (según se define a continuación), Vail Health informará al paciente que existe el programa de asistencia financiera de Vail Health, dónde obtener información adicional acerca de la elegibilidad y cómo solicitarlo. Además, en todas las áreas públicas del hospital, lo que incluye, como mínimo, las áreas de ingreso o registro para el hospital y los consultorios médicos pertenecientes al hospital, salas de espera para pacientes e instalaciones del departamento de Emergencias, habrá materiales escritos e impresos sobre el programa de asistencia financiera. Asimismo, esa información se ofrecerá a cada paciente ambulatorio y quirúrgico. Los formularios de solicitud estarán ubicados en un lugar visible y fácilmente accesible para los pacientes.

La norma completa de asistencia financiera de Vail Health, así como un **resumen en lenguaje sencillo** (ver Anexo A), estarán disponibles en el sitio web del hospital y el portal para pacientes, y se ofrecerá la posibilidad de descargar e imprimir la solicitud de asistencia financiera sin necesidad de hardware o software especial. El **resumen en lenguaje sencillo** debe incluir el lugar físico dentro del hospital donde los pacientes pueden obtener una copia de la norma y solicitud de asistencia financiera, además de la información de contacto de la oficina o departamento específico de Vail Health que puede ofrecer ayuda con el proceso de solicitud. Vail Health traducirá los documentos del programa de asistencia financiera, la norma completa y los formularios de solicitud al idioma español.

En cada estado de cuenta del paciente que envíe Vail Health se incluirá un aviso destacado acerca de la asistencia financiera y las instrucciones para obtener una copia de la norma del programa. El “período de notificación” se refiere al período durante el cual el hospital debe notificar a una persona acerca de su norma de asistencia financiera con el fin de que se pueda considerar que se ha intentado, por todos los medios razonables, determinar si la persona tiene derecho a la asistencia financiera. El período de notificación comienza en la primera fecha en que se presta atención médica y finaliza a los 120 días desde que Vail Health entrega al paciente el primer estado de cuenta por la atención médica prestada. Vail Health debe entregar un aviso por escrito a los pacientes dentro de los 30 días anteriores a la finalización del período de notificación indicando que dicho período está por concluir, y durante el período de notificación, debe procurar, por todos los medios razonables, informarles verbalmente acerca del programa de asistencia financiera de Vail Health y cómo pueden obtener ayuda con el proceso de solicitud.

El aviso por escrito debe incluir una descripción de todas las acciones extraordinarias de cobro que Vail Health pretende iniciar. Se considerará que Vail Health ha procurado hacer todo lo razonable si notifica al paciente acerca del programa de asistencia financiera tal como se describe anteriormente y sigue los

requisitos para solicitudes completas e incompletas que se describe en la sección “Revisión y aprobación” más adelante. El aviso por escrito se considerará que fue entregado en la fecha en que se envió por correo.

El programa de asistencia financiera de Vail Health se divulgará ampliamente en la comunidad de una manera que se comunique, dentro de los parámetros razonables, a aquellas personas que probablemente más necesiten la asistencia financiera. Por lo general, esto se logrará al incluir periódicamente información sobre el programa en el periódico local y al divulgarlo en las clínicas de Mountain Family Health Center. Además, la información sobre el programa de asistencia financiera de Vail Health (en inglés y español) se exhibirá en un cartel de medidas considerables que estará visible en un lugar público en todas las ubicaciones de Vail Health donde es probable que los visitantes la vean. Los materiales escritos acerca del programa de asistencia financiera incluirán la cláusula de no discriminación, según corresponda.

Requisitos de elegibilidad

La asistencia financiera se ofrece según una escala progresiva en función de los siguientes requisitos de elegibilidad:

- Ingresos individuales o de la unidad familiar: hasta 350 % del nivel federal de pobreza (“FPL”). Se considerará la situación laboral al determinar los niveles de ingresos. Es posible que los niveles anteriores de ingresos no cumplan con las pautas establecidas del nivel de pobreza; no obstante, el desempleo reciente se debe considerar como una fuente de ingresos.
- Patrimonio neto individual o de la unidad familiar: hasta \$250,000 (sin contar el patrimonio neto de la vivienda primaria de hasta \$500,000). Al evaluar el patrimonio neto, se deben considerar otras obligaciones financieras, por ejemplo, facturas elevadas por servicios médicos. Los pacientes con un patrimonio neto elevado que no reunirían los requisitos para la asistencia financiera pueden considerarse elegibles si, por ejemplo, deben afrontar costos de atención médica exorbitantes no asegurados que reducirían considerablemente su patrimonio neto.

La asistencia financiera está disponible para todas las personas por atención médica nueva o de emergencia, independientemente de su lugar de residencia, y para las personas con residencia principal (vivir en ese lugar por más de seis meses al año) en el condado de Eagle por todos los servicios prestados por Vail Health, a excepción de servicios opcionales, como extracción dental, esterilización voluntaria, cirugía cosmética y exámenes de la vista de rutina. La asistencia financiera también está disponible para las personas que reciban los servicios de Vail Health ofrecidos en instalaciones de Vail Health fuera del condado de Eagle y que tengan su residencia principal en un condado en el que se presten los servicios de Vail Health.

Los lineamientos para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera se aplicarán sistemáticamente. Vail Health no discriminará a los pacientes que soliciten la asistencia financiera sobre la base de su raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Al determinar la elegibilidad del paciente para la asistencia financiera, los asesores financieros de Vail Health y los servicios financieros para pacientes ayudarán al paciente (lo que incluye dar remisiones a recursos externos) a determinar si reúne los requisitos para programas patrocinados por el gobierno, y a enseñarle y

capacitarlo para entender las diferentes coberturas de seguro que se ofrecen mediante el mercado de seguros de salud de Colorado.

El formulario de solicitud de asistencia financiera (ver Anexo B) se deberá completar en todos los casos y entregar a un asesor financiero. Todas las solicitudes de asistencia financiera deberán estar firmadas por el paciente o su representante autorizado para confirmar que la información suministrada en el formulario es verdadera y correcta.

Cuando sea posible, Vail Health evaluará a cada paciente no asegurado para ver si reúne los requisitos para la asistencia financiera.

Verificación de la información suministrada

Los datos empleados para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera se deberán verificar en la medida en que sea práctico en relación con el monto de la asistencia financiera en cuestión y la importancia de un elemento de información en la determinación global. En todos los casos, la verificación mínima incluirá lo siguiente:

- Ingresos, para los que se evaluarán fuentes como W-2, talones de pago recientes que muestren el monto anual hasta la fecha, declaraciones de impuestos, declaraciones de desempleo, avisos de seguridad social y beneficios de jubilación.
- Patrimonio de la persona, para lo que se evaluará la documentación complementaria correspondiente (estados de cuenta bancarios, estados de cuenta de inversiones, comprobantes de préstamo). También se le debe especificar al paciente que los activos se podrían considerar como una posible fuente de pago.

La asistencia financiera superior a \$5,000 podría incluir documentación que compruebe otras obligaciones financieras, como gastos de subsistencia, manutención de menores y otras facturas de atención médica.

Si la solicitud de asistencia financiera se recibe durante el período de solicitud (según se define a continuación) y se considera que está incompleta, se enviará un aviso escrito al paciente o garante dentro de los 15 días de haberla recibido para solicitarle que proporcione la información faltante dentro de los 30 días de la fecha del aviso. El aviso incluirá la información de contacto para las instalaciones o el departamento que podrá ayudarlo con el proceso de solicitud, una copia del resumen en lenguaje sencillo e información sobre las posibles **acciones extraordinarias de cobro** que Vail Health puede iniciar. Todas las **acciones extraordinarias de cobro** que estén en curso al momento de recibir la solicitud incompleta se deberán suspender. Las acciones se podrán iniciar o reanudar si no se recibe la solicitud completa o si no se proporciona la información adicional solicitada luego de los 30 días del aviso. El departamento de Ingreso de Pacientes y los servicios financieros para pacientes crearán un documento de seguimiento en una ubicación compartida para supervisar todas las solicitudes.

Se podrá prescindir de la información complementaria requerida que se describe anteriormente, y en su lugar emplear la información que Vail Health obtenga mediante el uso de herramientas tecnológicas u otros métodos de suposiciones razonables como medidas de predicción de la capacidad de pago del

paciente y de su situación económica.

No se podrá denegar la asistencia financiera sobre la base de información que no esté enumerada específicamente como información obligatoria en el formulario de solicitud.

Revisión y aprobación

La asistencia financiera debe quedar documentada en el formulario de solicitud y debe ser aprobada por el asesor financiero por montos inferiores a \$999, por el director de servicios financieros para pacientes por montos de entre \$1,000 y \$9,999, y por el director ejecutivo o director financiero cuando se trata de montos superiores. Los asesores financieros serán responsables de documentar la recepción, revisión y aprobación del formulario de solicitud de asistencia financiera. Cuando se tome una decisión con respecto a la aprobación o rechazo de una cuenta para asistencia financiera, se enviará una carta al paciente o a la parte responsable como notificación de la decisión adoptada. La carta, que por lo general se enviará dentro de los 30 días de recibir el formulario de solicitud de asistencia financiera, deberá estar mecanografiada e incluirá la siguiente información:

- Nombre del paciente
- Número de cuenta del hospital y del médico
- Saldo pendiente actual en la cuenta
- Monto en dólares o cantidad de días de prórroga otorgada para la asistencia financiera
- Cualquier saldo que se adeudará en la cuenta (si solo una parte de la cuenta estará cubierta por la asistencia financiera)
- Detalle de los arreglos de pago del saldo pendiente en la cuenta luego de que se proporcione la asistencia financiera
- Proceso de apelación si se rechazó la asistencia financiera

Tras aprobar una solicitud de asistencia financiera, Vail Health hará lo siguiente:

- Si el paciente tiene un saldo adeudado, le entregará un estado de cuenta en el que indique el monto adeudado, cómo se determinó el promedio generalmente facturado o AGB (ver definición en la sección "Limitación de cargos" más adelante) y cómo se calculó el monto adeudado.
- Incluirá todos los montos adeudados por el paciente cubiertos por la norma de asistencia financiera en la aprobación.
- Le reembolsará al paciente los pagos efectuados dentro de los 60 días de la solicitud que superen los montos aprobados para la asistencia financiera, de conformidad con la norma de reembolsos para pacientes, que se puede consultar por separado.
- Tomará las medidas razonables para revocar o invalidar cualquier **acción extraordinaria de cobro**, por ejemplo, levantar un gravamen o eliminar información negativa de los informes de crédito.

No se aprobará la asistencia financiera en caso de que el paciente se rehúse a presentar la solicitud para Medicaid u otro beneficio de salud y bienestar si Vail Health considera, dentro de lo razonable, que este cumpliría los requisitos. Asimismo, se espera que el paciente colabore con Vail Health para evaluar las diferentes opciones de cobertura de seguro asequible que se ofrecen mediante el mercado de seguros de salud de Colorado. Si el paciente opta por no adquirir una cobertura de seguro mediante el mercado

de seguros de salud de Colorado y no reúne los requisitos para Colorado Medicaid, se le pedirá que presente un formulario de solicitud de asistencia financiera. Se requiere ceder a Vail Health todos los pagos del seguro, incluidas las liquidaciones de reclamos de responsabilidad, hasta el monto de los cargos brutos de la factura del paciente.

Se podrán apelar las decisiones de rechazo de la asistencia financiera. La apelación debe incluir una carta del paciente o de la parte con responsabilidad financiera en la que se solicite la reevaluación (ver formulario de apelación en el Anexo C). La apelación también debe incluir cualquier documentación complementaria que pueda comprobar la incapacidad de pagar y que no fuera incluida en la consideración inicial. Las apelaciones se remitirán al director de los servicios financieros para pacientes, quien las evaluará dentro de los 30 días de su recepción. Si el director de los servicios financieros para pacientes considera que es necesaria una opinión adicional para tomar una decisión, se le pedirá al director financiero que evalúe la apelación y ayude a tomar una decisión.

Si, tras la revisión y determinación de la asistencia financiera, se detecta que la información utilizada contenía errores, ocurrirá lo siguiente:

- Si se corrige la información de una solicitud previamente rechazada y ahora el paciente reúne los requisitos para la asistencia financiera, se le informará al respecto y su cuenta se procesará tal como se describe anteriormente.
- Si se corrige la información de una solicitud previamente aprobada y ahora el paciente no reúne los requisitos para la asistencia financiera, se le informará al respecto y se le indicará que debe efectuar el pago en su cuenta.

El formulario de solicitud de asistencia financiera completado y toda la documentación complementaria se escaneará y guardará en la cuenta del paciente dentro del sistema de facturación de pacientes.

No obstante ello, Vail Health deberá aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera por un período máximo de 240 días desde que Vail Health entrega al paciente el primer estado de cuenta (que se define como el período de solicitud). Vail Health podrá iniciar o reanudar las **acciones extraordinarias de cobro**, es decir, transferir la cuenta a una agencia de cobro, contra una persona que haya presentado una solicitud incompleta y que no haya suministrado la información faltante para completarla, a más tardar:

- 30 días después de que Vail Health le envíe un aviso por escrito indicando que falta información adicional, o
- el último día del período de solicitud, lo que ocurra después.

Registro y seguimiento de los datos de asistencia financiera

La asistencia financiera aprobada, conjuntamente con cualquier cancelación tras aplicar los montos promedio generalmente facturados, se clasificará y registrará como atención médica de beneficencia porque, por definición, se trata de una “incapacidad comprobada de pago”. El monto correspondiente a la atención médica de beneficencia se informará por separado en los estados contables mensuales.

Los asesores financieros serán responsables de mantener los siguientes datos mensualmente:

- Cantidad de solicitudes de asistencia financiera recibidas

-
- Cantidad de personas a las que se les otorga asistencia financiera
 - Cantidad de apelaciones recibidas
 - Porcentaje de apelaciones evaluadas con una decisión revocada

El departamento de Finanzas calculará el costo asociado con los servicios aprobados para asistencia financiera para informarlo en los estados contables anuales y la declaración de impuestos.

Frecuencia de la revaluación de elegibilidad

Una vez que se aprueba la asistencia financiera para un paciente, se considerará que tendrá la aprobación para los servicios prestados por Vail Health durante los seis meses posteriores a la aprobación, excepto en los siguientes casos:

- Cuando se produce un cambio en la situación económica, como se describe a continuación. Luego de seis meses, el paciente deberá volver a solicitar la asistencia financiera, y se deberán realizar las correspondientes verificaciones de información.
- Cuando, según la estimación razonable de Vail Health, el paciente puede costear una cobertura de seguro mediante el mercado de seguros de salud de Colorado y el período por el cual se puede obtener dicha cobertura ocurrirá en menos de seis meses desde la fecha en que Vail Health otorga la asistencia financiera.

Si al paciente se le otorga asistencia financiera para una parte de la factura y este posteriormente no paga la parte que le corresponde, Vail Health no revocará el monto de asistencia financiera otorgada.

Cambios en la situación económica del paciente

Es posible que se produzcan cambios inesperados en la capacidad del paciente de pagar después de que se presta el servicio y después de que se otorga un plan de pago o la asistencia financiera. Si el paciente acepta un plan de pago (consultar por separado la norma de planes de pago para pacientes) que era razonable con respecto a sus circunstancias en ese entonces, pero posteriormente pierde su empleo o sufre otras dificultades económicas y no es capaz de cumplir los pagos, podrá solicitar asistencia financiera de conformidad con los lineamientos de esta norma.

Por su parte, si a un paciente se le otorga asistencia financiera y posteriormente se produce un cambio positivo y adquiere la capacidad de pagar por los servicios prestados, Vail Health podrá facturarle al paciente por los servicios prestados e informarle acerca de su cambio de situación.

Limitación de cargos

A las personas que reúnen los requisitos para la asistencia financiera, o a las personas que tengan su residencia principal (vivan en ese lugar por más de seis meses al año) en el condado de Eagle, que no tengan seguro, que posean un patrimonio neto individual o familiar de \$250,000 o menos (sin contar el patrimonio neto de la vivienda primaria de hasta \$500,000) y que hayan solicitado la asistencia financiera, pero no cumplan con los requisitos, no se les cobrará más de la tarifa negociada más baja de un plan de salud privado, o el monto promedio generalmente facturado (es decir, los montos que Vail Health les cobra a las compañías aseguradoras y a Medicare), lo que sea menor. Para determinar este

monto, se hará una revisión anual de los porcentajes de pago de pagadores comerciales y Medicare (incluidos copagos y deducibles pagados por los pacientes). Se calcularán porcentajes de pago individuales para obtener los montos promedio generalmente facturados para servicios para pacientes internos, ambulatorios, y servicios de consultorios médicos o clínicas. Los montos promedio generalmente facturados se calcularán, a más tardar, a los 45 días del 31 de octubre de cada año para el período de doce meses que finaliza el 31 de octubre. El estado de cuenta para el paciente podrá indicar el **cargo bruto** estándar del hospital, pero debe mostrar una cancelación para obtener el monto promedio generalmente facturado, si la cancelación es mayor al descuento que se proporciona en virtud de la norma de asistencia financiera de Vail Health. La diferencia entre el **cargo bruto** estándar del hospital y el promedio generalmente facturado o el monto de descuento de asistencia financiera se contabilizará como una cancelación de atención médica de beneficencia.

No es necesario que esta norma sea aprobada por el Consejo cada año cuando se actualice el promedio generalmente facturado.

Los montos promedio generalmente facturados calculados para el año fiscal 2017 (del 1.º de noviembre de 2016 al 31 de octubre de 2017) son los siguientes:

- Paciente interno: 21 %
- Paciente ambulatorio: 31 %
- Consultorio médico o clínica: 66 %

Cobertura de Medicaid

Los copagos de Medicaid que no se paguen al momento de prestar el servicio se facturarán al paciente. Si no es posible cobrar los copagos, a más tardar, al finalizar el período de solicitud, se anularán como una cancelación de beneficencia. A los pacientes con cobertura de Medicaid y que tengan saldos adeudados por servicios que fueron prestados hasta doce meses antes de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura se les otorgará asistencia financiera al 100 % en dichos saldos sin necesidad de una evaluación o documentación adicional.

Otras disposiciones

Por lo general, la determinación de si la hospitalización de un paciente calificará para la asistencia financiera se realizará antes del ingreso, en el ingreso o posteriormente tan pronto como sea posible. En el campus principal de Vail y en el campus de Edwards hay un asistente financiero para pacientes disponible para ayudarlos con la liquidación de sus cuentas, la solicitud de asistencia financiera, programas patrocinados por el gobierno y remisión a recursos externos. Sin embargo, en algunos casos, la elegibilidad para la asistencia financiera se podrá determinar después de que se hayan prestado los servicios e incluso, en algunas circunstancias, después de que se haya entregado la factura. Los intentos para cobrar, incluida la intervención de una agencia de cobro, son parte del proceso de recopilación de información y pueden derivar adecuadamente en que el paciente resulte elegible para la asistencia financiera.

Consultar el Anexo D para ver una lista de cuáles son los proveedores, además del hospital, que están cubiertos y que no están cubiertos por la norma de asistencia financiera de Vail Health.

La norma sobre facturación y cobro de Vail Health se puede obtener en el sitio web www.vailhealth.org.

DEFINICIONES

- Acciones extraordinarias de cobro: acciones tomadas por el hospital contra una persona en relación con obtener el pago de una factura por atención médica cubierta por la norma de asistencia financiera del hospital y que requieren un proceso legal o judicial, suponen la venta de la deuda de una persona a un tercero, o involucran transmitir información negativa sobre una persona a una agencia de informes de crédito del consumidor. Presentar un reclamo en un procedimiento de quiebra no se considera una acción extraordinaria de cobro.
- Cargo bruto: precio establecido, incluido en la lista de precios del hospital (conocida como “Charge Master”), para un servicio o concepto que se cobra regular y uniformemente a todos los pacientes antes de aplicar subsidios, descuentos o deducciones contractuales.
- Unidad familiar: una o más personas que viven juntas y están emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción (padres e hijos que se declaran como dependientes en la declaración de impuestos); o que viven juntas y comparten bienes conjuntamente, como tarjetas de crédito, cuentas bancarias o bienes inmuebles. Los pacientes mayores de 18 años, como los hijos adultos que viven con sus padres, hermanos o amigos no son considerados parte de la unidad familiar, a menos que dichas personas estén legalmente obligadas por las deudas del paciente.
- Ingresos: incluyen salarios y sueldos, ingresos por intereses, ingresos por dividendos, seguridad social, indemnizaciones por accidentes laborales, pagos por incapacidad, indemnización por desempleo, ingresos comerciales, pensiones y anualidades, ingresos por establecimientos agrícolas, rentas y regalías, herencias, beneficios por huelga y pagos de manutención. El ingreso también se define como los pagos provenientes del estado por tutela o curatela legal.
- Resumen en lenguaje sencillo: declaración redactada en un lenguaje claro, conciso y fácil de comprender en la que se notifica que Vail Health ofrece un programa de asistencia financiera y una descripción del mismo.
- No asegurado: paciente que no tiene cobertura de un tercero de un plan de seguro médico, Medicare o Medicaid financiado por el estado, o cuya lesión no es una lesión cubierta a los efectos de una indemnización por accidente laboral, seguro de automóvil u otro seguro, según determine y documente el hospital.

Referencias:

Declaración 15 del Consejo sobre principios y prácticas de la organización Health Care Financial Management Association: "Valuation and Financial Statement Presentation of Charity Care and Bad Debts" (Valoración y presentación de estados contables de atención médica de beneficencia y deudas incobrables).

Declaración de principios y lineamientos sobre prácticas de facturación y cobro de hospitales de la organización American Hospital Association, 5 de mayo de 2012

Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible

Aviso 2014-2 del IRS, emitido el 30 de diciembre de 2013

Código de Reglamentaciones Federales, IRS, partes 1, 53 y 602 (emitido el 29 de diciembre de 2014)

Proyecto de ley 14-50 del Senado de Colorado, Asistencia financiera hospitalaria

Código de Colorado, CRS 25-3-112

Ley del Cuidado de Salud Asequible, artículo 1557

Consultar además la norma "Billing and Collection Practices" (Prácticas de facturación y cobro)