

<b>Granville Health System</b>	<b>Manual Oficina Comercial</b>			
<b>Asunto</b> <b>Política de asistencia financiera médica</b> <i>(denominada anteriormente Política de condonación de deudas por atención a indigentes)</i>	<b>Número</b> PFS- 517	<b>Modificada</b> 16/08/2017 14/03/2018 21/01/2019 09/01/2020 03/02/2020 20/11/20 03/02/21 14/01/22 03/02/23 22/04/24 12/12/24	<b>Fecha de entrada en vigor</b> 1 de abril de 1996	<b>Página de</b> <u>1</u> <u>6</u>
<b>Distribución:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Oficina Comercial</b></li> <li>▪ <b>Todos los puntos de registro centralizados y descentralizados</b></li> <li>▪ <b>Coordinador de precertificación de GHS</b></li> <li>▪ <b>Representante de verificación de GHS</b></li> <li>▪ <b>Asesor financiero de GHS</b></li> <li>▪ <b>Representante de elegibilidad de Medicaid</b></li> <li>▪ <b>Representantes de la compañía de facturación subcontratada</b></li> <li>▪ <b>Representantes de la agencia de cobro</b></li> </ul>	<b>Reemplaza</b> <b>Todo lo anterior</b>	<b>Preparada por:</b> <b>Josette R. Anzalone</b>  <b>Modificada por:</b> <b>Jamie Purvis</b>	Aprobada por Administración / Comité P & P / Comité de Finanzas	

## **OBJETIVO:**

Granville Health System reconoce que se necesita atención médica para los pacientes que no pueden pagar por los servicios. Esta política establece los criterios de aprobación para la condonación de deudas por atención a indigentes para servicios de atención programados o no programados, urgentes o de emergencia prestados a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente en Granville Medical Center. Se hará referencia a la administración de esta política como el Programa de Asistencia Financiera (PAF) de Granville Health System. Esta política también incorpora procesos de presunta elegibilidad para acelerar el acceso a la asistencia financiera para pacientes elegibles en función de criterios no basados en los ingresos.

## **POLÍTICA:**

Granville Health System ofrecerá asistencia financiera médica a todos los pacientes que califiquen de acuerdo con las directrices de GHS. Los saldos de las cuentas tomadas en consideración incluirán solo los saldos de pago por cuenta propia después de que se hayan agotado todas las subvenciones de fondos de terceros, gubernamentales y privados. Las calificaciones para el Programa de Asistencia Financiera de GHS se basarán en los siguientes criterios:

- Los servicios prestados son médicamente necesarios y se consideran urgentes o de emergencia. Todos los servicios electivos serán excluidos de la cobertura en virtud de esta política.
- Ingreso bruto familiar según lo reportado en la declaración anual de impuestos: el ingreso bruto anual se basará en un monto de hasta el 300 % de las pautas federales de pobreza.
  - Si el paciente es menor de edad, los ingresos se basarán en los impuestos sobre la renta del tutor del paciente.

- Se considerará como parte responsable a todo paciente de 18 años o más (o que sea un menor emancipado) a menos que sea declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona. En ese caso, los bienes e ingresos de la persona (o personas) que declaren al paciente en sus impuestos también se utilizarán para evaluar la elegibilidad para recibir asistencia financiera con base en esta política.
- Activos:
  - El límite de recursos no debe exceder los \$3,000
  - La propiedad se limitará a:
    - El hogar en el que reside el garante como su residencia principal, que incluye cualquier terreno adyacente a la residencia principal.
    - El (los) automóvil(es) necesario(s) para el transporte al trabajo. Un vehículo esencial primario por persona en edad de conducir en el hogar.
- Indigencia médica: se tomarán en consideración los gastos médicos no rutinarios (catastróficos) pendientes de pago por cuenta propia. Los gastos médicos se considerarán catastróficos si exceden el ingreso bruto anual total de la familia para el año.
  - Los gastos catastróficos garantizarán una aprobación de asistencia financiera médica del 100 % si se cumplen todas las demás directrices del programa. Se tomarán en consideración los gastos catastróficos de los solicitantes que excedan las limitaciones de recursos descritas arriba.

Se utilizará la presunción de elegibilidad para determinar la elegibilidad de ciertos pacientes para recibir asistencia financiera sin necesidad de documentación. Consulte el proceso descrito a continuación.

Todos los saldos que no califican para el Programa de Asistencia Financiera Médica de GHS estarán sujetos a un plan de pago programado y son responsabilidad del paciente. GHS tiene una Política financiera de pago por cuenta propia por separado que describe las acciones que se pueden tomar en caso de falta de pago.

### **PROCEDIMIENTO:**

La intención de GHS es identificar a los pacientes que necesitan asistencia financiera lo antes posible. Las fuentes de identificación de estos pacientes incluyen, entre otras:

- Coordinador de precertificación de GHS
- Representante de verificación de GHS
- Registradores de pacientes
- Asesor financiero de GHS
- Representante de elegibilidad médica
- Representantes de la Oficina Comercial Extendida
- Representantes de la agencia de cobro

Una vez identificado un candidato para recibir asistencia financiera médica, el paciente o el garante serán remitidos al asesor financiero para completar una evaluación financiera y se suspenderán todas las gestiones de cobro durante el proceso de determinación de la elegibilidad para recibir asistencia.

### **Proceso de presunta elegibilidad:**

Los pacientes que se presenten para recibir servicios que no sean de emergencia serán evaluados antes de la fecha del servicio o en el momento del registro para determinar su presunta elegibilidad y se les proporcionará una notificación de la determinación en ese momento o antes del alta. Los pacientes que se presenten para recibir servicios del Departamento de Emergencias serán evaluados en el momento del registro o tan pronto

como sea posible durante la visita (si es factible) y se les notificará la determinación antes de que se emita la factura inicial.

**Criterios no basados en los ingresos:**

Se determinará la presunta elegibilidad de los pacientes que demuestren indicadores de dificultades económicas mediante criterios no basados en los ingresos. Los siguientes criterios no basados en los ingresos se utilizarán para establecer la presunta elegibilidad:

- Elegibilidad basada en la participación en programas de asistencia: los pacientes identificados como participantes en programas de asistencia gubernamental como Medicaid, programas de nutrición o el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP, por sus siglas en inglés) serán considerados elegibles automáticamente. La inscripción en Medicaid de un miembro del grupo familiar también cumplirá con los requisitos de presunta elegibilidad.
- Indigencia u otras dificultades económicas extremas: los pacientes identificados como personas sin hogar o que atraviesan por otras dificultades extremas (como los que residen en organizaciones de acogida), o los que están mentalmente incapacitados sin nadie que actúe en su nombre, se presumirán elegibles.

Una vez establecida la presunta elegibilidad, se concederá a los pacientes asistencia financiera sin necesidad de documentación adicional. La asistencia financiera permanecerá en vigor durante 12 meses o hasta que se produzca un cambio en la situación financiera, tras lo cual podrá requerirse una nueva evaluación.

**Vía alternativa para pacientes no presuntamente elegibles:**

Los pacientes que no se consideren presuntamente elegibles pueden presentar una solicitud de asistencia financiera completando una Hoja de trabajo de análisis financiero y proporcionando la documentación de respaldo que se indica en esta política.

### **Proceso de solicitud:**

El período para la presentación de solicitudes de asistencia financiera médica comienza en el momento en que se programan u ordenan los servicios y finaliza **240 días** después de la fecha del primer estado de cuenta del paciente posterior al alta. Todas las cuentas que entren en el período de solicitud se incluirán en la condonación inicial. Una vez establecida, la elegibilidad permanecerá vigente durante un año (12 meses). Se realizará una nueva verificación para los servicios futuros para asegurarse de que la situación financiera no ha cambiado a medida que se identifican saldos adicionales. Se requerirá documentación adicional del paciente si ha habido algún cambio en su información financiera (por ejemplo, cambio de trabajo o un nuevo bebé).

Se espera que todos los pacientes cumplan y cooperen en todos los procesos de los programas de pago de terceros y cualquier otra asistencia que pueda estar disponible (p. ej., Medicaid, compensación para víctimas de delitos). Los pacientes quedarán excluidos de la revisión para recibir asistencia si tienen un seguro de terceros disponible y optan por no adquirir dicha cobertura (p. ej., cobertura del empleador disponible).

El asesor financiero o algún otro personal apropiado deben completar una Lista de verificación de asistencia financiera para la cuenta en cuestión y presentarla al director de Servicios Financieros para Pacientes para su aprobación antes de la condonación. (Consulte la copia adjunta.)

Se espera que el garante complete y firme una Hoja de trabajo de análisis financiero y presente toda la documentación de respaldo como verificación de los criterios descritos a continuación:

- El ingreso bruto no debe exceder las directrices proporcionadas en la escala variable (consulte a continuación).
- El solicitante no puede tener propiedades excepto la casa y el lote que es su residencia principal.
  - Las propiedades de alquiler se excluirán de esto solo si son la principal fuente de ingresos del solicitante.
- Los saldos de ahorros y cuentas corrientes combinados no excederán los \$3,000.
  - Se requerirán como prueba los extractos bancarios actuales de todas las cuentas a nombre de los solicitantes.
  - Los montos que superen el límite de \$3,000 pueden ser pagados como parte de la deuda médica pendiente para que las cuentas queden por debajo del límite. Una vez por debajo de este, el solicitante puede ser reevaluado para recibir asistencia financiera.
- Verificación de ingresos laborales: presentación de tres talones de pago recientes.
  - Estatus de desempleo: documentación escrita del empleador anterior que indica que el solicitante ya no está empleado y la fecha del último empleo
  - Declaración de desempleo de la Comisión de Seguridad del Empleo
- Declaración de impuestos del año más reciente y documentos W2 de respaldo
  - Se requiere el Anexo C de la declaración de impuestos para pacientes con ingresos de trabajo por cuenta propia
- Documentos de indigencia médica: gastos médicos no rutinarios (catastróficos) pendientes de pago por cuenta propia.

Se puede revisar un informe de crédito para ver las extensiones de crédito actuales y la verificación de identificación. Se analizarán con el garante las extensiones de crédito recientes para la identificación de posibles recursos de pago.

Si no se proporciona la solicitud requerida y la documentación de respaldo dentro de los 30 días de la solicitud por escrito o al completar el período de presentación de solicitudes descrito anteriormente, se denegará la solicitud. Proporcionar información falsa descalificará al solicitante de la aprobación.

Se utilizarán los siguientes documentos en la evaluación del Programa de Asistencia Financiera Médica de GHS:

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Carta de presentación, que incluye:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hoja de trabajo de análisis financiero confidencial</li> <li>○ Lista de verificación de documentos</li> </ul> </li> </ul>	Anexo I A Anexo I B Anexo I C
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Directrices financieras médicas</li> </ul>	Anexo II
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Carta de solicitud de información adicional</li> </ul>	Anexo III
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Carta de aprobación - 100 %</li> </ul>	Anexo IV
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Carta de aprobación - &lt;100 %</li> </ul>	Anexo V
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Carta de no aprobación</li> </ul>	Anexo VI

La documentación se presentará al director de Servicios Financieros para Pacientes y, cuando corresponda, al director financiero. Por lo general, se determinará el estado de la solicitud dentro de un plazo de 30 días hábiles. Una vez realizada la determinación, se enviará una carta al paciente en la que se describirá el nivel de asistencia otorgado o el motivo de la denegación. Esta carta será revisada y firmada por el director de Servicios Financieros para Pacientes.

Los límites de aprobación serán los siguientes:

- Director de Servicios Financieros para Pacientes - todas las cuentas
- Director financiero - >\$50,000

Los saldos aprobados se registrarán en un lote de Meditech utilizando el código de ajuste apropiado:

- AINDOP - Paciente ambulatorio
- AINDIP - Paciente hospitalizado

El lote de ajuste será firmado por el director de Servicios Financieros para Pacientes.

Todos los criterios serán verificados antes de ser presentados para su aprobación. Toda la documentación de respaldo se conservará para fines de auditoría.

El director de Servicios Financieros para Pacientes presentará un total mensual al director financiero.

Las circunstancias atenuantes serán revisadas por el director de Servicios Financieros para Pacientes y el director financiero. En función de esta revisión, se podrán aprobar solicitudes de asistencia financiera médica fuera de las directrices mencionadas anteriormente.

Pautas de pobreza para la elegibilidad para recibir asistencia:

**Granville Health Systems**

**Directrices para asistencia financiera**

Salario anual basado en las pautas federales de pobreza de 2024

Pautas federales de pobreza para su uso en 2024

Número de miembros de la familia	Pautas del FPL 100 %	Pautas del FPL 200 %	Pautas del FPL 210 %	Pautas del FPL 220 %	Pautas del FPL 230 %	Pautas del FPL 250 %	Pautas del FPL 300 %
1	\$15,060	\$30,120	\$31,626	\$33,132	\$34,638	\$37,650	\$45,180
2	\$20,440	\$40,880	\$42,924	\$44,968	\$47,012	\$51,100	\$61,320
3	\$25,820	\$51,640	\$54,222	\$56,804	\$59,386	\$64,550	\$77,460
4	\$31,200	\$62,400	\$65,520	\$68,640	\$71,760	\$78,000	\$93,600
5	\$36,580	\$73,160	\$76,818	\$80,476	\$84,134	\$91,450	\$109,740
6	\$41,960	\$83,920	\$88,116	\$92,312	\$96,508	\$104,900	\$125,880
7	\$47,340	\$94,680	\$99,414	\$104,148	\$108,882	\$118,350	\$142,020
8	\$52,720	\$105,440	\$110,712	\$115,984	\$121,256	\$131,800	\$158,160
Para cada persona adicional, agregue	\$5,380	\$10,760	\$11,298	\$11,836	\$12,374	\$13,450	\$16,140
Porcentaje de descuento	100 %	100 %	90 %	80 %	75 %	75 %	69 %

Fuente: Registro Federal

A los pacientes con ingresos entre el 200 % y el 300 % de las pautas federales de pobreza, como se indica en la tabla de arriba, que reúnan o no los requisitos para recibir asistencia financiera en función de otros criterios, se les ofrecerán planes de pago de hasta 36 meses sin que los pagos mensuales superen el 5 % de los ingresos mensuales de su grupo familiar. Todo monto que exceda este criterio se considerará asistencia financiera y el saldo de la cuenta se ajustará en consecuencia.

#### Montos generalmente facturados: **31.63 % de los cargos totales**

Los montos que se cobren a un paciente que sea elegible para recibir asistencia financiera médica en virtud de esta política se basarán en el descuento aplicable que se indica en la tabla federal de pobreza anterior. El total de los cargos adeudados por el paciente se multiplica por el porcentaje de descuento definido en función de los ingresos y el número de miembros del grupo familiar. Estos descuentos se establecieron de manera de garantizar que, a efectos de la sección 501(r) del Código de Rentas Internas, a un paciente que sea elegible para recibir asistencia financiera médica en virtud de esta política no se le cobre más que el monto generalmente facturado (“MGF”) a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. Para el año calendario 2024, este porcentaje es el 31.63 % del total de los cargos.

Granville Health System eligió calcular los MGF utilizando el “método retrospectivo” descrito en las Regulaciones del tesoro aplicables, basado en las reclamaciones aprobadas por Medicare y las aseguradoras privadas durante un período de medición de 12 meses. Se puede obtener por escrito y de forma gratuita más información sobre el porcentaje de los MGF actualmente en uso y una descripción de cómo se calculó el porcentaje de los MGF enviando una solicitud por escrito a Granville Health System, Patient Financial Services, 1010 College Street, Oxford, NC 27565; esta información también se puede descargar en <http://ghshospital.org/>.

Para obtener copias gratuitas de esta política, un resumen en lenguaje sencillo de la misma, la Hoja de trabajo de análisis financiero y las instrucciones correspondientes, envíe una carta a Patient Financial Services at 1010 College Street, Oxford, NC 27565. Estas políticas pueden encontrarse en la sala de emergencias y en las áreas de admisión del establecimiento principal o pueden descargarse en <http://ghshospital.org>. Hay más información sobre la Política de asistencia financiera médica y ayuda con el proceso de presentación de solicitudes disponible por teléfono, llamando al 919-690-3254, o en persona durante el horario regular de atención en Granville Health System, 1010 College Street, Oxford, NC 27565.