

PROGRAMA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

Onslow Memorial Hospital (OMH) tiene el compromiso de brindar atención de beneficencia, a través de su Programa de asistencia al paciente, a personas que necesitan atención médica pero no tienen seguro, están infraasegurados, no son elegibles para un programa gubernamental, o bien, no pueden pagar la atención médicamente necesaria debido a su situación económica personal. Es coherente con su misión de proporcionar servicios de atención médica compasivos, asequibles y de alta calidad, y de defender a los pobres y marginados. OMH se esfuerza por asegurarse de que la capacidad económica de los que necesitan servicios de atención médica no les impida buscar o recibir atención. OMH brindará, sin distinción, atención para afecciones médicas de emergencia independientemente de la elegibilidad para recibir asistencia financiera o gubernamental.

Por tanto, esta política escrita:

- Incluye criterios de elegibilidad para asistencia financiera ~ atención gratuita con un copago de \$10.
- Describe la base para calcular los montos que se les cobra a los pacientes elegibles para asistencia financiera en virtud de esta política.
- Describe el método a través del cual los pacientes pueden solicitar la asistencia financiera.
- Describe cómo el hospital dará amplia difusión a la política dentro de la comunidad en la que presta servicio.

La atención de beneficencia no reemplaza la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de OMH para obtener la atención de beneficencia u otras formas de pago o asistencia financiera a fin de calificar para recibir una cobertura del 100 % por un copago de \$10. Se debe alentar a los individuos con la capacidad económica suficiente a que compren un seguro de salud y, de esta manera, garantizar el acceso a los servicios de atención médica para su salud personal general y para la protección de sus bienes individuales.

Para poder administrar sus recursos con responsabilidad y para permitir que OMH brinde el nivel de asistencia adecuado a la mayor cantidad de personas necesitadas, las autoridades del hospital establecieron las siguientes pautas para la provisión de atención de beneficencia.

I. **Definiciones**

A los fines de esta política, los términos a continuación se definen de la siguiente manera:

Montos generalmente facturados ("AGB"): el último porcentaje promedio determinado de los cargos brutos que el hospital generalmente factura en el año a los individuos asegurados en función de la categoría de servicios.

Atención de beneficencia: los servicios de atención médica que se brindaron o que se brindarán, pero que no se espera que generen ingresos en efectivo. La atención de beneficencia deriva de la política de un proveedor de brindar servicios gratuitos de atención médica a individuos que cumplen con los criterios establecidos.

Familia: con base en la definición de la Oficina del Censo, un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las reglas del Servicio de Impuestos Internos, si el paciente asigna a una persona como dependiente en su declaración de impuesto a las ganancias, se lo puede considerar dependiente para la asistencia financiera.

Ingreso familiar: el ingreso familiar se determina conforme a la definición de la Oficina del Censo, que utiliza el siguiente ingreso cuando calcula las pautas de pobreza federales:

- Incluye ganancias, compensación por desempleo, compensación laboral⁵, seguro social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, prestaciones de supervivencia, ingreso de jubilación o pensión, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos por patrimonios, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia externa al hogar y otras fuentes misceláneas.
- Las prestaciones no dinerarias (como cupones para alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan.
- Se determina antes de la deducción de impuestos.
- No incluye ganancias o pérdidas de capital.
Si una persona vive con una familia, incluye el ingreso de todos sus miembros (las personas ajenas a la familia, como los compañeros de hogar, no cuentan).

No asegurado: el paciente no está cubierto por una póliza de seguro de salud, o bien, no tiene derecho a prestaciones abonadas por terceros como consecuencia de los servicios provistos por el hospital. El estado de no asegurado se determinará sin importar que el hospital tenga contrato con el tercero encargado del pago responsable de la cobertura del paciente o el estado del hospital como proveedor participante en el seguro de salud o en la red del plan de salud del paciente.

Infraasegurado: el paciente está cubierto por una póliza de seguro de salud, o bien, tiene derecho a prestaciones abonadas por un tercero, pero el monto adeudado del paciente después del pago de un tercero supera su capacidad económica para pagarlo. Si se considera al hospital como "fuera de la red" o un proveedor que no participa en la red de la póliza o del plan de seguro de salud externo del paciente, el paciente no puede calificar como "infraasegurado".

Cargos brutos: los cargos totales a la tarifa plena establecida por la organización para la prestación de servicios de atención al paciente antes de que se apliquen las deducciones de impuestos.

Afecciones médicas de emergencia: como se define en el sentido de la sección 1867 de la Ley de Seguro Social (42 USC 1395dd).

Medicamento necesario: tal como Medicare lo define: servicios o elementos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

II. Procedimientos

- A. Servicios elegibles conforme a esta política. A los fines de esta política, "beneficencia" o "asistencia financiera" hacen referencia a los servicios de atención médica provistos por Onslow Memorial Hospital, Inc. sin cargo o con descuento para los pacientes que califican. Los siguientes servicios de atención médica son elegibles para la atención de beneficencia:
1. servicios médicos de emergencia provistos en una sala de emergencias;
 2. servicios para una afección que, si no se la tratara oportunamente, provocaría un cambio adverso en el estado de salud de un individuo;
 3. servicios no electivos provistos en respuesta a circunstancias potencialmente mortales en una sala de atención ambulatoria; y
 4. servicios médicamente necesarios, evaluados según el caso a discreción de OMH.
- B. Elegibilidad para la atención de beneficencia. Se considerará la elegibilidad para la atención de beneficencia para aquellos individuos que no tengan seguro, estén infraasegurados, no sean elegibles para ningún programa gubernamental de prestaciones de atención médica y no puedan pagar por su atención, según se determine la necesidad financiera conforme a esta política. El otorgamiento de beneficencia deberá basarse en la determinación individualizada de la necesidad financiera y no deberá considerar la edad, el género, la raza, el estatus social o migratorio, la orientación sexual ni la afiliación religiosa. OMH deberá determinar si los pacientes son elegibles para recibir beneficencia para los deducibles, los coseguros o los copagos.

El hospital calculará un AGB para tres categorías de servicios médicos anualmente: (1) servicios ambulatorios, (2) servicios para pacientes hospitalizados y (3) servicios del departamento de emergencias. El AGB para cada categoría de servicios médicos se determinará al dividir la suma de los montos permitidos (incluidos copagos, coseguros y deducibles) para todas las reclamaciones facturadas a terceros encargados del pago (incluidos los del gobierno) para los doce (12) meses anteriores a la fecha de la revisión anual por la suma de los cargos brutos asociados para esos servicios.

Total de los montos permitidos que se facturan a terceros encargados del pago
_____ = AGB
Total de los cargos brutos para los mismos servicios

Cuando se determina la elegibilidad de un individuo para recibir atención de beneficencia en virtud de esta política, el hospital determinará el monto máximo que se podría cobrar al paciente para cada caso de atención al multiplicar los cargos brutos actuales para los servicios médicos que el paciente recibe por el porcentaje de AGM correspondiente. El resultado es la responsabilidad financiera máxima del paciente (considerando todos los copagos, coseguros y deducibles adeudados del paciente) para la cuenta en cuestión.

En situaciones donde se determina que el paciente está "infraasegurado" conforme a esta política, los pagos totales combinados en la cuenta (incluidos los pagos de los terceros encargados del pago) pueden superar el AGB; sin embargo, en ningún caso el hospital responsabilizará al paciente por el pago superior al monto máximo de los cargos determinados anteriormente.

C. Los métodos por los cuales los pacientes pueden solicitar la atención de beneficencia.

1. La necesidad financiera se determinará de acuerdo con los procedimientos que implican una evaluación individual de dicha necesidad; y pueden
 - incluir un proceso de solicitud en el que se exige al paciente o a su garante que coopere y brinde información y documentación personal, financiera y de otra índole relevante para determinar la necesidad financiera;
 - * incluir el uso de fuentes de datos externas disponibles públicamente que brindan información sobre la capacidad de pago del paciente o de su garante (como la calificación crediticia);

- incluir esfuerzos razonables por parte de OMH para analizar fuentes alternativas de pago apropiadas y cobertura de programas de pago públicos y privados, y para asistir a pacientes con el envío de la solicitud para estos programas;
 - considerar los recursos financieros del paciente disponibles para él/ella;
 - incluir una revisión de las cuentas pendientes del paciente por cobrar por servicios anteriores prestados y el historial de pago del paciente;
 - incluir una revisión de toda la información financiera enviada a OMH, como por ejemplo, información de tarjetas de crédito, número de seguro social, información de ingresos, recibos de pago, información de cuentas bancarias y declaraciones de impuestos o solicitudes de exención.
2. Se prefiere, aunque no es obligatorio, que una solicitud de atención de beneficencia y una determinación de necesidad financiera se realicen antes de la prestación de los servicios médicamente necesarios que no son de emergencia. Sin embargo, la determinación puede realizarse en cualquier momento del ciclo de cobro. La necesidad de asistencia financiera se deberá reevaluar en cada momento posterior de los servicios si la última evaluación financiera se completó más de seis meses antes o 240 días desde la fecha de la primera declaración, o en cualquier momento que se revele información adicional relevante para la elegibilidad del paciente para recibir la atención de beneficencia.
3. Los valores de dignidad humana y administración deberán reflejarse en el proceso de solicitud, la determinación de la necesidad financiera y el otorgamiento de la beneficencia. Las solicitudes para la atención de beneficencia deberán procesarse oportunamente y OMH deberá notificar por escrito al paciente o solicitante dentro de los 30 días de recibida la solicitud completa.
- D. Presunta elegibilidad para la asistencia financiera. En determinadas instancias, el paciente puede parecer elegible para la atención de beneficencia, pero no hay registro de un formulario de asistencia financiera debido a la falta de documentación pertinente. Se suele obtener la información adecuada a través del paciente u otros medios que podrían proporcionar la evidencia necesaria para brindar la atención de beneficencia al paciente. En caso de que no haya ninguna evidencia que respalde la elegibilidad del paciente para recibir atención de beneficencia, OMH podría emplear agencias externas para determinar el monto del ingreso a modo de base para determinar la elegibilidad para la atención de beneficencia. La presunta elegibilidad puede determinarse según las circunstancias de vida individuales, entre otras:

1. programas de medicamentos con receta financiados por el estado;
2. sin casa o que recibe atención de una clínica para personas sin casa;
3. hospitalización involuntaria;
4. elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales sin fondos (p. ej., gasto de Medicaid dentro y fuera de Medicaid estatal) o programas de Medicaid con cobertura limitada (p. ej., MAFD/MQBB/MQBE);
5. atención médica proporcionada antes de un procesamiento/encarcelación;
5. se proporciona una vivienda de bajos ingresos/subsidiada como dirección válida; y
6. el paciente falleció y no tiene ningún patrimonio conocido;
7. una revisión de toda la información financiera obtenida legalmente por OMH, como por ejemplo, información de tarjetas de crédito, número de seguro social, información de ingresos, recibos de pago, información de cuentas bancarias y declaraciones de impuestos o solicitudes de exención;
8. devolución de la correspondencia desde refugios para personas sin casa;
9. atención ambulatoria de pago particular de la Administración de Veteranos para el trastorno por estrés postraumático (TEPT) en relación con el servicio.

E. Criterios de elegibilidad y montos que se cobran a los pacientes. Los servicios elegibles en virtud de esta política estarán a disposición del paciente de acuerdo con la necesidad financiera, tal como se determina en referencia a los niveles de pobreza federales (FPL) en vigencia al momento de la determinación. La base para los montos que OMH cobrará a los pacientes que califiquen para la asistencia financiera es de la siguiente manera: Los pacientes cuyo ingreso familiar sea igual o inferior al trescientos por ciento (300 %) de FPL son elegibles para recibir atención gratuita. Cuando un paciente que fue admitido para recibir atención de beneficencia conforme a las pautas arriba mencionadas se presenta para recibir cualquier tipo de tratamiento o servicio médico, deberá pagar un copago de \$10 para ese encuentro.

F. Comunicación del programa de beneficencia a pacientes y dentro de la comunidad. Notificación sobre la beneficencia disponible por parte de OMH, que deberá incluir un número de contacto, deberá ser divulgada divulgación por OMH a través de diferentes medios, como, por ejemplo, la publicación de avisos en las facturas de los pacientes y en las salas de emergencias, los departamentos de admisión y registro, la oficina de Servicios Financieros al paciente y en otros lugares públicos a elección de OMH. OMH también deberá publicar y dar amplia difusión a un resumen de su política de atención de beneficencia en los sitios web del centro, en folletos disponibles en sitios de acceso al paciente y en otros lugares dentro de la comunidad donde el hospital brinda servicio y a elección de OMH. Estos avisos y

el resumen de la información deberán brindarse en los idiomas principales de la población a la que OMH brinda servicio. La derivación de los pacientes a la atención de beneficencia podría hacerla cualquier miembro del personal médico o de OMH, incluidos médicos, enfermeros, asesores financieros, trabajadores sociales, coordinadores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos. El paciente o un familiar puede hacer una solicitud para recibir atención de beneficencia, al igual que un amigo cercano o colaborador del paciente, sujeto a las leyes de privacidad aplicables.

G. Relación con las políticas de cobro. La administración de OMH deberá desarrollar políticas y procedimientos para las prácticas de cobro internas y externas. OMH no impondrá medidas de cobro extraordinarias, tales como retenciones del salario, embargos sobre la vivienda principal, ni ninguna otra medida legal en ningún paciente sin primero hacer un esfuerzo razonable para determinar si el paciente es elegible para recibir la atención de beneficencia conforme a esta política de asistencia financiera. Los esfuerzos razonables deberán incluir lo siguiente:

1. Validar que el paciente debe las facturas impagas y que el hospital ha identificado y facturado todas las fuentes de pagos de terceros; o
2. documentación que indique que OMH intentó ofrecerle al paciente la oportunidad de solicitar la atención de beneficencia conforme a esta política y que el paciente no cumplió con los requisitos de solicitud del hospital; o
3. documentación que indique que se le ofreció al paciente un plan de pago, pero no respetó los términos de ese plan.

En el caso de que el paciente no pague parte o la totalidad de los cargos por los servicios prestados que no se determinaron como atención de beneficencia, OMH facturará y cobrará a la cuenta del paciente de acuerdo con la política de facturación y cobros de OMH que se indica a continuación.

1. Política de descuento por pago a tiempo, política de organización n.º 122.
2. Política de cobro en efectivo en punto de servicio, política de organización n.º 123.
3. Política de cobro en efectivo del departamento de emergencias, política de organización n.º 126.
4. Política de crédito y cobro, política de organización n.º 156-A.
5. Política de deuda incobrable, política de organización n.º 159.

Encontrará una copia de cada política en inglés y español, y puede solicitar una copia sin cargo a Servicios Financieros para pacientes de OMH. Encontrará una copia de cada política en inglés y español, esta política incluida, en el sitio web de OMH.

- H. Requisitos normativos. Al implementar esta política, la administración y los centros de OMH deberán cumplir con todas las leyes, reglas y disposiciones federales, estatales y locales que podrían aplicar a las actividades realizadas conforme a esta política.