



| | |
|---------------------------|--|
| Título: | Política de ayuda financiera / beneficio comunitario, del Northeast Georgia Physicians Group |
| Revisor principal: | Director del sistema, Cuentas pendientes por cobrar del paciente |
| Revisor(es): | Vicepresidente, Ciclo de ingresos y Director financiero |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| 1. Pertinencia: marque con una 'x' todas las Entidades que estén cubiertas por esta política | | | | |
| | NGMC Gainesville-Braselton | NGMC Gainesville, sólo el campus | NGMC Braselton, sólo el campus | NGMC Gainesville-Braselton, Política departamental: (anote el departamento) |
| | NGMC Barrow | NGMC Barrow Política departamental: (anote el departamento) | Northeast Georgia Health Partners | HealthConnection |
| X | Northeast Georgia Physicians Group (NGPG) | Medical Center Foundation | NGMC Auxiliary | NGMC Barrow Auxiliary |
| | The Heart Center of NGMC | | | |
| 2. Pertinencia: marque con una 'x' cualquier Junta directiva o Estructura de personal médico que esté cubierta por esta política | | | | |
| | Hospital Authority of Gainesville & Hall County | X Junta directiva de NGPG | Junta directiva de la Medical Center Foundation | Personal médico de NGMC |
| | Junta directiva de NGHS | Junta directiva de NGMC Barrow | Junta directiva de THC | Personal médico de NGMC Barrow |
| | Junta directiva de NGMC Gainesville & Braselton | Junta directiva de Health Partners | | |

I. Objetivo

Proporciona pautas para asegurar un procesamiento sistemático de la ayuda financiera.

II. Definiciones

El tamaño de la unidad familiar se define como el solicitante (el paciente, si corresponde), su cónyuge y todos los dependientes legales, según lo que estipula el Servicio de Impuestos Internos (*Internal Revenue Service*, IRS). Si el paciente o el solicitante es un menor de edad, la unidad familiar incluirá a los padres o tutores legales y a cualquier otro contribuyente que pueda reclamar al paciente o solicitante como un dependiente para fines del pago de impuesto sobre ingresos.

El ingreso de la unidad familiar se define como el ingreso bruto de todos los miembros de la unidad familiar durante los últimos cuatro meses (anualizado) o durante el último año calendario, la que sea la menor cantidad. Algunos ejemplos de ingreso son jubilación, Administración de Veteranos, indemnización laboral, licencia por enfermedad, indemnización por discapacidad, beneficencia social, jubilación del Seguro Social, pensión para el cónyuge divorciado, pensión para hijos menores de edad, dividendos de acciones o certificados, intereses o ingresos de propiedades.

Médicamente indigente se define como una persona sin seguro que no reúne las condiciones para obtener otra cobertura de seguro médico, tal como de Medicare, Medicaid o de otro seguro privado. Las personas que son "médicamente indigentes" ganan demasiado dinero para reunir las condiciones de Medicaid pero no lo suficiente para comprarse un seguro médico o pagar por atención médica.

La presunta elegibilidad se define como la ayuda financiera aprobada en función del estado indigente de un paciente, determinada según métodos basados en criterios, tales como la puntuación respecto a la propensión de pago, pruebas de la participación en programas gubernamentales de asistencia para personas de bajos ingresos, tales como programas de medicamentos con receta financiados por el estado, Programa de nutrición para mujeres, bebés y niños (*Women, Infants and Children*, WIC), Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (*Supplemental Nutrition Assistance Program*, SNAP), antiguamente conocido como programa de cupones para alimentos, programa de almuerzos escolares gratuitos u otros programas de asistencia estatales o locales.

La atención médica de emergencia se define como la atención proporcionada para una afección médica de emergencia.

La afección médica de emergencia se refiere a una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos (incluido el dolor intenso, las alteraciones psiquiátricas o los síntomas del alcoholismo o la drogadicción) de una gravedad tal que podría preverse razonablemente que la falta de atención médica inmediata podría dar como resultado algo de lo siguiente:

- a. poner la salud de la persona (o, si se trata de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del feto) en grave peligro; o
- b. una grave afectación de las funciones corporales; o
- c. una grave disfunción de cualquier órgano o parte corporal.

Con respecto a una mujer embarazada que esté teniendo contracciones, el término se referirá a:

- a. que no hay tiempo suficiente para efectuar un traslado seguro a otro hospital antes del parto; o
- b. que el traslado puede representar una amenaza a la salud o seguridad de la mujer o del feto.

La atención médicamente necesaria se define como la atención basada en las prácticas médicas generalmente aceptadas en vista del estado de la persona al momento del tratamiento, que es apropiada y coherente con el diagnóstico, y cuya omisión podría afectar negativamente el estado del paciente o no mejorarlo. Se trata de atención que no está dirigida a fines estéticos, experimentales o considerados no reembolsables por las compañías de seguros tradicionales y los pagadores gubernamentales. Se trata de atención que se considere médicamente necesaria a partir de la determinación de un médico que examina al paciente.

Las medidas de cobro extraordinarias (*Extraordinary Collection Actions, ECA*) se definen como las medidas que requieren un proceso legal o judicial o que implican la notificación de información negativa sobre una persona a las agencias de informes crediticios del consumidor u oficinas de crédito (denominadas en conjunto, “agencias de crédito”).

El período de solicitud se define como 240 días a partir del primer estado de cuenta de facturación posterior a la dada de alta (para el “episodio” de atención médica más reciente) o 30 días a partir de la notificación escrita de las medidas de cobro extraordinarias (ECA) previstas, la fecha que ocurra después.

III. Políticas

DECLARACIÓN DE POLÍTICAS

La política del Northeast Georgia Physicians Group (NGPG) es proporcionar atención de emergencia a todos los pacientes, independientemente de su capacidad para pagar. El grupo deberá asignar recursos para identificar casos de ayuda financiera y proporcionar atención sin compensación, según la información presentada al momento de la solicitud de ayuda financiera por el paciente o su representante o por medio del uso de otros métodos basados en criterios para determinar la elegibilidad. Los ajustes de ayuda financiera sólo se podrán otorgar a pacientes que reciban atención no programada (procedimientos que no sean electivos). Los ajustes de ayuda financiera se pueden aplicar a cuentas aprobadas para pacientes sin seguro según los ingresos familiares brutos totales del paciente y la cooperación deliberada de éste para solicitar Medicaid u otra cobertura disponible. A fin de asegurar que los fondos para la atención sin compensación no se usen indebidamente y estén disponibles para quienes los necesiten dentro de la zona de servicio de NGHS, el Northeast Georgia Physicians Group hará esfuerzos razonables por ayudar a los candidatos que reúnan las condiciones correspondientes para que obtengan cobertura en algún programa de asistencia disponible en la comunidad. NGPG toma la iniciativa para hacer esfuerzos razonables a fin de determinar si un paciente reúne las condiciones para recibir ayuda financiera antes de dar inicio a cualquier actividad de cobro.

DIRECCIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y LAS PAUTAS

La División del Ciclo de Ingresos administra la Política de ayuda financiera, con la autoridad y aprobación de la junta directiva del Northeast Georgia Physicians Group.

RELACIONES PÚBLICAS

El Northeast Georgia Physicians Group coordinará esfuerzos para promover el Programa de ayuda financiera. El programa se promueve por medio de un resumen escrito en lenguaje sencillo que se ofrece directamente a todos los pacientes en el

proceso de salida, se publica en el sitio web del Northeast Georgia Health System y se pone a la vista en letreros en cada clínica. Además, el resumen escrito en lenguaje sencillo se distribuye periódicamente a los organismos de servicios humanos y a otras organizaciones comunitarias. En el resumen escrito en lenguaje sencillo se incluye una descripción breve de los requisitos de elegibilidad, un resumen corto de cómo presentar la solicitud, el sitio web y la ubicación física donde se puede obtener una solicitud y una copia de la Política de ayuda financiera, cómo obtener una solicitud por correo postal e información de contacto y ayuda. NGPG deberá ofrecer la Política de ayuda financiera, el resumen escrito en lenguaje sencillo y la solicitud de ayuda financiera tanto en inglés como en la lengua materna de toda población con competencia limitada en el idioma inglés que constituya un mínimo del 5 % o de 1000 personas, el número que sea menor, de los residentes de la comunidad que atienda.

EXCLUSIÓN

En los centros de atención de urgencias (*Urgent Care Centers*) de NGPG no se proporciona atención de beneficencia o para personas indigentes. Los pacientes que se presenten para recibir atención en cualquier centro de atención de urgencias de NGPG se remitirán a la clínica de atención primaria en el Departamento de Salud del Condado y a la Clínica Good News at Noon, según corresponda, para necesidades de atención de urgencias de beneficencia o para personas indigentes.

PROCESO DE SOLICITUD

1. Todos los pacientes que deseen ser considerados para el programa de ayuda financiera del Northeast Georgia Physicians Group deberán llenar una solicitud en la que se divulgue información financiera que se considere pertinente para la determinación de la elegibilidad del paciente para recibir ayuda financiera. Las solicitudes de ayuda financiera se pueden llenar por escrito, al hablar con un miembro del personal de orientación financiera (*Financial Navigator*), al someterse a un proceso de selección por teléfono o mediante la presunta elegibilidad. El paciente autorizará a NGPG para hacer averiguaciones con los empleadores, bancos, oficinas de crédito y con otras instituciones a fin de comprobar las declaraciones presentadas por el paciente al solicitar la ayuda. La solicitud se puede obtener al llamar por teléfono o al visitar a un miembro del personal de orientación financiera, o al imprimirla en línea en www.nghs.com.

Cuando se entregue, la solicitud deberá llevar como adjunto uno o más de los siguientes tipos de documentación, según sea necesario para los fines de la comprobación de ingresos:

- a. A. Prueba de los ingresos familiares, la cual deberá ser por lo menos uno de los siguientes documentos:
 - 1) Una copia de los cuatro talones de paga más recientes de todas las personas empleadas en la familia. Si no se dispone de talones de paga, sírvase presentar una carta notariada del empleador.
 - 2) Un formulario W-2 del año actual o la declaración de impuestos del año más reciente.
 - 3) Carta de concesión de beneficios del Seguro Social.
 - 4) Prueba de indemnización laboral, licencia de ausencia por enfermedad, indemnización por discapacidad, beneficios de asistencia social o jubilación del Seguro Social.
 - 5) Si no tiene ingresos en estos momentos, presente una carta notariada y firmada de la persona que le proporciona alimento, techo, ropa, etc., a usted y a su familia, si corresponde.
- b. Prueba de activos (bienes)
 - 1) Los estados de cuenta bancarios más recientes para las cuentas corrientes (de cheques) y de ahorros tanto personales como comerciales
- c. La prueba de su domicilio deberá ser por lo menos una de las siguientes:
 - 1) Licencia de conducir vigente de Georgia
 - 2) Tarjeta de identificación de Georgia
 - 3) Factura de servicios públicos actual
 - 4) Recibos de alquiler o renta que muestren su condado de residencia
 - 5) Valoración del condado del impuesto sobre bienes inmuebles
 - 6) Carta sobre los cupones para alimentos del condado
 - 7) Tarjeta de inscripción de votante
- d. Estos documentos, si corresponde:

- 1) Si no está casado(a), pero tiene hijos en común, deberá proporcionar los ingresos de todos los miembros del hogar. También se deberá incluir toda pensión recibida para hijos menores de edad o pensión para el cónyuge divorciado.
 - 2) Si todavía está legalmente casado(a), pero separado(a), deberá presentar documentación legal de la separación o de los ingresos del cónyuge.
 - 3) Verificación escrita de los organismos de beneficencia pública o de otros organismos gubernamentales que puedan dar fe del estado de los ingresos brutos del paciente para los últimos 12 meses.
 - 4) Verificación de los ingresos de pensión o jubilación.
 - 5) Verificación del estado de estudiante, que se define como una copia del horario de clases actual, la información de inscripción y una copia de la identificación de estudiante con fotografía.
 - 6) Si perdió su empleo en los últimos tres meses, se le pide presentar una carta de separación de su último empleador. Además, deberá presentar una carta de su centro local de desarrollo profesional (*Career Center*) del Departamento de Trabajo (*Department of Labor*) de Georgia en la que se especifique si usted está recibiendo o no beneficios por desempleo.
 - 7) Si anotó algún niño en su solicitud que no sea su hijo biológico ni hijastro, deberá proporcionar documentación legal a este efecto.
 - 8) Es posible que los pacientes que busquen ayuda debido a indigencia médica necesiten presentar pruebas de sus bienes (activos).
2. El ingreso se anualizará, cuando corresponda, con base en documentación e información verbal proporcionada por el paciente. Este proceso tomará en consideración el empleo de temporada y los aumentos o las reducciones temporales de ingresos.
 3. Todas las solicitudes, la documentación de respaldo y las comunicaciones se tratarán con el debido respeto a la confidencialidad del paciente. NGPG tendrá el cuidado razonable de mantener con el formulario de solicitud las copias de los documentos que la respaldan.
 4. En situaciones en las que la información proporcionada por el paciente o el garante no coincida con el “método basado en criterios”, la información basada en criterios se considerará en la determinación de la elegibilidad.
 5. Es posible que se solicite información adicional para completar la solicitud.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:

1. En los casos en que los pacientes soliciten servicios programados, las solicitudes de ayuda financiera se pueden procesar antes de los servicios.
2. La ayuda financiera es secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles al paciente.
3. La determinación de la elegibilidad de un paciente para recibir ayuda financiera se deberá aplicar independientemente de la fuente de la remisión y sin discriminación sobre la base de raza, sexo, grupo étnico, color, credo, país de origen, edad, estado de discapacidad o estado civil.
4. Se proporcionará ayuda financiera a los pacientes cuando los activos (bienes) netos no sean suficientes y los ingresos familiares brutos se encuentren entre el 0 y el 300 por ciento de las Pautas federales de nivel de pobreza ajustados según el tamaño de la familia.
5. Las obligaciones financieras que queden una vez que se haya aplicado el pago de ayuda financiera se pueden pagar en una sola suma o el paciente puede establecer un plan de pago.

DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD

1. La elegibilidad se puede determinar una vez que se haya recibido la solicitud completa junto con **TODA** la documentación de respaldo o por medio de otros métodos basados en criterios. Si no se presenta la documentación de

- respaldo o si la solicitud se queda incompleta, **NO** se otorgará ninguna ayuda financiera. Se enviará una notificación para informar cómo obtener ayuda para completar la solicitud.
2. Las cuentas que se queden con solicitudes incompletas o que no tengan ninguna solicitud se someterán al proceso normal del flujo de cuentas de estados de cobro de pacientes que pagan por cuenta propia y a la asignación a agencias externas de cobro de deudas incobrables, así como a abogados de cobro de deudas, según corresponda (consulte la Política de cobro).
 3. Para la atención médicamente necesaria, que sea distinta de la atención médica de emergencia, el paciente deberá ser un residente dentro de la zona de servicio de NGHS. El paciente, la familia del paciente, el médico del paciente, el personal de NGPG que se haya enterado de la necesidad financiera del paciente o los organismos sociales reconocidos, pueden solicitar la consideración de casos.
 4. NGPG aprueba presuntamente a los pacientes para un ajuste del 100 % sólo mediante los criterios de presunta elegibilidad que se definieron anteriormente.
 5. En casos en los que la elegibilidad se haya determinado mediante el uso de otros métodos basados en criterios, es posible que no se requiera documentación de ingresos y gastos.
 6. Después de la solicitud inicial de ayuda financiera, el grupo buscará otras fuentes de financiamiento, incluido Medicaid o programas del estado. Si un paciente se rehúsa a buscar alguna otra fuente de financiamiento, dicho paciente no reunirá las condiciones para participar en el Programa de ayuda financiera. Todas las cuentas con saldos pendientes se anotarán como carentes de cooperación y se someterán al proceso normal del flujo de cuentas de estados de cobro de pacientes que pagan por cuenta propia y a la asignación a agencias externas de cobro de deudas incobrables, así como a abogados de cobro de deudas, si corresponde (consulte la Política de cobro).
 7. Se entregarán formularios e instrucciones a la parte responsable cuando se solicite la ayuda financiera, cuando se indique una necesidad o cuando un proceso de selección financiera indique posibles necesidades. El rehusarse a llenar los formularios tendrá como resultado la negación de la ayuda financiera y que la cuenta se someta al proceso normal de intensificación, lo cual incluye estados de cobro de pacientes que pagan por cuenta propia y la asignación a agencias externas de cobro de deudas incobrables, así como a abogados de cobro de deudas (consulte la Política de cobro).
 8. A la parte responsable se le darán quince (15) días hábiles o un plazo razonable según lo requerido por la afección médica (estado clínico) de la persona para completar los formularios requeridos y presentar las pruebas de ingresos y activos (bienes).
 9. La elegibilidad (las condiciones que se deben satisfacer) para recibir ayuda financiera, si bien se determina generalmente al momento de la solicitud, puede ocurrir en cualquier momento antes de la valoración tras enterarse de los hechos que serían indicativos de una necesidad financiera. Si una parte responsable paga una parte o la totalidad de los cargos relacionados con la atención médica y posteriormente se determina que ha cumplido con los criterios para recibir atención con ayuda financiera al momento de la solicitud, la cantidad que reunirá las condiciones para ayuda financiera será el saldo restante a pagar en la cuenta del paciente al momento en que se vuelva a presentar la solicitud.
 10. La aprobación de ayuda financiera se otorga para períodos de tres (3) meses. La aprobación para pacientes con Medicare se otorga para períodos de doce (12) meses. Si la situación financiera del paciente o de la parte responsable cambia después de que la ayuda financiera se haya aprobado y otorgado, NGPG se reserva el derecho a terminar toda ayuda financiera futura a la discreción del gerente de Cuentas pendientes por cobrar del paciente, de conformidad con el vicepresidente del Ciclo de ingresos. Algunos ejemplos incluyen, entre otros, pagos de acuerdos judiciales, la lotería, etc.

CÁLCULO

El cálculo del descuento para los pacientes que califiquen para un ajuste de ayuda financiera se basará en nuestra tasa de descuento establecida de entre el 5 % y el 100 %.

Los pacientes sin seguro (es decir, aquellos pacientes que no tengan cobertura de un tercero para servicios de atención de la salud) califican para un ajuste de ayuda financiera según una escala de descuentos flexible, como sigue:

- Los ingresos familiares que equivalgan al 150 % de las Pautas federales de nivel de pobreza o menos califican para un ajuste de ayuda financiera del 100 %, lo cual significa que sus servicios son gratuitos.
- Los ingresos familiares de entre el 151 % y el 185 % de las Pautas federales de nivel de pobreza califican para un ajuste basado en la tasa de descuento establecida del 60 %.
- Los ingresos familiares de entre el 186% y el 235 % de las Pautas federales de nivel de pobreza califican para un ajuste basado en la tasa de descuento establecida del 60 % al 10 %.
- Los ingresos familiares de entre el 236 % y el 300 % de las Pautas federales de nivel de pobreza califican para un ajuste basado en la tasa de descuento establecida del 10 % al 5 %.

Ejemplo del cálculo: si los cargos brutos por los servicios de un paciente son de \$100, los cargos se descontarán conforme a la tasa de descuento establecida ($\$100 \times 60\% = \40.00). Un paciente que tenga ingresos de entre el 151 % y el 185 % de las Pautas federales de nivel de pobreza sería responsable de pagar \$40.00.

- Los pacientes sin seguro que tengan ingresos familiares mayores al 300 % de las Pautas federales de nivel de pobreza tal vez califiquen para un descuento del 25 % por pago inmediato (que no es ayuda financiera) cuando el pago por los servicios se haga antes del servicio o al momento de recibir el servicio.

NOTIFICACIÓN

9. NGPG hará esfuerzos razonables por notificar al paciente de la determinación final dentro de un plazo de treinta (30) días hábiles a partir del recibo de la solicitud con los materiales de documentación pertinentes (prueba de ingresos, etc.). La notificación incluirá una determinación de la cantidad por la que la parte responsable será financieramente responsable, si alguna, y describirá cómo la persona podrá obtener información respecto a cómo se determinó la cantidad que debe pagar. Las denegaciones se comunicarán por escrito e incluirán instrucciones para una apelación.
10. En los formularios de acuerdos financieros se declarará que se exonera de responsabilidad financiera o que ésta se reduce si se determina que el paciente reúne las condiciones para recibir ayuda financiera.

PROCESO DE APELACIÓN

La parte responsable puede pedir que se reconsidere la elegibilidad para ayuda financiera al presentar verificaciones adicionales de ingresos o del tamaño de la unidad familiar al gerente del Centro de cuentas pendientes por cobrar del paciente en un plazo de 30 días calendario del recibo de la notificación. El gerente del Centro de cuentas pendientes por cobrar del paciente examinará todas las peticiones de reconsideración y tomará la determinación final. Si la determinación reafirma la denegación anterior de la ayuda financiera, se le enviará una notificación por escrito al paciente o garante. Si la determinación final es aprobar la ayuda financiera, se le enviará al paciente una notificación de aprobación en la que se indique la cantidad que se exonera o se reduce.

PROCESO POR FALTA DE PAGO

En caso de que un paciente no llegue a pagar la parte del saldo de su cuenta que le corresponda después de que se procese la ayuda financiera, la cuenta seguirá el flujo del proceso normal de cobro (consulte la Política de cobro).

Zona de servicio de NGHS por código postal

30011,30019,30028,30040,30041,30501,30502,30503,30504,30506,30507,30510,30511,30512,30514,
30515,30517,30518,30519,30520,30521,30523,30525,30527,30528,30529,30530,30531,30533,30534,30535,30537,
30538,30542,30543,30545,30546,30547,30548,30549,30552,30553,30554,30557,30558,30562,30563,30564,
30565,30566,30567,30568,30571,30572,30573,30575,30576,30577,30580,30581,30582,30597,30598,
30599,30620,30639,30662,30666,30680