

## DUNES SURGICAL HOSPITAL

<b>Descuentos por asistencia financiera</b>	<b>Fecha:</b> 1 de julio de 2016
<b>Desarrollado por:</b> Dunes Surgical Hospital	
<b>Aprobado por:</b> [FIRMA] Greg Miner Director ejecutivo	<b>Fecha:</b> 28 de junio de 2016
<b>Alcance:</b> en todo el hospital	
<b>Fecha y revisiones:</b> 27 de junio de 2016	 <p style="text-align: center;"><b>DUNES</b> SURGICAL HOSPITAL <small>In association with Mercy Medical Center</small></p>

### Descuentos por asistencia financiera

#### I. PROPÓSITO:

Dunes Surgical Hospital (DSH) está comprometido a:

- Proporcionar acceso a servicios de atención médica de calidad con compasión, dignidad y respeto por quienes atendemos.
- Atender a todas las personas, independientemente de si pueden pagar los servicios.
- Ayudar a los pacientes que no pueden pagar una parte o toda la atención que reciben.

Esta política y procedimiento proporciona orientación para equilibrar la asistencia financiera con responsabilidades fiscales más amplias y le proporciona a DSH los requisitos para la asistencia financiera para servicios médicos, de cuidados agudos y después de cuidados agudos.

#### II. DEFINICIONES:

**Acciones de recaudación extraordinarias (ECA):** son las siguientes acciones llevadas a cabo por DSH (o un agente de cobro en su nombre):

- Posponer o denegar, o exigir un pago antes de brindar, atención médicamente necesaria porque el paciente no pagó una o más facturas por atención ya brindada y cubierta por la política de asistencia financiera del centro hospitalario. Cuando DSH requiera un pago antes de atender a una persona con una o varias facturas pendientes, se asumirá que tal requisito de pago se debe a que la persona no pagó las facturas pendientes, a menos que DSH pueda demostrar que requirió el pago de la persona basándose en factores que no sean y que no tengan que ver con la falta de pago de facturas anteriores.
- Informar a las agencias de crédito sobre deudas pendientes.
- Iniciar acciones legales para obtener una sentencia (es decir, embargo de salarios, evaluación del deudor).
- Embargar bienes de particulares.

**Atención con descuento:** descuento parcial del monto adeudado para los pacientes que cumplen los requisitos de la política de asistencia financiera.

**Atención gratuita:** descuento total del monto adeudado para los pacientes que cumplen los requisitos de la política de asistencia financiera.

**Ayuda financiera:** ayuda (caridad, descuentos, etc.) prestada a los pacientes para los que sería muy difícil pagar el costo total de los servicios médicamente necesarios prestados por DSH y que cumplan los criterios de elegibilidad para recibir dicha ayuda.

**Familia (según la definición de la Oficina del Censo de Estados Unidos):** grupo de dos o más personas que residen juntas y que se relacionan por nacimiento, matrimonio o adopción. Si un paciente declara a alguien como dependiente en su declaración de impuestos a las ganancias, de acuerdo con las regulaciones del Servicio de Impuestos Internos, se lo puede considerar dependiente a efectos de determinar la elegibilidad en virtud de esta política de asistencia financiera.

**Ingresos:** sueldos, salarios, ingresos salariales y de trabajo autónomo, indemnizaciones por desempleo, indemnizaciones por accidentes laborales, pagos del Seguro Social, asistencia pública, beneficios de veteranos, pensiones alimenticias, beneficios de supervivencia, pensiones, ingresos por jubilación, pagos regulares de seguros y anualidades, ingresos procedentes de herencias y fideicomisos, alquileres recibidos, intereses o dividendos, e ingresos procedentes de otras fuentes.

**Ingresos familiares:** ingresos de todos los miembros adultos de la familia que viven en el mismo hogar. En el caso de los pacientes menores de 18 años, los ingresos familiares son los ingresos anuales de los padres o padrastros, o de los familiares a cargo del paciente, correspondientes al período de 12 meses anterior o al ejercicio fiscal anterior, como figura en los últimos recibos de sueldo o declaraciones de impuestos a las ganancias y demás información. La prueba de los ingresos se puede determinar anualizando los ingresos familiares del año hasta la fecha, teniendo en cuenta la tasa de ingresos actual.

**Montos generalmente facturados (AGB):** montos que se les facturan generalmente por atención de urgencia u otra atención médicamente necesaria a pacientes que tienen un seguro que cubre dicha atención. Los montos generalmente facturados por servicios médicos y cuidados agudos de DSH se calcularán utilizando los esquemas de reembolso vigentes de Medicare para la fecha del servicio de atención médica específica del paciente.

**Necesidad médica:** se define tal y como se documenta en el *Manual de proveedores de Medicaid* del estado de DSH.

**Normas o directrices:** instrucciones y orientaciones adicionales que ayudan a implementar los procedimientos, incluidas las elaboradas por organizaciones profesionales o de acreditación.

**Paciente no asegurado:** persona que no tiene seguro, cobertura de terceros por parte de una aseguradora comercial de terceros, plan ERISA, Programa Federal de Atención Médica (como Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS, entre otros), indemnización por accidentes laborales ni otra asistencia de terceros para cubrir la totalidad o una parte del costo de la atención, incluidos los reclamos contra terceros cubiertos por seguros en los que se sustituye a DSH, pero solo si la aseguradora realiza realmente el pago.

**Período de solicitud:** comienza el día en que se brinda la atención y finaliza lo que ocurra después, ya sea 240 días después de que se le proporcione al paciente la primera factura posterior al alta o una de las siguientes:

- i. al final del período de 30 días en que se les proporciona la posibilidad de solicitar una ayuda más generosa a los pacientes que calificaban para recibir una ayuda inferior a la más generosa disponible según el estado de ayuda presunta o la elegibilidad previa a la política de asistencia financiera.
- ii. el plazo establecido en una notificación por escrito tras el que se pueden iniciar acciones de recaudación extraordinarias.

**Política:** declaración de orientación de alto nivel sobre asuntos de importancia estratégica para DSH.

**Política de asistencia financiera (FAP):** política y procedimiento escritos que cumplen los requisitos descritos en la sección 1.501(r)-4(b).

**Procedimiento:** documento diseñado para implementar una política o una descripción de acciones o procesos específicos requeridos.

**Resumen de la política de asistencia financiera (FAP) en lenguaje simple:** declaración por escrito en la que se notifica a un paciente que el centro hospitalario ofrece asistencia financiera en virtud de una política de asistencia financiera y proporciona la siguiente información adicional de forma clara, concisa y fácil de comprender:

- i. Descripción breve de los requisitos de elegibilidad y de la ayuda ofrecida en el marco de la FAP.
- ii. Resumen breve de cómo solicitar ayuda en virtud de la FAP.

- iii. La dirección directa del sitio web (o URL) y los lugares físicos donde el paciente puede obtener copias de la FAP y del formulario de solicitud de la FAP.
- iv. Instrucciones sobre cómo el paciente puede obtener por correo una copia gratuita de la FAP y del formulario de solicitud de la FAP.
- v. La información de contacto, incluido el número de teléfono y la ubicación física, de la oficina o del departamento del centro hospitalario que puede brindar información sobre la FAP y sobre prestar asistencia en el proceso de solicitud de la FAP.
- vi. Una declaración de que a un paciente elegible en virtud de la FAP no se le puede cobrar más que los montos generalmente facturados por la atención de urgencia u otra atención médicamente necesaria.

**Servicios médicos de urgencia:** servicios que se necesitan por una afección que podría poner la vida en peligro o ser consecuencia de una lesión grave y que requiere atención médica inmediata. Esta afección médica se rige generalmente por la Ley de Tratamiento Médico de Urgencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA).

**Solicitud de la política de asistencia financiera (FAP):** información y documentación adjunta que un paciente presenta para solicitar asistencia financiera en virtud de la FAP de DSH. DSH puede obtener información de una persona por escrito o verbalmente (o ambas).

**Urgente (nivel de servicio):** servicios médicos necesarios para una afección que no pone la vida en peligro, pero que requiere servicios médicos a tiempo.

### III. POLÍTICA:

DSH mantendrá prácticas de facturación justas y equitativas que traten a todos los pacientes con dignidad, respeto y compasión. DSH atenderá las necesidades médicas urgentes de todas las personas que busquen tratamiento, independientemente de si pueden pagarlo. Además, DSH proporcionará asistencia financiera para los servicios médicamente necesarios que reciban los pacientes.

### IV. PROCEDIMIENTO:

DSH establecerá y mantendrá el procedimiento de la política de asistencia financiera (FAP) para pacientes que se describe a continuación. La FAP está diseñada para atender las necesidades de asistencia financiera y ayuda de los pacientes que solicitan servicios en DSH. Se aplica a todos los servicios elegibles previstos en virtud de la legislación federal o estatal aplicable. La elegibilidad para la asistencia financiera y la ayuda de DSH se determinarán de forma individual siguiendo criterios específicos y evaluados en una evaluación de las necesidades de atención médica del paciente o de la familia, los recursos financieros y las obligaciones.

#### I. Criterios para calificar para la asistencia financiera

##### **Servicios que son elegibles para obtener ayuda financiera:**

Todos los servicios médicamente necesarios, incluidos los servicios médicos y de ayuda prestados por DSH, serán elegibles para obtener ayuda financiera.

Los servicios de atención médica de urgencia se les brindarán a todos los pacientes, independientemente de si pueden pagarlo. Dicha atención médica continuará hasta que el estado del paciente se haya estabilizado, antes de que se determinen los acuerdos de pago.

##### **Servicios que no son elegibles para obtener ayuda financiera:**

Servicios cosméticos y otros procedimientos y servicios optativos que no son médicamente necesarios.

Servicios que no fueron brindados ni facturados por DSH (p. ej., servicios de médicos independientes, enfermería privada, transporte en ambulancia, etc.).

DSH puede denegar la ayuda financiera a aquellas personas que no cooperen en la solicitud de programas que podrían pagar sus servicios de atención médica.

DSH puede excluir los servicios que estén cubiertos por un programa de seguros en otra institución, pero que no estén cubiertos en DSH, después de que se haya intentado informar a los pacientes sobre las limitaciones de la cobertura del programa de seguros y siempre que se cumplan las obligaciones federales de la Ley de Tratamiento Médico de Urgencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA).

### **Documentación para determinar los ingresos**

La información provista por el paciente o la familia debe incluir los ingresos de trabajo, lo que incluye el salario bruto mensual, el sueldo y los ingresos de trabajo autónomo; los ingresos no procedentes de trabajo, incluidas las pensiones alimenticias, los beneficios de jubilación, los dividendos, los intereses y los ingresos procedentes de otras fuentes; la cantidad de personas a cargo en el hogar; y demás información solicitada en la solicitud de la política de asistencia financiera (FAP).

DSH incluirá en la FAP o en la solicitud de la FAP documentación de respaldo, como recibos de nómina, declaraciones de impuestos e historial crediticio, necesaria para solicitar la asistencia financiera. DSH no podrá denegar la ayuda financiera por la omisión de información o documentación que no se exija específicamente en la FAP o en el formulario de solicitud de la FAP.

DSH les proporcionará a los pacientes que presenten una solicitud de la FAP incompleta un aviso por escrito en el que se describa la información o documentación adicional que se debe presentar en un plazo de 30 días a partir de la fecha del aviso por escrito para completar la solicitud de la FAP. En el aviso se proporcionará información de contacto para hacer preguntas relacionadas con la información que falta. DSH podría iniciar acciones de recaudación extraordinarias si el paciente no presenta la información o documentación que falta en el plazo de reenvío de 30 días y han transcurrido al menos 120 días desde la fecha en que DSH proporcionó la primera factura posterior al alta por la atención. DSH debe procesar la solicitud de la FAP si el paciente aporta la información o documentación que falta durante el período de solicitud de 240 días (o, si es posterior, dentro del período de reenvío de 30 días).

### **Consideración de los activos del paciente**

DSH también establecerá un límite de activos a partir del cual se utilizarán los activos del paciente o de su familia para pagar gastos médicos y pasivos que se tendrán en cuenta a la hora de evaluar los recursos económicos del paciente.

En la política de asistencia financiera se deben prever la protección de determinados tipos de activos y la protección de determinados niveles de activos.

Activos protegidos:

- i. patrimonio neto de la vivienda principal hasta \$50,000;
- ii. vehículos de uso comercial;
- iii. herramientas o equipos utilizados para negocios; equipos razonables necesarios para permanecer en la actividad comercial;
- iv. bienes de uso personal (ropa, artículos domésticos, muebles);
- v. cuentas de jubilación individual (IRA), cuentas 401K, planes de jubilación con valor en efectivo;
- vi. compensación económica recibida por emergencias graves que no sean por casos médicos;
- vii. fideicomisos irrevocables con fines funerarios, planes funerarios prepagos;
- viii. planes de ahorro para estudios universitarios administrados por el estado o el gobierno federal.

Todos los demás bienes se considerarán disponibles para el pago de gastos médicos. Los activos disponibles que superen un determinado límite se pueden utilizar para pagar gastos médicos o, alternativamente, DSH puede contabilizar el exceso de activos disponibles como ingresos del año en curso para establecer el nivel de descuento que se le debe ofrecer al paciente. Se debe proteger un monto mínimo de los activos disponibles. El monto mínimo es de \$5,000.

## **Ayuda presunta**

DSH entiende que no todos los pacientes pueden proporcionar información financiera completa. Por lo tanto, la aprobación de la ayuda financiera se puede determinar basándose en la información limitada que haya. Cuando se concede dicha autorización, se clasifica como "ayuda presunta".

El modelo predictivo es uno de los esfuerzos razonables que utilizará DSH (u otra parte autorizada) para identificar a los pacientes que podrían calificar para obtener asistencia financiera antes de iniciar las medidas de cobro, es decir, la cancelación de una cuenta del paciente como deuda incobrable y la remisión a una agencia de cobros.

Este modelo predictivo le permite a DSH (u otra parte autorizada) identificar sistemáticamente a los pacientes con necesidades económicas.

Algunos ejemplos de casos presuntos son:

- i. pacientes fallecidos sin patrimonio conocido;
- ii. pacientes sin hogar;
- iii. pacientes desempleados;
- iv. servicios médicamente necesarios no cubiertos prestados a pacientes que califican para recibir programas de asistencia pública;
- v. pacientes en quiebra;
- vi. miembros de organizaciones religiosas que hayan hecho voto de pobreza y que no tengan recursos propios ni a través de la orden religiosa.

En el caso de los pacientes que no respondan al proceso de solicitud de la política de asistencia financiera (FAP), se deben utilizar otras fuentes de información, si estuvieran disponibles, para realizar una evaluación individual de la necesidad económica. Esta información le permitirá a DSH tomar una decisión informada sobre la necesidad financiera de los pacientes que no respondan.

Con el fin de ayudar a los pacientes con necesidades económicas, se puede recurrir a un tercero para que revise la información del paciente y evalúe su necesidad económica. Esta revisión sigue un modelo predictivo reconocido en la industria de la atención médica, que se basa en bases de datos de registros públicos. Estos registros públicos le permiten a DSH evaluar si la situación del paciente es similar a la de otros pacientes que históricamente han cumplido los requisitos para recibir asistencia financiera mediante el proceso de solicitud tradicional. En los casos en que no haya información proporcionada directamente por el paciente, y una vez agotados los esfuerzos por confirmar la disponibilidad de cobertura, el modelo predictivo proporciona un método sistemático para conceder una presunta elegibilidad a los pacientes con necesidades económicas.

En caso de que un paciente no cumpla los requisitos del modelo predictivo, podrá aportar información de respaldo dentro de los plazos establecidos para que se lo tenga en cuenta en el proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera.

DSH notificará a los pacientes que se determine que son elegibles para recibir una ayuda inferior a la más generosa disponible en virtud de la FAP que pueden solicitar una ayuda más generosa disponible en virtud de la FAP en un plazo de 30 días a partir de la notificación. La determinación de que un paciente es elegible para obtener una ayuda inferior a la más generosa se basa en el estado de ayuda presunta o en una determinación previa de elegibilidad de la FAP. Además, DSH puede iniciar o reanudar las acciones de recaudación extraordinarias si el paciente no solicita una ayuda más generosa en un plazo de 30 días de la notificación si han transcurrido al menos 120 días desde la fecha en que DSH proporcionó la primera factura posterior al alta por la atención. DSH procesará toda solicitud nueva de la FAP que el paciente presente antes de que finalice el plazo de solicitud de 240 días o, si es posterior, antes de que finalice el plazo de 30 días concedido para solicitar una ayuda más generosa.

## **Cronograma para determinar la elegibilidad financiera**

Las solicitudes de la política de asistencia financiera (FAP) se aceptarán en cualquier momento del período de solicitud. El período de solicitud comienza el día en que se brinda la atención y finaliza lo que ocurra después, ya

sea 240 días después de que se le proporcione al paciente la primera factura posterior al alta o una de las siguientes:

- i. al final del período en que se les proporciona la posibilidad de solicitar una ayuda más generosa a los pacientes que son elegibles para recibir una ayuda inferior a la más generosa disponible, según el estado de ayuda presunta o la elegibilidad previa a la FAP, que hayan solicitado una asistencia financiera más generosa;
- ii. el plazo establecido en una notificación por escrito tras el que se pueden iniciar acciones de recaudación extraordinarias.

DSH puede aceptar y procesar la solicitud de la FAP de una persona presentada fuera del período de solicitud en función de cada caso, según lo autoricen los niveles de aprobación establecidos por DSH.

DSH (u otra parte autorizada) reembolsará el monto que el paciente haya pagado por la atención que exceda la cantidad que se determine que es personalmente responsable de pagar como paciente elegible en virtud de la FAP, a menos que dicho monto en exceso sea inferior a \$5 (u otro monto establecido por una notificación u otra directriz publicada en el *Boletín de impuestos internos*). El reembolso de los pagos solo se exige para los episodios de atención a los que se aplica la solicitud de la FAP.

DSH hará todo lo posible para tomar una decisión de ayuda financiera de forma oportuna. Si se están buscando otras vías de ayuda financiera, DSH se comunicará con el paciente por el proceso y el plazo previsto para la determinación y no intentará realizar gestiones de cobro durante la determinación.

Una vez que se haya determinado la elegibilidad para la ayuda financiera, las revisiones posteriores para la elegibilidad continuada para los servicios subsiguientes deben realizarse después de seis (6) meses desde la calificación inicial para la ayuda financiera.

### **Nivel de ayuda financiera**

DSH seguirá las directrices de ingresos establecidas a continuación para evaluar la elegibilidad de un paciente para recibir ayuda financiera. Para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir ayuda financiera, se utiliza un porcentaje de las directrices del nivel federal de pobreza (FPL), que se actualizan anualmente. Sin embargo, también deben tenerse en cuenta otros factores, como la situación económica del paciente o su capacidad de pago, según se determine en el proceso de evaluación.

Ingresos familiares iguales o inferiores al 200 % de las directrices del nivel federal de pobreza:

- Se les ofrecerá un descuento del 100 % de todos los cargos a los pacientes sin seguro cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 200 % de las directrices más recientes del nivel federal de pobreza.

Ingresos familiares de entre el 201 % y el 400 % de las directrices del nivel federal de pobreza:

- Se les ofrecerá un descuento del total de los gastos igual al ajuste contractual de DSH para Medicare a los pacientes de cuidados agudos cuyos ingresos familiares se encuentren entre el 201 % y el 400 % de las directrices del nivel federal de pobreza.
- Se les ofrecerá un descuento del total de los gastos igual al ajuste contractual de los médicos de DSH para Medicare a los pacientes ambulatorios cuyos ingresos familiares se encuentren entre el 201 % y el 400 % de las directrices del nivel federal de pobreza.

Los montos de ajuste contractual de médicos y cuidados agudos de DSH para Medicare se calcularán utilizando los esquemas de reembolso vigentes de Medicare para la fecha de servicio de atención médica específica del paciente.

Los pacientes con ingresos familiares de hasta el 200 % de las directrices del nivel federal de pobreza serán elegibles para recibir ayuda financiera para los montos de copagos, deducibles y coseguros, siempre que los acuerdos contractuales con la aseguradora del paciente no prohíban la prestación de dicha ayuda.

Ayuda para personas médicamente indigentes y en situaciones graves: también se ofrece ayuda financiera a pacientes médicamente indigentes. La indigencia médica se produce cuando una persona no puede pagar una parte o la totalidad de sus facturas médicas porque sus gastos médicos superan un determinado porcentaje de sus ingresos familiares o domésticos (por ejemplo, debido a gastos o situaciones graves), independientemente de si tiene ingresos o bienes que superen los requisitos de elegibilidad financiera para recibir atención con descuento o gratuita en virtud de la política de asistencia financiera de DSH. Los gastos o situaciones graves se producen cuando hay pérdida de empleo, fallecimiento del asalariado principal, gastos médicos excesivos u otros acontecimientos desafortunados. La indigencia médica y las circunstancias graves se evaluarán caso por caso, lo que incluye una revisión de los ingresos, los gastos y los activos del paciente. Si un paciente con seguro alega circunstancias graves y solicita asistencia financiera, los gastos médicos de atención que superen el 20 % de los ingresos harán que los copagos y los deducibles del paciente con seguro califiquen para recibir asistencia de atención de caridad por situaciones graves. Los descuentos por atención para personas médicamente indigentes sin seguro no serán inferiores al monto promedio del ajuste contractual de DSH para Medicare por los servicios prestados o a un monto para regresar la proporción de gastos médicos por situaciones graves de los pacientes con respecto a los ingresos al 20 %. El director financiero de DSH deberá aprobar la asistencia financiera para personas médicamente indigentes y situaciones graves.

Aunque la ayuda financiera debe concederse de acuerdo con los criterios establecidos por escrito de DSH, se reconoce que en ocasiones será necesario concederles ayuda financiera adicional a los pacientes según las consideraciones individuales. El director financiero de DSH deberá aprobar tales consideraciones individuales.

### **Comunicaciones eficaces**

DSH responderá con prontitud y cortesía las preguntas de los pacientes sobre las facturas y las solicitudes de asistencia financiera.

DSH utilizará un proceso de facturación que sea claro, conciso, correcto y sencillo para el paciente.

DSH facilitará información sobre las tarifas de los servicios que presta en un formato comprensible.

DSH colocará anuncios y folletos con información básica sobre la política de asistencia financiera (FAP) en lugares públicos (al menos en las zonas comunes).

DSH pondrá a disposición de los pacientes una copia en papel del resumen de la FAP en lenguaje simple como parte del proceso de ingreso o alta. No se considerará que DSH no publicó la FAP ampliamente porque una persona rechace un resumen en lenguaje simple, que se le haya ofrecido en el momento del ingreso o antes del alta, o porque indique que prefiere recibir un resumen en lenguaje simple por vía electrónica.

DSH pondrá a disposición de los pacientes que lo soliciten la FAP, un resumen de la FAP en lenguaje simple y el formulario de solicitud de la FAP, como también en lugares públicos (al menos en las zonas comunes), por correo y en su sitio web. Cualquier persona con acceso a internet debe poder ver, descargar e imprimir una copia impresa de estos documentos. Si una persona le pregunta a DHS cómo acceder a una copia de la FAP, al formulario de solicitud de la FAP o al resumen de la FAP en un lenguaje simple en línea, DHS le debe proporcionar la dirección directa del sitio web, o URL, donde están publicados estos documentos.

En el resumen con lenguaje simple, DSH especificará los servicios médicos cubiertos por la FAP.

DSH incluirá un aviso por escrito visible en las facturas en el que se notifique e informe a los beneficiarios sobre la disponibilidad de ayuda financiera en virtud de la FAP y en el que se incluya el número de teléfono del departamento que puede proporcionar información sobre la FAP, el proceso de solicitud de la FAP y la dirección directa del sitio web (o URL) donde se pueden obtener copias de la FAP, del formulario de solicitud de la FAP y del resumen de la FAP en lenguaje simple.

DSH se abstendrá de iniciar acciones de recaudación extraordinarias (ECA) hasta 120 días después de proporcionarles a los pacientes la primera factura por la atención posterior al alta, incluida la atención más reciente para las facturas pendientes que se agregan para facturar al paciente. DSH también se asegurará de que todos los

contratos de proveedores para socios comerciales que realicen actividades de cobro contengan una cláusula en la que se prohíban las ECA hasta 120 días después de proporcionarles a los pacientes la primera factura por la atención posterior al alta, incluida la atención más reciente para las facturas pendientes que se agregan para facturar al paciente.

DSH (u otra parte autorizada) les proporcionará a los pacientes una notificación por escrito en la que se indique la disponibilidad de asistencia financiera para los pacientes elegibles, se identifiquen las ECA que DSH (u otra parte autorizada) pretende iniciar para obtener el pago de la atención y se establezca un plazo tras el cual se puedan iniciar dichas ECA, que no sea anterior a 30 días desde la fecha en que se proporcione la notificación por escrito. DSH incluirá un resumen en lenguaje simple de la FAP con la notificación por escrito y hará un esfuerzo razonable para notificar oralmente al paciente sobre la FAP y sobre cómo el paciente puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de la FAP.

En caso de posponer o denegar, o exigir un pago por brindar, atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de un paciente de una o más facturas por atención ya brindada y cubierta por la FAP, DSH puede notificar a dicha persona su FAP menos de 30 días antes de iniciar las ECA. Sin embargo, para hacer uso de esta excepción, DSH debe cumplir varias condiciones. DSH debe:

- i. Proporcionar al paciente un formulario de solicitud de la FAP (para garantizar que el paciente pueda solicitarla inmediatamente, en caso necesario) y notificar al paciente por escrito sobre la disponibilidad de asistencia financiera para las personas elegibles y el plazo, de haberlo, después del cual el centro hospitalario no aceptará ni procesará solicitudes de la FAP presentadas por el paciente para la atención ya brindada en cuestión. Este plazo no debe ser anterior a los 30 días siguientes a la fecha en que se proporcione la notificación por escrito o a los 240 días siguientes a la fecha en que se proporcione la primera factura posterior al alta por la atención ya brindada.

Por lo tanto, aunque las ECA que implican posponer o denegar la atención podrían producirse inmediatamente después de la notificación por escrito (y oral) requerida, el paciente debe disponer de al menos 30 días tras la notificación para presentar una solicitud de la FAP por la atención ya brindada.

- ii. Notificar al paciente sobre la FAP proporcionándole un resumen de la FAP en lenguaje simple y notificándole verbalmente sobre la FAP del centro hospitalario y sobre cómo puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de la FAP.
- iii. Procesar la solicitud de forma acelerada para garantizar que la atención médicamente necesaria no se retrase innecesariamente si se presenta una solicitud.

Los esfuerzos razonables modificados mencionados anteriormente no son necesarios en los siguientes casos:

- i. Si han transcurrido 120 días desde la primera factura posterior al alta por la atención ya brindada y DSH ya notificó al paciente las ECA previstas.
- ii. Si DSH ya había determinado si el paciente era elegible en virtud de la FAP para la atención ya brindada en cuestión a partir de una solicitud de la FAP completa o si había determinado presuntamente que el paciente era elegible en virtud de la FAP para la atención ya brindada.

DSH notificará por escrito que no se debe nada si se determina que el paciente es elegible para recibir atención gratuita.

DSH les proporcionará a los pacientes que se determine que son elegibles para recibir otra asistencia que no sea atención gratuita una factura en la que se indique el monto que debe el paciente por la atención como paciente elegible en virtud de la FAP. En la factura también se describirá cómo se determinó ese monto o cómo el paciente puede obtener información sobre cómo se determinó el monto.

### **Prácticas justas de facturación y cobro**

DSH implementará prácticas de facturación y cobro de las obligaciones de pago de los pacientes que sean justas y coherentes y que cumplan con las regulaciones estatales y federales.

DSH pondrá a disposición de todos los pacientes elegibles un plan de pago a corto plazo sin intereses con plazos de pago definidos según el saldo de la cuenta pendiente.

DSH dispondrá de procedimientos por escrito en los que se indique cuándo y bajo la autoridad de quién se adelanta una deuda de un paciente para actividades de cobro externas que cumplan con este procedimiento.

DSH o un agente de cobro en su nombre pueden llevar a cabo las siguientes actividades de cobro:

Comunicarse con los pacientes (por teléfono, por correspondencia por escrito, por fax, por mensaje de texto, por correo electrónico, etc.) y sus representantes, de conformidad con la Ley de Cobro Justo de Deudas, identificando claramente a DSH. Las comunicaciones con los pacientes también cumplirán las regulaciones de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

Notificar las deudas pendientes a las agencias de crédito solo después de que se hayan aplicado todos los aspectos de este procedimiento y se hayan realizado esfuerzos de cobro razonables, de conformidad con la política de asistencia financiera (FAP) de DSH.

Iniciar acciones legales contra las personas que tienen medios para pagar, pero no lo hacen, o que no están dispuestas a pagar. También se pueden iniciar acciones legales por la parte del monto adeudado tras la solicitud de la FAP de DSH. Debe obtenerse la aprobación del director financiero de DSH, o del responsable de la oficina de facturación, antes de iniciar un procedimiento judicial o proceder a una acción legal para cobrar una sentencia (es decir, embargo de salarios, evaluación del deudor).

Embargar bienes de personas que tienen medios para pagar, pero no lo hacen, o que no están dispuestas a pagar. Se pueden hacer embargos por la parte del monto adeudado tras la solicitud de la FAP de DSH. Debe obtenerse la aprobación del director financiero de DSH, o del responsable de la oficina de facturación, para hacer un embargo. Los embargos sobre la residencia principal solo se pueden ejercer tras la venta de la propiedad y protegerán cierto valor del activo en la propiedad, tal como se indica en el procedimiento de DSH.

DSH (o un agente de cobro en su nombre) no iniciará acciones contra la persona del deudor, como órdenes de detención o arresto. DSH reconoce que un tribunal puede imponer una orden de detención u otra acción similar contra un demandado por incumplimiento de una orden judicial o por otras infracciones de la ley relacionadas con una gestión de cobro. Mientras que en casos extremos de evasión deliberada y de falta de pago de un monto adeudado justamente cuando se dispone de los recursos adecuados para hacerlo se puede dictar una orden judicial, en general, DSH primero hará lo posible por convencer a las autoridades públicas de que no emprendan tal acción y, si no lo consigue, considerará la conveniencia de cesar la gestión de cobro para evitar una acción contra la persona del deudor.

DSH (o un agente de cobro en su nombre) tomará todas las medidas disponibles de manera razonable para anular las acciones de recaudación extraordinarias relacionadas con los montos que ya no adeuden los pacientes elegibles en virtud de la FAP.

DSH podría tener un acuerdo con una agencia de cobro, siempre que dicho acuerdo cumpla con todos los criterios a continuación:

El acuerdo con una agencia de cobro debe hacerse por escrito.

Ni DSH ni o un agente de cobro en su nombre podrán iniciar acciones en ningún momento contra la persona del deudor, como órdenes de detención o arresto.

El acuerdo debe definir las normas y el alcance de las prácticas que utilizarán los agentes de cobro externos que actúen en nombre de DSH, todo de conformidad con este procedimiento.

La agencia de cobro no podrá iniciar acciones legales sin la autorización previa por escrito de DSH.

Si se interpusiera una demanda, si se acordara o se resolviera el reclamo, si el reclamo se enviara a DSH y en cualquier otro asunto relacionado con la resolución del reclamo por parte del abogado, DSH tomará todas las decisiones relativas a la forma en que el abogado manejará el reclamo.

Tal y como se detalla en la sección (IV)(d)(v), el representante correspondiente autorizado de DSH debe aprobar por escrito y por adelantado cualquier solicitud de acción legal para cobrar una sentencia (es decir, embargo, retención, evaluación del deudor) con respecto a cada cuenta.

DSH debe reservarse el derecho a interrumpir las acciones de cobro en cualquier momento con respecto a cualquier cuenta específica.

La agencia de cobro debe comprometerse a indemnizar a DSH por cualquier infracción de los términos de su acuerdo escrito con DSH.

### **Aplicación de políticas precisas y coherentes**

Los representantes de la oficina de facturación de DSH capacitarán a los miembros del personal que trabajan en estrecha colaboración con los pacientes (incluidos los que trabajan en las áreas de registro e ingreso de pacientes, asistencia financiera, atención al cliente, facturación y cobro) sobre facturación, asistencia financiera, políticas y prácticas de cobro, y sobre tratar a todos los pacientes con dignidad y respeto, independientemente de si tienen seguro y de si pueden pagar los servicios.

DSH respetará los compromisos de ayuda financiera que se hayan aprobado en virtud de directrices de asistencia financiera anteriores.

**V. REFERENCIAS:**

- Sección estatutaria 501(r) de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica a Bajo Precio
- Cláusula H del Servicio de Impuestos Internos (formulario 990)
- Departamento del Tesoro, Servicio de Impuestos Internos, requisitos adicionales para los hospitales benéficos; normas propuestas: volumen 77, núm. 123, parte II, título 26 del Código de Regulaciones Federales, parte 1

**PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS Y OTROS MATERIALES**

- Sección estatutaria 501(r) de la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica a Bajo Precio
- Cláusula H del Servicio de Impuestos Internos (formulario 990)
- Departamento del Tesoro, Servicio de Impuestos Internos, requisitos adicionales para los hospitales benéficos; normas finales: volumen 79, núm. 250, parte II, título 26 del Código de Regulaciones Federales, parte 1
- Políticas en virtud de la Ley de Tratamiento Médico de Urgencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA) de Dunes Surgical Hospital