



Cargo	Ayuda financiera/política de beneficio para la comunidad para Georgia Heart Institute
Revisor primario	Director del sistema, cuentas por cobrar del paciente
Revisor(es)	Gerente del ciclo de ingresos y Gerente financiero

1. Seleccione TODAS LAS ENTIDADES que aplican al documento, coloque una 'x' a la izquierda de cada entidad.									
	NGMC Gainesville-Braselton		NGMC Barrow		NGMC Lumpkin		NGMC Habersham		Braselton Ambulatory Surgery Center (ASC), LLC
	NGMC Gainesville, solamente en el campus		NGMC Braselton, solamente en el campus		Northeast Georgia Physicians Group	X	Georgia Heart Institute		Fundación NGHS
	NGHS Auxiliar		Northeast Georgia Health Partners		Hospicio de NGMC		New Horizons -- LTC		HealthConnection
	NGHS Departamento Corporativo		Personal médico de NGHS Unified		Otro: (especifique)				
2. Si es solamente específico al departamento , incluya el nombre del departamento y el campus, si corresponde a solo un campus.									
3. Seleccione TODOS LOS CONSEJOS que aplican al documento, coloque una 'x' a la izquierda de cada entidad.									
X	Consejo de NGHS		Consejo de NGMC Gainesville-Braselton		Consejo de NGMC Barrow		Consejo de NGMC Lumpkin		Consejo de NGMC Habersham
	Consejo de Georgia Heart Institute		Consejo de la red de Northeast Georgia Health Partners (CIN)		Consejo de la fundación NGHS	X	Consejo de NGPG		Consejo de Braselton ASC

I. Propósito

Provee lineamientos para garantizar el procesamiento uniforme para la ayuda financiera.

II. Definiciones

Ayuda financiera se define como la reducción en los saldos a cargo del paciente para pacientes indigentes, no asegurados o subasegurados según lo determinan los criterios de elegibilidad detallados abajo. La ayuda financiera es secundaria a todos los otros recursos financieros disponibles para el paciente.

Tamaño de la unidad familiar se define como el solicitante (paciente, si corresponde), cónyuge y todos los dependientes legales según lo permite el Servicio de impuestos internos. Si el paciente/solicitante es un menor, la unidad familiar incluirá a los padres/tutor(es) legal(es) y cualquier otro contribuyente que pueda reclamar al paciente/solicitante como dependiente para los fines impositivos.

Ingresos de la unidad familiar se definen como los ingresos brutos de todos los miembros de la familia para los últimos cuatro meses (anualizados) o el último año calendario, cualquiera sea el menor. Los ejemplos de ingresos son jubilaciones, administración de veteranos, compensación para el trabajador, licencia por enfermedad, compensación por discapacidad, bienestar social, jubilación del seguro social, pensión alimenticia, pensión para hijos menores, dividendos por acciones/certificados, intereses, o ingresos de propiedades.

Indigente médicamente se define como una persona no asegurada que no reúne los requisitos para otra cobertura de seguro de salud, tales como Medicare, Medicaid, u otro seguro privado. Aquellos que son “indigentes médicamente” no llegan a calificar para Medicaid pero no pueden comprar un seguro de salud o alguna atención de la salud.

Elegibilidad presuntiva se define como una ayuda financiera aprobada en base a la condición de indigente del paciente, se determina usando métodos basados en criterios, tales como propensión a calificación de pago, evidencia de participación en programas de ayuda del gobierno para personas con bajos ingresos, tales como programas de medicamentos recetados financiados por el gobierno, el programa para mujeres bebés y niños (WIC), el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, antes estampillas de alimentos), el programa de almuerzo gratuito en la escuela u otros programas de asistencia local o estatal.

Elegibilidad de persona fallecida se considera cuando el estado de un paciente cambia de “vivo” a “fallecido”. Se presenta una reclamación contra el patrimonio del paciente, si corresponde. Si no se puede cobrar, el saldo se asignará a una beneficencia en nombre del fallecido.

Atención de emergencia se define como la atención que se brinda por una afección médica de emergencia.

Afección médica de emergencia hace referencia a una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente (incluyendo dolor agudo, problemas psiquiátricos o síntomas de abuso de sustancias) tal que se podría esperar que la ausencia de atención médica inmediata dé como resultado:

- a) poner la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer y del niño que no ha nacido) en peligro grave; o
- b) dificultad grave para las funciones corporales; o
- c) disfunción grave de algún órgano o parte del cuerpo.

Con respecto a una mujer embarazada que está teniendo contracciones:

- a) no hay tiempo suficiente para hacer un traslado seguro a otro hospital antes del parto; o
- b) el traslado puede significar una amenaza a la salud o seguridad de la mujer o del niño por nacer.

Atención médicamente necesaria se define como atención en base a prácticas médicas generalmente aceptadas para afecciones al momento del tratamiento que se consideran adecuadas y congruentes con el diagnóstico y cuya omisión podría afectar de manera adversa o no mejorar la afección del paciente. Es una atención que no es cosmética, experimental o que sea considerada como no reembolsable por aseguradoras tradicionales y aseguradoras del gobierno. Es atención que se considera médicamente necesaria si así lo determina un médico examinador.

Medidas de cobro extraordinarias (ECA) se definen como acciones que requieren de un proceso legal o judicial o involucran reportar información adversa sobre una persona a una agencia de información comercial sobre créditos al consumidor u oficinas de créditos (de manera colectiva, “agencias de crédito”).

Periodo de aplicación se define como los últimos 240 días desde el primer estado de cuenta posterior al alta (para el episodio de atención más reciente) o los 30 días desde la notificación escrita de las medidas de cobro extraordinarias (ECA).

III. Política

DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

La política de Georgia Heart Institute (GHI) es brindar atención de emergencia a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago. El grupo deberá asignar recursos para identificar los casos de ayuda

financiera y proveer atención sin compensación en base a la información que el paciente o su representante entregó al momento de la solicitud de ayuda financiera o usando los criterios en base a los métodos para determinar la elegibilidad. Los ajustes de ayuda financiera solo pueden otorgarse a pacientes que reciban atención no electiva. Los ajustes de ayuda financiera pueden aplicarse a cuentas aprobadas para pacientes sin seguro en base a los ingresos brutos totales de la familia del paciente y cuando el paciente mostró cooperación intencional al solicitar Medicaid u otra cobertura disponible. Para asegurar que no se abuse de los fondos para atención sin compensación y estén disponibles para aquellos que los necesiten en el área de servicio de NGHS. Georgia Health Institute hará todos los intentos razonables de ayudar a los candidatos que reúnan los requisitos a tener cobertura bajo cualquier programa de ayuda disponible en la comunidad. GHI proactivamente intenta, razonablemente, determinar si el paciente reúne los requisitos para ayuda financiera antes de participar en alguna actividad de recaudación de fondos.

PROCEDIMIENTO/LINEAMIENTOS DE CONTROL

La política de ayuda financiera es administrada por la División del ciclo de ingresos con autoridad y aprobación de GHI Board.

RELACIONES PÚBLICAS

Georgia Health Institute hará esfuerzos organizados para promover el programa de ayuda financiera. El programa se promociona mediante lenguaje claro y sencillo que se ofrece directamente a todos los pacientes al momento del registro, que se provee en la página web de Northeast Georgia Health System y mediante la exhibición clara de señales en cada clínica. Además, el resumen en lenguaje claro y sencillo se provee de manera periódica a las agencias de servicios humanos y otras organizaciones en la comunidad. El resumen en lenguaje claro y sencillo incluye una descripción corta de los requisitos de elegibilidad, un resumen 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 la solicitud por correo postal e información de contacto y ayuda. GHI pondrá la política de ayuda financiera, el resumen en lenguaje claro y sencillo y la solicitud para la ayuda financiera a disposición en inglés y en el idioma principal de todas las poblaciones con competencia limitada en inglés que constituyan un mínimo del 5% o 1000 personas, lo que sea menor, de los residentes de la comunidad en donde se presta el servicio.

DESCUENTOS PARA NO ASEGURADOS

- Descuentos por pago por cuenta propia – los pacientes no asegurados recibirán un descuento por pago por cuenta propia en los gastos facturados.
Descuento por pronto pago - los pacientes no asegurados reúnen los requisitos para recibir un descuento adicional, si el pago total se hace antes del servicio, al momento del servicio o dentro de los 30 días posteriores a que se envía el primer resumen de cuenta al paciente.

PROCESO DE SOLICITUD

1. Todos los pacientes que pretenden que se los considere para el Programa de ayuda financiera de Northeast Georgia Physicians Group deben llenar una solicitud donde se provee información financiera que se considere relevante para la determinación de la elegibilidad del paciente para recibir ayuda financiera. Las solicitudes para la ayuda financiera pueden hacerse por escrito, hablando con el coordinador financiero, mediante una evaluación telefónica o elegibilidad presuntiva. El paciente autorizará a GHI a hacer averiguaciones ante empleadores, bancos, oficinas de crédito u otras instituciones con el fin de verificar las declaraciones que haya hecho el paciente cuando solicitó la ayuda. Puede obtener la solicitud si llama o visita a algún coordinador financiero o la puede imprimir desde www.nghs.com.

Cuando la presente, la solicitud deberá ir acompañada de uno o más de los siguientes tipos de documentación según sea necesario para fines de verificación de ingresos:

- a. La evidencia de ingresos promedio del grupo familiar debe ser por lo menos uno de los siguientes:
 - 1) Una copia de los cuatro últimos talones de pago de todas las personas empleadas en la familia. Si no hay talón de pago disponible, deberá presentar una carta certificada del empleador.

- 2) W-2 del año actual o declaración de renta del año actual
- 3) Carta de otorgamiento de seguro social
- 4) Prueba de compensación del trabajador, licencia por enfermedad, compensación por discapacidad, bienestar social o jubilación del seguro social
- 5) Si actualmente no tiene ingresos, deberá entregar una carta firmada y certificada de la persona que le provee alimentos, vivienda, vestimenta, etc. para usted y para su familia, si corresponde.

b. Prueba de activos

- 1) El último resumen de cuenta bancaria de las cuentas de ahorro y corriente personal y comercial

c. La evidencia del domicilio personal debe ser por lo menos uno de los siguientes:

- 1) Licencia de conducir válida de Georgia
- 2) Tarjeta de identificación de Georgia
- 3) Factura actual de servicios públicos
- 4) Recibos de renta o alquiler donde se indique el condado de residencia
- 5) Evaluación impositiva de la propiedad del condado
- 6) Carta de estampillas de alimentos del condado
- 7) Tarjeta de inscripción como votante

d. Estos documentos, si corresponden:

- 1) Si no está casado, pero hay niños en común, debe proveer evidencia de los ingresos totales del grupo familiar. Se debe incluir también toda pensión alimenticia o pensión para hijos menores
- 2) Si está legamente casado pero separado, debe brindar la documentación legal de la separación o de los ingresos del cónyuge.
- 3) Verificación escrita de las agencias de bienestar público u otras agencias del gobierno que pueden testificar sobre los ingresos brutos del paciente durante los últimos 12 meses
- 4) Verificación de ingresos por jubilación o pensión
- 5) Verificación de la condición de estudiante que se define como una copia del horario actual de clases, información de inscripción y una copia de una identificación del estudiante con foto
- 6) Si perdió su trabajo en los últimos tres meses, deberá presentar una carta de finalización de la relación laboral de su último empleador. Además, deberá entregar una carta del Centro vocacional del Departamento de trabajo de Georgia donde se especifique si está recibiendo beneficios por desempleo.
- 7) Si ha incluido algún hijo en su solicitud que no sea un hijo biológico o hijastro, deberá presentar la documentación legal que pruebe tal cosa.
- 8) Los pacientes que busquen ayuda por indigencia médica pueden necesitar presentar prueba de activos

2. Los ingresos deben ser anuales, cuando corresponda, dependiendo de la documentación y la información verbal que provee el paciente. Este proceso tendrá en cuenta el empleo de temporada y aumentos o reducciones temporarios de los ingresos.
3. Todas las solicitudes, la documentación de apoyo y las comunicaciones se tratarán adecuadamente en cuanto a la confidencialidad del paciente. GHI hará todo lo posible, dentro de lo razonable, para actualizar las copias del formulario de solicitud de los documentos que apoyan la solicitud.
4. En situaciones donde la información provista por el paciente o garante no coincida con el "Método en base a los criterios", la información en base a los criterios será considerada en la determinación de la elegibilidad.
5. Se puede solicitar información adicional para completar la solicitud.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:

1. En casos donde los pacientes soliciten servicios programados, las solicitudes de ayuda financiera pueden procesarse antes de los servicios.
2. La ayuda financiera es secundaria a todos los otros recursos financieros disponibles para el paciente.
3. La determinación de elegibilidad de un paciente para recibir ayuda financiera debe aplicarse independientemente de la fuente de referencia y sin discriminación en cuanto a raza, género, etnia, color, credo, nacionalidad, edad, condición de discapacidad o estado civil.
4. La ayuda financiera se proveerá a pacientes cuando los activos netos disponibles no sean suficiente y los ingresos brutos familiares sean de entre el 0 y el 400 por ciento de los Lineamientos de pobreza federal ajustado según el tamaño familiar.
5. Las obligaciones financieras o deudas que quedan una vez que se ha aplicado el pago de la ayuda financiera pueden pagarse en una suma global o el paciente puede establecer un plan de pago.

DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD

1. La elegibilidad puede determinarse una vez que se ha finalizado el proceso de solicitud junto con **TODA** la documentación de apoyo o a través de otros métodos en base a los criterios. En caso de que no se presente la documentación o si la solicitud queda incompleta, la ayuda financiera NO se otorgará. Se enviará una notificación informando cómo obtener ayuda para completar la solicitud.
2. Después de los últimos 120 días desde la fecha de la primera facturación posterior al alta o 30 días desde la fecha de la notificación escrita del intento de iniciar las medidas de cobro extraordinarias (ECA) y el resumen en lenguaje claro y sencillo, las cuentas con solicitudes incompletas o sin solicitudes quedarán sujetas al proceso del flujo normal de la cuenta de cobro por cuenta propia y terciarización a agencias de cobro de deuda, según se considere adecuado (consultar la Política de cobro).
3. Si recibimos la solicitud completa después de que han comenzado los esfuerzos extraordinarios de cobro, pero dentro del periodo de solicitud, el proceso de solicitud se acelerará y todas las ECA quedarán suspendidas durante el procesamiento.
4. Para atención médicamente necesaria, que no sea atención de emergencia, el paciente deberá ser residente dentro del área de servicio de NGHS. Puede encontrar ejemplos de prueba aceptable de residencia en la sección 2b del proceso de solicitud, arriba.
5. Los casos para consideración deben ser solicitados por el paciente, la familia del paciente, el médico del paciente, el personal de NGHS que conoce sobre la necesidad financiera del paciente o agencias sociales reconocidas.
6. GHI presuntamente aprueba a pacientes para 100% de ajuste solamente, usando los criterios de elegibilidad presuntiva definida arriba.
7. En instancias donde la elegibilidad ha sido determinada usando otros métodos basados en criterios, se puede no solicitar la documentación de ingresos y gastos.
8. Después del pedido inicial de ayuda financiera, el grupo buscará otros recursos de financiación, incluyendo Medicaid o programas del estado. Si el paciente se niega a buscar otra fuente de financiamiento, el paciente no cumplirá con los requisitos para el Programa de ayuda financiera. Todas las cuentas pendientes se anotarán como no cooperativas y quedarán sujetas al proceso normal del flujo de la cuenta de estados de cobro por cuenta propia

y terciarización a agencias de cobro de deudas incobrables además de abogados de cobro de deudas incobrables, si corresponde (consulte la Política de cobros).

9. Se entregarán los formularios y las instrucciones a la parte responsable cuando se solicite la ayuda financiera, cuando se indique la necesidad o cuando la evaluación financiera indique necesidades potenciales. La negación a responder los formularios, dará como resultado la negación de ayuda financiera y la cuenta quedará sujeta al proceso de atención prioritaria incluyendo estados de cuenta de cobro por cuenta propia y terciarización a agencias de cobro de deudas incobrables además de abogados de cobro de deudas incobrables, si corresponde (consulte la Política de cobros).
10. La parte responsable tendrá quince (15) días o un tiempo razonable según lo requiera la condición médica de la persona para completar los formularios necesarios y presentar la prueba de ingresos y activos.
11. La elegibilidad de ayuda financiera, generalmente se determina al momento de la solicitud, pero puede ocurrir en cualquier momento previo a la sentencia cuando se conocen datos que indicarían la necesidad financiera. Si una parte responsable paga una parte o todos los gastos relacionados con la atención médica y luego se encuentra que cumple con los criterios de atención con ayuda financiera al momento de la solicitud, la cantidad que será elegible será el saldo a vencer en la cuenta del paciente al momento de la nueva solicitud.
12. La aprobación de ayuda financiera se otorga por periodos de seis (6) meses. Si la situación financiera del paciente o de la parte responsable cambia después de que se ha aprobado y otorgado la ayuda financiera, GHI se reserva el derecho de dar por finalizada la ayuda financiera futura a discreción del Director de cuentas por cobrar del paciente de acuerdo con el Vicepresidente del ciclo de ingresos. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a, pagos de acuerdos judiciales, lotería, etc.

CÁLCULO

Los pacientes califican para una reducción por la situación económica en una escala variable, de la siguiente manera:

- Ingresos de la familia del 300% o menos de los lineamientos federales de pobreza califican para un 100% de reducción por la situación económica, lo que significa que los servicios son gratuitos.
- Ingresos de la familia de entre 301%-400% de los lineamientos federales de pobreza califican para una reducción del 75%

NOTIFICACIÓN

1. GHI hará todo lo posible para notificar al paciente de la determinación final dentro de treinta (30) días laborales del recibo de la solicitud con los materiales documentados (pruebas de ingresos, etc.). La notificación incluirá una determinación de la cantidad que la parte responsable será financieramente responsable, si hubiese alguna, y describe cómo la persona puede obtener información sobre cómo se determinó la cantidad adeudada. Las negaciones serán comunicadas por escrito e incluirán instrucciones para la apelación.

PROCESO DE APELACIÓN

La parte responsable puede solicitar la nueva reconsideración de elegibilidad para ayuda financiera brindando documentación adicional dentro del periodo de solicitud. El pedido será revisado y reconsiderado. Si la determinación final es aprobar la ayuda financiera, se enviará al paciente una notificación de aprobación donde se indique la cantidad exenta o reducida.

PROCESO DE NO PAGO

En el caso de no pago por parte de un paciente de una parte de su saldo de cuenta después de que se procese la ayuda financiera, la cuenta seguirá el proceso normal de cobro (consulte la Política de cobro).

NGHS área de servicio por código postal

30011, 30017, 30019, 30024, 30028, 30040, 30041, 30043, 30045, 30046, 30052, 30501, 30502, 30503, 30504, 30506, 30507, 30510, 30511, 30512, 30514, 30515, 30517, 30518, 30519, 30523, 30525, 30527, 30528, 30529, 30530, 30531, 30533, 30534, 30535, 30537, 30538, 30542, 30543, 30544, 30545, 30546, 30547, 30548, 30549, 30552, 30554, 30557, 30558, 30562, 30563, 30564, 30565, 30566, 30567, 30568, 30571, 30572, 30573, 30575, 30576, 30577, 30580, 30581, 30582, 30596, 30597, 30598, 30599, 30620, 30622, 30655, 30656, 30666, 30680