



La política se aplica a lo siguiente:

- Todas las compañías
- Carson Tahoe Health System
- Carson Tahoe Regional Healthcare
- Carson Tahoe Continuing Care (LTACH)
- Carson Tahoe Physician Clinics (CTPC)
- Carson Tahoe Cardiology (CTC)
- Physician Hospital Organization (PHO)
- Sierra Surgery

<b>Título: PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA</b>	
<b>Autor: Director de Ciclo de Ingresos</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia: 1.º de enero de 2016</b>
<b>Aprobado por: A. Beck, vicepresidente y director financiero</b>	<b>Fecha de revisión: noviembre de 2015</b>
<b>Contacto: Servicios Financieros para Pacientes</b>	<b>Cancela: el Programa de Atención de Beneficencia; el Programa de Asistencia Financiera otorgada por Clínicas Médicas</b>
<b>Fecha de revisión del Comité de Políticas:</b>	

### **POLÍTICA:**

Carson Tahoe Health se compromete a tratar a todos los pacientes de manera equitativa, con dignidad, respeto y compasión, independientemente de su situación financiera o capacidad de pago. Para respaldar este compromiso, Carson Tahoe Health ha establecido un Programa de Asistencia Financiera que ofrece atención médica gratuita y descuentos en la atención médica, según el tamaño de la familia y los ingresos de sus integrantes.

Es posible que a los pacientes que busquen asistencia se les pida primero que soliciten otros programas externos, según corresponda, antes de determinar su elegibilidad en función de la presente política. Asimismo, se podrá alentar a los pacientes no asegurados de quienes se crea que tienen la capacidad financiera para adquirir uno que lo adquieran, con el fin de ayudar a garantizar el acceso a la atención médica y el bienestar general. La asistencia financiera solo se proporciona cuando se considera que la atención es médicamente necesaria y una vez que se haya determinado que los pacientes cumplen con todos los criterios financieros.

### **PROPÓSITO:**

Proporcionar pautas de descuento con el fin de determinar de forma coherente la atención no compensada o de pago parcial para los pacientes que no reúnen los requisitos para recibir asistencia estatal, federal, municipal o de otro tipo o que no cuentan con los medios razonables para pagar los servicios recibidos.

### **DEFINICIONES:**

1. **Médicamente necesario:** son servicios de atención médica o productos médicos necesarios que un médico prudente le proporcionaría a un paciente para prevenir, diagnosticar o tratar una dolencia, una lesión o una enfermedad, o cualquier síntoma de estas, y que cumplen con las siguientes características:
  - Se proporcionan de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica.
  - Son clínicamente apropiados en cuanto al tipo, la frecuencia, el alcance, la ubicación y la duración.
  - No se proporcionan esencialmente por conveniencia del paciente, del médico o de otro proveedor de atención médica.
  - Son necesarios para mejorar una condición médica específica de la persona asegurada o para preservar el estado actual de salud de la persona asegurada.
  - El nivel de atención médica desde el punto de vista clínico es el más adecuado que se les puede proporcionar de manera segura a los asegurados.
2. **Atención de emergencia:** es la atención inmediata necesaria para evitar poner en grave peligro la salud

del paciente y evitar un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

3. Paciente no asegurado: paciente sin seguro ni asistencia de terceros que lo ayude a resolver sus obligaciones financieras con los proveedores de atención médica.
4. Paciente con seguro insuficiente: paciente que tiene algún tipo de cobertura de seguro pero que no es suficiente, o un paciente que está asegurado, pero no puede pagar de su propio bolsillo los gastos que no están cubiertos por la aseguradora.
5. Monto generalmente facturado (Amount Generally Billed, AGB): es el monto que generalmente se les factura a los pacientes asegurados en caso de que se les proporcione atención de emergencia o atención médicamente necesaria (determinado según se describe a continuación en la sección D de la política).
6. Elegibilidad presunta: es el proceso mediante el cual el hospital puede utilizar determinaciones o información de elegibilidad previas de fuentes que no sean la persona a fin de determinar su elegibilidad para la asistencia financiera.
7. Comité de Asistencia Financiera: es un equipo multidisciplinario interno formado para revisar todas las solicitudes de asistencia financiera y para emitir las determinaciones de aprobación y denegación en función de la presente política.
8. Asistencia financiera por incapacidad total: es la ayuda financiera proporcionada a los pacientes que se encuentran en un nivel federal de pobreza superior al 400 % y cuyos gastos médicos son mayores que una cuarta parte de sus ingresos anuales.

## **PROCEDIMIENTO:**

### **A. Proceso de remisión:**

1. El proceso de remisión se llevará a cabo preferiblemente antes o en el momento del servicio; sin embargo, puede ocurrir en cualquier momento durante el proceso de cobro e incluso durante el traspaso posterior a una agencia de cobro externa.
2. En primer lugar, los pacientes no asegurados deben ser evaluados por un proveedor de elegibilidad o por un software de evaluación financiera, a fin de determinar si reúnen los requisitos para obtener una fuente de pago alternativa, incluida, entre otras, la asistencia federal, estatal o municipal.
3. Las siguientes son las áreas que pueden hacer remisiones para el Programa de Asistencia Financiera: Acceso para Pacientes, Servicios Financieros para Pacientes, Agencia de Cobros, Práctica Médica y otras organizaciones comunitarias.
4. Las remisiones para la asistencia financiera deben hacerse antes de cualquier procedimiento planificado.

### **B. Proceso de selección:**

1. La incapacidad de pago de todos los pacientes será evaluada por el área de Acceso para Pacientes o el área de Servicios Financieros para Pacientes. Si se considera que no reúne los requisitos para recibir ningún tipo de asistencia externa, se remite al paciente a un asesor financiero para que este evalúe, mediante las normas de ingresos más recientes publicadas por el Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos), si el paciente reúne o no los requisitos para recibir asistencia financiera. En ese momento comienza el proceso de solicitud para recibir la asistencia financiera.
2. Los pacientes deben vivir dentro del área de servicio principal de Carson Tahoe Health a fin de que se los considere para otorgarles la asistencia financiera.
3. Los factores que deben tenerse en cuenta durante el proceso de selección incluyen la comparación de los ingresos brutos del paciente con las Normas federales de pobreza que se publican anualmente, la determinación legal del hogar, el tratamiento recibido, la cantidad de cuentas que se examinan, los saldos de las cuentas del paciente y el agotamiento de todas las demás fuentes de pago.
4. Los pacientes no asegurados deben solicitar la asistencia de programas gubernamentales directamente a través del programa gubernamental.

### **C. Criterios de elegibilidad:**

1. El Programa de Asistencia Financiera solo puede utilizarse en los casos en los que la atención sea médicamente necesaria, según se define en la sección de definiciones de la presente política.
2. A todos los solicitantes se les asignará un nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL) usando la matriz que se encuentra en la tabla del FPL más reciente, según lo definido por el Internal Revenue Service (Servicio de Impuestos Internos o IRS, por sus siglas en inglés) (Anexo A).
3. La cantidad de dependientes legales del grupo familiar se basará en la última declaración de impuestos.
4. Serán considerados para el Programa de Asistencia Financiera los pacientes que vivan en un hogar con un FPL menor o igual que el 400 %. Los pacientes con un FPL superior al 400 % no son elegibles y se analizarán otros acuerdos de pago, a menos que se considere que los servicios médicamente necesarios llevarían a una incapacidad total de pago.
5. Los pacientes que reúnen los requisitos para los siguientes programas/servicios son considerados médicamente indigentes y es posible que no necesiten completar una solicitud de asistencia financiera a fin de que se los considere para el programa:
  - Programas de asistencia del estado (cupones de alimentos, programas de asistencia farmacéutica, beneficios sociales, etc.). Para obtener una determinación, el paciente deberá presentar una prueba de inscripción.
  - Los pacientes que actualmente estén cubiertos por Medicaid, pero que no reunían los requisitos cuando recibieron el servicio, o los pacientes que reúnan los requisitos para recibir los servicios de emergencia o servicios para embarazadas de Medicaid únicamente.
6. Los pacientes con seguro insuficiente deben contar con un comprobante de pago, la denegación o el resumen de beneficios del seguro primario antes de ser considerados para el Programa de Asistencia Financiera.
7. Los montos del costo compartido del paciente, si corresponde, serán determinados usando la matriz que se muestra en el Anexo A.
8. Los bienes exentos de consideración financiera incluyen la residencia donde viven el paciente o la familia del paciente, los vehículos necesarios para transportar a todas las personas trabajadoras hacia y desde el lugar de trabajo, las cuentas de ahorro con menos de dos meses de ingresos y las cuentas de jubilación con menos de \$50,000.00.

### **D. Determinación del monto de descuento**

1. Una vez establecida la elegibilidad para la asistencia financiera, Carson Tahoe Health no les cobrará a los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera más que los montos generalmente facturados (AGB) que se les cobra a los pacientes asegurados por la atención de emergencia o médicamente necesaria.
2. Para calcular el AGB, Carson Tahoe Health utiliza el método retrospectivo (“look-back”) que se describe en la sección 4(b)(2) del IRS y la norma final 501(r) del Ministerio de Hacienda. A fin de determinar el porcentaje de los cargos brutos que normalmente autorizan las aseguradoras, Carson Tahoe Health utiliza los datos basados en las reclamaciones de todo tipo de atención médica procesadas durante el año anterior por pago por servicio de Medicare y por todas las aseguradoras comerciales privadas.
3. Para determinar el descuento, se multiplica el porcentaje del AGB por los cargos brutos de atención médicamente necesaria y de emergencia. Carson Tahoe Health vuelve a calcular el porcentaje todos los años. En 2015, el porcentaje del AGB para los servicios de pacientes hospitalizados y ambulatorios fue del 29.7 %, sobre la base del periodo de doce meses más reciente.
4. El descuento se aplicará a los cargos brutos o al saldo después del pago de la aseguradora, una vez que se haya recibido una solicitud completa de asistencia financiera y que el Comité de Asistencia Financiera haya dictado una resolución. (Cargos brutos x porcentaje del AGB = monto adaptado a la asistencia financiera, o saldo después del pago de la aseguradora x porcentaje del AGB = monto adaptado a la Asistencia Financiera)

## **E. Proceso de solicitud**

1. Las solicitudes de asistencia financiera (Anexo B) pueden ser distribuidas por las áreas de Acceso para Pacientes y Servicios Financieros para Pacientes. Los pacientes también pueden obtener una solicitud de asistencia financiera en el sitio web de la organización: <http://carsontahoe.com/financialservices>. Una vez que se recibe una solicitud completa, se modifica el tipo de cuenta financiera para suspender el proceso de cobro hasta que se tome una determinación con respecto a la solicitud.
2. Junto con la solicitud de asistencia financiera completa, se debe presentar documentación financiera de respaldo que incluya:
  - los formularios de impuestos que presentó el año anterior;
  - los recibos de sueldo de los últimos 90 días como mínimo o comprobantes de otras fuentes de ingresos (por ejemplo, Seguridad Social, subsidios por desempleo, etc.);
  - los estados de cuentas bancarias de los últimos tres meses (de todas las cuentas);
  - los recibos de hipoteca/alquiler de los últimos tres meses;
  - los estados de cuenta de cualquier otra cuenta de activos (por ejemplo, fondos de jubilación, pólizas de seguros, inversiones, etc.);
3. Las solicitudes completas deben enviarse junto con toda la documentación de respaldo dentro de los 14 días posteriores a su emisión. Se hará un seguimiento con el paciente para garantizar la recepción de la solicitud completa. La falta de cooperación con el asesor financiero por parte del paciente durante el seguimiento de las solicitudes dará como resultado la denegación al cabo de 30 días sin respuesta. En caso de no recibir la información, la cuenta pasa al proceso regular de cobro.
4. Se informará a los pacientes cuando a las solicitudes presentadas les falte algún tipo de documentación de respaldo. Los pacientes contarán con 30 días de prórroga para cumplir con los pedidos de documentación obligatoria. La falta de cumplimiento con los pedidos adicionales dará como resultado la denegación de la solicitud de asistencia financiera.
5. Si la denegación se debe a la falta de cooperación por parte del paciente para proporcionar la información solicitada, el paciente no podrá presentar una nueva solicitud de asistencia financiera para la(s) misma(s) cuenta(s).

## **F. Revisión de solicitudes**

1. Las solicitudes de asistencia financiera completas que cuenten con la documentación de respaldo obligatoria se enviarán al asesor financiero, quien será el responsable de solicitar un informe de crédito y armar el paquete completo de solicitud de asistencia financiera.
2. Se podrá contactar a los pacientes en cualquier momento durante el proceso de revisión de solicitudes a fin de pedirles que presenten documentación adicional necesaria para tomar una determinación. La falta de cooperación de los pacientes para proporcionar la información solicitada puede dar como resultado la denegación.
3. El departamento de Servicios Financieros para Pacientes será el custodio de todas las solicitudes de asistencia financiera completas, incompletas y denegadas. Toda la documentación de asistencia financiera se escaneará y adjuntará a la cuenta del paciente y se conservará durante un periodo mínimo de siete años.
4. Los paquetes de solicitudes de asistencia financiera completas se enviarán para su aprobación (incluidas las solicitudes de aprobación previa) al Comité de Asistencia Financiera de forma mensual o según sea necesario. El comité revisará todas las cuentas, incluidas las decisiones apeladas.

## **G. Aprobación**

1. Una vez que el Comité de Asistencia Financiera haya aprobado una solicitud, el asesor financiero se asegura de que los ajustes del descuento se realicen dentro del mes de la aprobación enviando la solicitud a Servicios Financieros para Pacientes a fin de que se realice el ajuste final.

2. Las aprobaciones de asistencia financiera para los tratamientos continuos se aplicarán a las cuentas relacionadas hasta tres meses después de la aprobación. Si el paciente necesita asistencia financiera luego del periodo de aprobación, deberá volver a solicitar la asistencia financiera presentando toda la información actualizada.
3. La notificación de aprobación se le envía al paciente dentro de los 10 días posteriores a la decisión, y se hacen los arreglos financieros pertinentes para cancelar cualquier saldo restante del paciente.
4. Se prevé que los médicos que hacen las remisiones para la asistencia financiera proporcionen atención gratuita o de pago parcial en proporción a la que brinda Carson Tahoe Health.

## **H. Denegaciones**

1. La notificación de denegación se le envía al paciente dentro de los 10 días posteriores a la decisión, y se hace todo lo posible para cobrar los saldos restantes de la cuenta.
2. Las cuentas a las que se les niegue la asistencia financiera volverán al proceso de cobro; esto incluye volver a enviarlas a la agencia de cobros.
3. Se puede reconsiderar la decisión en el caso de los pacientes que presenten información nueva o revisada dentro de los 30 días posteriores a la notificación de la decisión de denegación.
4. Las reclamaciones relacionadas con la denegación de solicitudes presentadas por el paciente/garante deben realizarse por escrito y enviarse al asesor financiero de Carson Tahoe Health para su revisión y respuesta.

## **I. Medidas que se tomarán en caso de falta de pago**

Las medidas de cobro que Carson Tahoe Health puede tomar si no recibe una solicitud de asistencia financiera ni el pago correspondiente se describen en una política aparte.

En resumen, Carson Tahoe Health hará algunos esfuerzos para proporcionar a los pacientes la información sobre nuestra política de asistencia financiera antes de que nosotros mismos tomemos ciertas medidas para cobrar la factura que usted adeuda o antes de que nuestros representantes de la agencia lo hagan (estas medidas pueden incluir acciones civiles, ventas de deuda o la presentación de información negativa en oficinas de crédito).

En la Política de cobros y facturación de Carson Tahoe Health encontrará información sobre los pasos que seguirá Carson Tahoe Health para informar a los pacientes no asegurados de nuestra política de asistencia financiera y las medidas de cobro.

Si desea obtener una copia gratuita de esta política, puede solicitársela personalmente a nuestro asesor financiero en nuestra oficina ubicada en 1600 Medical Parkway, Carson City, NV 89703, o bien puede llamarnos al 775-445-8609, o ingresar en: [<http://carsontahoe.com/financialservices>].

## **J. Proveedores elegibles**

1. Además de la atención que presta Carson Tahoe Health System, la atención médicamente necesaria y de emergencia brindada por las entidades que se mencionan a continuación también se encuentra cubierta en virtud de la presente política de asistencia financiera.
  - a. Carson Tahoe Regional Healthcare y todos sus centros
  - b. Carson Tahoe Continuing Care y todos sus centros
  - c. Carson Tahoe Physician Clinics y todos sus centros
2. La atención brindada por cualquier proveedor que no figure en la sección “J. Proveedores elegibles” no NO estará cubierta por la presente política.

## Anexo “A”

Normas del nivel federal de pobreza de 2015								
Pautas de ingreso anual								
Tamaño de la familia	100%	133%	150%	185%	200%	250%	300%	400%
1	\$11,770.00	\$15,654.10	\$17,655.00	\$21,774.50	\$23,540.00	\$ 29,425.00	\$ 35,310.00	\$ 47,080.00
2	\$15,930.00	\$21,186.90	\$23,895.00	\$29,470.50	\$31,860.00	\$ 39,825.00	\$ 47,790.00	\$ 63,720.00
3	\$20,090.00	\$26,719.70	\$30,135.00	\$37,166.50	\$40,180.00	\$ 50,225.00	\$ 60,270.00	\$ 80,360.00
4	\$24,250.00	\$32,252.50	\$36,375.00	\$44,862.50	\$48,500.00	\$ 60,625.00	\$ 72,750.00	\$ 97,000.00
5	\$28,410.00	\$37,785.30	\$42,615.00	\$52,558.50	\$56,820.00	\$ 71,025.00	\$ 85,230.00	\$113,640.00
6	\$32,570.00	\$43,318.10	\$48,855.00	\$60,254.50	\$65,140.00	\$ 81,425.00	\$ 97,710.00	\$130,280.00
7	\$36,730.00	\$48,850.90	\$55,095.00	\$67,950.50	\$73,460.00	\$ 91,825.00	\$110,190.00	\$146,920.00
8	\$40,890.00	\$54,383.70	\$61,335.00	\$75,646.50	\$81,780.00	\$102,225.00	\$122,670.00	\$163,560.00
<b>Descuento del Programa de Asistencia Financiera según las Normas federales de pobreza:</b>								
FPL	Descuento							
0-250%	100%							
251-300%	75%							
301-350%	50%							
351-400%	25%							

## Anexo “B”

# PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA MÉDICA

Complete la solicitud adjunta para ayudarnos a determinar su elegibilidad para nuestro Programa de Asistencia Financiera. Envíe esta solicitud al Patient Accounting Department (Departamento de Cuentas del Paciente) junto con los siguientes documentos:

- Verificación de ingresos:
  - Últimos 3 talones de sus cheques de nómina
  - Su última declaración de impuestos federales
  - Verificación del subsidio por desempleo
  - Verificación de beneficios del Seguro Social
  - Otro \_\_\_\_\_
- Último(s) estado(s) de cuenta(s) bancaria(s)
- Copias de facturas médicas
- Facturas de servicios públicos
- Otro \_\_\_\_\_

**DEBE ENVIAR esta solicitud al Patient Accounts Department (Departamento de Cuentas del Paciente) o al asesor financiero DENTRO DE LOS 14 DÍAS.** Si necesita más tiempo debido a su estado de salud, o si necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con un asesor financiero llamando al (775) 445-8609.

El hospital le notificará la determinación de elegibilidad dentro de los 14 días posteriores a la recepción de la solicitud completa.

**Se mantendrá la confidencialidad total de toda la información relacionada con esta solicitud.**

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Esta solicitud cubrirá todas las cuentas **activas** de la siguiente persona:

Garante (persona responsable): \_\_\_\_\_

Jefe de familia
Nombre del cónyuge
Dirección
Ciudad/Estado/Código postal
Número de teléfono

### Personas que residen en el hogar (escribir nombre Y apellido)

NOMBRE	Parentesco	Edad

### INDIQUE TODOS LOS INGRESOS DE SU GRUPO FAMILIAR

Fuente de ingreso	Ingreso mensual	Salario por hora	PROMEDIO de horas trabajadas por semana
Pensión/Jubilación			
Seguridad Social			
Salarios percibidos (jefe de familia)			
Salarios percibidos (cónyuge)			
Subsidio por desempleo			
Pensión alimenticia			
Manutención infantil			
Asistencia Pública			
Otro ingreso			
<b>TOTAL</b>			



### GASTOS MENSUALES

Renta	\$	Gasolina	\$
Alimentos	\$	Seguro	\$
Electricidad	\$	Farmacia	\$
Combustible para calefacción	\$	Cuidado infantil	\$
Teléfono	\$	Manutención infantil	\$
Televisión por cable	\$	Pensión alimenticia	\$
Agua	\$	Otro	\$

### ACTIVOS

Descripción	Año/Marca	Valor	Saldo	Pago mensual	Institución
Hogar					
Automóvil					
Automóvil					
Casa rodante/Bote					
Dinero en efectivo					
Acciones/Bonos/Fondo común de inversión					
Seguro de vida					

### OTROS GASTOS

Nombre	Saldo actual	Pago mensual
Banco/Unión de crédito (crédito o préstamos)		
	\$	\$
	\$	\$
<b>IMPORTE TOTAL de las facturas médicas (adjuntar los estados de cuenta)</b>	\$	\$
Deuda con agencia de cobro	\$	\$
Otro	\$	\$

### AUTORIZACIÓN

Solicito que Carson Tahoe Regional Healthcare utilice la información adjunta a fin de determinar si reúno los requisitos para obtener un ajuste de atención de beneficencia. Entiendo que la información presentada está sujeta a verificación y que la aprobación se basa en dicha verificación. Autorizo a Carson Tahoe Regional Healthcare a obtener información de cualquier fuente que considere necesaria para determinar un acuerdo financiero aceptable o ayudarme a obtener asistencia financiera. Mediante la presente autorización, eximo a cualquier persona o empresa de toda responsabilidad relacionada con dicha exención.

\_\_\_\_\_  
Firma de la parte responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha