

Ciclo de ingresos

Ciclo de ingresos

Ayuda financiera

Fecha de entrada en vigencia: diciembre de 2003

Actualizaciones 06/07, 02/08, 5/09, 9/10, 12/10, 4/13, 1/14, 2/15, 12/15, 2/16, 12/16, 2/17, 7/17, 8/17

Documentos relacionados

1. Evaluación financiera del paciente
2. Comunicación de la asistencia financiera

POLÍTICAS ASOCIADAS

1. Política de crédito y cobranza

JUSTIFICACIÓN DE LA NORMA

PCH/PCMG se compromete a proveer asistencia financiera a quienes necesiten asistencia médica y que no tengan seguro o tengan seguros parciales o no reciban ayuda de programas gubernamentales y que no puedan pagar la asistencia médica que necesiten (*Medically Necessary Care*) en base a la situación financiera personal en la que se encuentren. En concordancia con su misión solidaria de brindar servicios de atención de salud de alta calidad accesibles económicamente y de representar a los indefensos y marginados, PCH/PCMG se esfuerza en asegurar que la capacidad financiera de quienes necesitan servicios de atención médica no sea un impedimento para que busquen y reciban la atención médica que necesitan.

Aquellos que tengan la capacidad financiera de obtener seguro médico deberán hacerlo como medio para acceder a los servicios de atención de salud, para su salud general y la protección de su patrimonio individual. PCH tiene una política de asistencia financiera con una escala de descuentos variable que considera niveles de apoyo financiero disponibles para personas sin seguro o subseguradas, en base a los ingresos familiares, las normas del índice federal de pobreza y la disponibilidad o no disponibilidad de recursos de pago.

El objetivo de la asistencia financiera de PCH/PCMG es identificar una fuente de pago para un paciente. Esto podría incluir entre otras cosas: cobertura por parte del empleador de los padres, los planes ofrecidos bajo el amparo de la Ley de Cobertura Médica Universal, Medicare/SSI, FES (Servicios Federales de Emergencia, proporcionados a través de AHCCCS), ICE (Servicio de Inmigración y Control de Aduanas) o la Sección 1011 (Servicios médicos de urgencia ofrecidos a extranjeros indocumentados).

Phoenix Children's Hospital

La asistencia financiera no sustituye la responsabilidad personal. Los pacientes deben colaborar con los procedimientos de PCH/PCMG para obtener asistencia financiera y contribuir con el costo de la atención recibida en base a la capacidad de pago que cada uno tenga.

Esta norma incluye:

- a. Los criterios de selección para recibir asistencia financiera;
 - b. La base para calcular la cantidad que se cobra a los pacientes que recibieron asistencia financiera;
 - c. El método que los pacientes deben seguir para solicitar asistencia financiera;
 - d. El método que el hospital utilizará para difundir públicamente la política en la comunidad que acude al hospital; y
 - e. El cálculo que el hospital utilizará para determinar la cantidad que el hospital cobrará por emergencias y otro tipo de atención médica necesaria a individuos cubiertos por la asistencia financiera, basado en la cantidad que el hospital factura generalmente a los pacientes con seguros privados y Medicare.
2. Los procedimientos de asistencia financiera observan lo siguiente:
- a. Requisitos de selección de pacientes de AHCCCS;
 - b. Requisitos de selección de Medicare que correspondan;
 - c. Regulaciones de la Agencia de Recaudación Impositiva (IRS) para organizaciones sin fines de lucro y otras regulaciones del gobierno federal;
 - d. Regulaciones del estado de Arizona para organizaciones sin fines de lucro y otras regulaciones estatales;
 - e. Pautas para seguros privados;
 - f. La Ley de Cobertura Médica Universal (*Affordable Care Act*); y
 - g. Ley de Transparencia de Precios de Arizona.

DEFINICIONES

1. Montos que generalmente se facturan (MGF). Limita los montos facturados por los servicios de emergencia y otros servicios de necesidad médica a personas que podrían recibir ayuda financiera de forma que no se les facture más que a los pacientes con seguro médico. PCH determina el MGF en base al porcentaje promedio del monto bruto que los seguros privados, AHCCCS y Medicare pagan

Phoenix Children's Hospital

por servicio, dividiendo la suma de los montos de todos los reclamos permitidos durante un período de 12 meses por la suma de los montos brutos asociados de esos reclamos.

2. Atención electiva. Servicios asistenciales para los cuales hay tiempo para programar.
3. Emergencias. Según definición de la EMTALA.
4. Familia. En base a la definición de Centro de Censos, familia es el grupo de dos o más personas emparentadas que residen bajo un mismo techo y que están vinculadas por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las reglas de la Agencia de Recaudación Impositiva (IRS), los dependientes declarados en la documentación del impuesto a los ingresos por el fiador/tercero responsable, podrían ser considerados dependientes para recibir Asistencia Financiera.
5. Ingresos familiares. El Centro de Censos define el Ingreso Familiar mediante el empleo del siguiente ingreso al computar la guía federal de pobreza:
 - a. Ingresos, compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, ingresos suplementarios por el seguro social, asistencia pública, pago a veteranos, beneficios al sobreviviente, pensión o ingreso por jubilación, intereses, dividendos, alquileres, derechos de propiedad, ingresos por renta de propiedades, fideicomiso, asistencia académica, pensión alimentaria al cónyuge, pensión alimentaria a menores, asistencia externa al hogar, y otras fuentes;
 - b. Los ingresos que no son en efectivo (como estampillas para alimentos y subsidios a la vivienda) no cuentan;
 - c. Determinados en base a los ingresos no gravados;
 - d. Excluye ganancias y pérdidas de capital; y
 - e. Si el individuo vive con la familia, incluye el ingreso de todos los familiares (no se incluyen los que no son familiares, como son otros residentes en el hogar).
6. Índice de Pobreza Federal (IPF). Una medida definida por el Departamento de Servicios de Salud y Humanos de Estados Unidos basada en los ingresos brutos y el tamaño de la familia para indicar el umbral de pobreza.
7. Cargos en valores brutos. Son los cargos totales de PCH y PCMG a los índices establecidos para brindar servicios de atención médica antes de aplicar las deducciones a las ganancias.
8. Necesidad Médica. Son los servicios y elementos razonables y necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad o lesión según la Administración Clínica de PCH.

Phoenix Children's Hospital

9. Escala normal de descuentos. Precios variables por los servicios en función de la capacidad de pago de un paciente.
10. Subasegurado. El paciente tiene cierto grado de cobertura por seguro o asistencia de un tercero y tiene gastos de los que se tiene que hacer cargo pero que exceden su capacidad financiera.
11. Sin seguro. El paciente no tiene seguro ni asistencia de terceros para cumplir con sus obligaciones de pago.

REGLAMENTO

Los siguientes servicios de atención de salud están cubiertos por la asistencia financiera:

1. Servicios de emergencia médica en una sala de emergencias;
2. Servicios de necesidad médica para tratar afecciones que, de no tratarse de inmediato, podrían devenir en cambios adversos para la salud de un individuo; y
3. Servicios necesarios brindados ante circunstancias que ponen en peligro la vida fuera de la sala de emergencias.

Criterios de selección y montos aplicados a los pacientes.

1. Asignación de asistencia financiera. La asistencia financiera se considerará para aquellos que no estén asegurados o estén subasegurados, y que no estén cubiertos por ningún programa gubernamental para la atención de la salud, y que no pueden pagar por su atención en base a la determinación de necesidad financiera que figura en esta Política.
2. Base para calcular el MGF. Los montos que correspondan a tratamientos de emergencia y a situaciones consideradas de 'Necesidad Médica' de quienes reciban la asistencia financiera descrita en esta norma, no podrán exceder el MGF que generalmente se factura para este tipo de atención. Actualmente se aplican estos porcentajes:
 - i. El porcentaje para pacientes internados es igual al 35.6 % del monto bruto.
 - ii. La atención ambulatoria del hospital es igual al 35.6 % del monto bruto.
 - iii. Para PCMG es igual al 44.7 % del monto bruto.
 - iv. El MGF no pertenece a la atención electiva.
3. Asistencia financiera para servicios de emergencia y programados que son necesarios desde el punto de vista médico. La asistencia financiera es el 'pagador de último recurso' por los servicios brindados por Phoenix Children's Hospital y el *Phoenix Children's Medical Group*. En el caso de pacientes en emergencias y

Phoenix Children's Hospital

urgencias, la información sobre la incapacidad de pago de un fiador/tercero responsable no puede revelarse del todo hasta después de brindarse los servicios. Por consiguiente, la evaluación de asistencia financiera no podrá completarse sino hasta contar con el conocimiento de todos los elementos necesarios para tomar una decisión.

Los servicios incluidos en esta norma se destinarán a los pacientes beneficiarios según distintas categorías que se agregan en el adjunto 1, teniendo en cuenta la situación financiera, según lo establecido en las normas del IPF en vigencia en el momento de la determinación financiera. Una vez que PCH determina que un paciente puede recibir asistencia financiera, ese paciente no recibirá facturas basadas en los montos brutos sin descuentos. Los montos facturados a los pacientes beneficiarios se basarán en lo siguiente:

- a. Atención ambulatoria programada. La asistencia financiera para servicios de necesidad médica programados y consultas de rutina programadas se determina también por el IPF según la tabla siguiente:

Servicios programados necesarios desde el punto de vista médico y atención de rutina programada:

Tipo de atención:	IPF: 0-100%	IPF: 101-150%	IPF: 151-225%	IPF: 226-300%
Atención primaria ambulatoria: Clínica Pediátrica General	\$10 cargo nominal	\$20 cargo nominal	\$30 cargo nominal	\$40 cargo nominal
Clínicas ambulatorias de atención especializada	\$20 cargo nominal	\$30 cargo nominal	\$40 cargo nominal	\$50 cargo nominal
Servicios ambulatorios auxiliares y de infusión	25% del plan de tarifas de AHCCCS	50% del plan de tarifas de AHCCCS	75% del plan de tarifas de AHCCCS	100% del plan de tarifas de AHCCCS

4. Presunción de asistencia financiera. La presunción de asistencia financiera se hará en base a la mejor información de que se disponga luego de agotar todos los medios para comunicarse con el paciente o fiador/tercero responsable y para obtener información financiera. La determinación podría hacerse durante el proceso de cobranza cuando se agoten los intentos de recoger información en ese momento. Los factores para determinar la presunción de asistencia financiera podrían incluir:

- Solicitudes de ayuda financiera;
- Domicilio extranjero sin la documentación apropiada de la sección 1011;
- Incapacidad de ubicar a las familias por teléfono o correo (teléfonos desconectados o retorno de la correspondencia);
- Puntaje crediticio de hasta 600, con incapacidad de pagar;

Phoenix Children's Hospital

- No reunir los requisitos para la cobertura por AHCCCS
- Paciente o fiador/tercero responsable sin hogar;
- Paciente o fiador/tercero responsable encarcelado;
- Cuentas de Medicaid: prescritas por ser tardías o por haber utilizado todas las prestaciones o por haber días sin cubrir.

Motivos de denegación de asistencia financiera. La falsificación de la información o la documentación incompleta provista por el paciente o fiador/tercero responsable será causa de denegación de asistencia financiera. En los casos en los que el paciente no puede aportar documentación para verificar los ingresos, PCH/PCMG podrán, a su criterio, verificar los ingresos del paciente o fiador/tercero responsable haciendo que firmen una solicitud de asistencia financiera en la que declara que la información aportada es veraz. En circunstancias especiales, el asesor financiero o el Gerente de Disponibilidad de Servicios Médicos podrán recibir una declaración oral del paciente en la que verifica la información aportada para realizar la evaluación financiera.

Método para solicitar asistencia financiera. Los pacientes o el fiador/tercero responsable deben solicitar asistencia financiera antes, durante o dentro de un tiempo razonable de haber recibido atención médica.

1. Solicitud de asistencia financiera. Los pacientes o el fiador/tercero responsable pueden solicitar asistencia financiera en el departamento de asesoramiento financiero o en el de atención al cliente en persona, a través del sitio web de PCH, <http://www.phoenixchildrens.org/>, por teléfono o correo, a través de un representante, de un familiar o de un tercero. La necesidad financiera se determinará de acuerdo con métodos que incluyen la evaluación individual de la necesidad financiera; y además:
 - a. Un proceso de solicitud en el cual el paciente o el fiador deben colaborar y aportar información personal, financiera y la que sea necesaria además de la documentación pertinente para determinar la necesidad financiera;
 - b. Fuentes externas de información de dominio público para obtener información sobre la capacidad del paciente o del fiador del paciente para pagar (como el puntaje de crédito);
 - c. Esfuerzos razonables de PCH/PCMG para explorar fuentes alternativas apropiadas de pago y cobertura de programas de pago públicos y privados; y asistir a pacientes en la solicitud de tales programas;
 - d. Tener en cuenta el patrimonio disponible del paciente o el fiador/tercero responsable y otras fuentes financieras que posea; y
 - e. La revisión de las cuentas por cobrar pendientes del paciente o el fiador/tercero responsable por servicios recibidos y los antecedentes de pago del paciente o el fiador/tercero responsable.

Phoenix Children's Hospital

2. Solicitud de asistencia financiera. Para servicios de rutina y de necesidad médica que no sean de emergencia se necesita la solicitud de asistencia financiera y la determinación de necesidad financiera antes de brindar servicios. Sin embargo, la determinación podrá hacerse en cualquier momento del ciclo de cobranzas. (*This statement needs to be revisited with Legal advice regarding taking out the not required statement for determination of non-medically necessary services*).
3. La necesidad de asistencia financiera será reevaluada cada 180 días para pacientes recurrentes y cada vez que se brinde un servicio si la última evaluación financiera se completó más de un año antes. Además, se revisará el caso cuando se reciba información pertinente para determinar si al paciente le corresponde recibir asistencia financiera.
4. Notificación de la decisión. PCH/PCMG notificará al paciente si le corresponde recibir asistencia financiera dentro de un período razonable (por lo general 30 días) a partir del momento en que recibe la solicitud de asistencia financiera del paciente o fiador/tercero responsable. PCH/PCMG también comunicará al paciente sus responsabilidades según lo fijado en esta norma.
5. Cambio de circunstancias. Los pacientes o el fiador/tercero responsable podrá reenviar la solicitud de asistencia financiera cuando los ingresos, el patrimonio o la responsabilidad familiar cambien. Los montos pagados en exceso realizados antes de aprobar la asistencia financiera, podrán ser reembolsados si luego se determina que al paciente le corresponde la asistencia financiera. Además, el descuento se podrá revertir si con posterioridad se descubre que la información en la que se basó se debió a un error.

Facturación y proceso de cobranza. Si se deniega la asistencia financiera o si el paciente o fiador/tercero responsable no reúnen el 100 % de los criterios para cancelar la deuda, PCH/PCMG seguirá el proceso convencional para determinar el crédito y la cobranza.

Investigación razonable. De manera razonable, PCH/PCMG intentará determinar si un individuo recibirá asistencia financiera antes de derivarlo a una agencia de cobranzas. PCH/PCMG no demandará legalmente por falta de pago de las facturas a los pacientes o terceros con asistencia financiera que demostraran claramente que no tienen ingresos suficientes ni patrimonio para cumplir con las obligaciones financieras. Remítase al enlace de la Norma de crédito y cobranza incluido en el Anexo A.

1. Sistema de cobranza. PCH no ejecutará embargos preventivos para forzar una venta ni solicitará la ejecución hipotecaria de la residencia principal del paciente o fiador/tercero responsable que reciban asistencia financiera para pagar facturas médicas morosas. PCH no exigirá una orden de arresto para lograr que el paciente o tercero responsable que reciben asistencia financiera comparezcan ante la justicia. PCH podría denunciar a los pacientes con asistencia financiera a las agencias de calificación de crédito cuando no cumplan con los planes de pago reducido y haya pruebas de que el paciente con asistencia financiera tiene

Phoenix Children's Hospital

ingresos o patrimonio suficientes para cumplir con la obligación. El paciente o fiador/tercero responsable son responsables de denunciar los cambios en sus ingresos que podrían afectar su capacidad de pago a PCH. PCH se encargará de que las pautas indicadas anteriormente se cumplan con las agencias de cobranza externas que participen en la obtención de pagos de facturas morosas de pacientes con asistencia financiera.

2. Cobranza a terceros. En esta norma, nada impide que PCH/PCMG persigan el reembolso de terceros, de acuerdos de pagos a terceros u otras partes legalmente responsables.

Difusión de la política de asistencia financiera.

PCH difundirá la existencia de asistencia financiera a todos los pacientes y fiadores/terceros responsables que se expresen en idiomas que son apropiadas en áreas de servicio de PCH, incluyendo, como ejemplo, las siguientes:

1. Cartelería, información y folletos en las áreas pertinentes de PCH.
2. Resumen en lenguaje corriente, exhibido claramente en inglés y español en la zona de registro de pacientes y listo para entregar durante la facturación.
3. Asesores financieros e intérpretes que expliquen la norma de asistencia financiera de PCH.
4. Estado de cuenta hospitalaria. Disponibilidad de asistencia financiera y un número de teléfono para pedir información.
5. Información sobre la disponibilidad de asistencia financiera también exhibida en el sitio de internet de PCH.

LINEAMIENTOS DEL MÉTODO

Pautas del programa de asistencia financiera:

Responsabilidad:	Acción:
Asesores financieros	<p>1. Determinarán si el paciente, progenitor o el tercero responsable recibirá asistencia financiera antes de recibir servicios de Necesidad Médica que no sean de emergencia en el momento de la admisión o lo antes posible después de ocurrida la admisión. La necesidad de asistencia financiera será reevaluada cada 90 días para pacientes recurrentes y cada vez que se brinde un servicio si la última evaluación financiera se completó más de un año antes, Además, se revisará el caso cuando se reciba información pertinente para determinar si al paciente le corresponde recibir asistencia financiera.</p> <p>NOTA: La determinación de asistencia financiera se basa en los ingresos familiares - el ingreso bruto de los padres o del tercero y el número de familiares en el hogar. A quienes corresponda en base a los ingresos familiares tienen que estar incluidos en la definición de la Agencia de Recaudación Impositiva (IRS, publicación 501) sobre los requisitos para considerar un dependiente.</p>

	<ol style="list-style-type: none">2. La asistencia financiera puede otorgarse para servicios pertinentes en las siguientes circunstancias:<ol style="list-style-type: none">a. Cobertura limitada del tercero.b. Denegación de la cobertura a tercero.c. Pacientes en AHCCCS u otros sistemas de gran envergadura con aporte gubernamental.d. Asistencia de AHCCCS denegada por cualquier razón, excepto por falta de cumplimiento.e. La asistencia para el pago de la prima podrá otorgarse aplicando los mismos criterios de asistencia financiera para la atención clínica.3. Obtener documentación para asegurar que el paciente demostró de forma apropiada y formal la necesidad financiera de la asistencia financiera solicitada. Tipo de documentación incluida:<ol style="list-style-type: none">a. Una declaración financiera del paciente de Phoenix Children's Hospital.b. Documentación probatoria incluyendo seguro social o partida de nacimiento, comprobantes de sueldo de dos meses, declaración impositiva de años anteriores, y saldos bancarios y de inversión.c. Comprobante de solicitud de AHCCCS y denegación si corresponde.d. Comprobante de aprobación de seguro médico privado y denegación si corresponde.e. Informes crediticios.f. Documentación probatoria sobre ingresos brutos.
--	---

4. La aprobación de la asistencia financiera pasará por los siguientes niveles:
 - a. Hasta \$50,000: Directores del Ciclo de Ganancias
 - b. \$50,001-\$99,999: Vicepresidente del Ciclo de Ganancias
 - c. \$100,000 y superior: Director Ejecutivo de Finanzas (*Chief Financial Officer*) (u otro ejecutivo de PCH según su criterio)
5. El informe financiero para la asistencia financiera se calculará y difundirá como la suma de lo siguiente:
 - a. Presunción de asistencia financiera codificada como tal por los Servicios de Finanzas para Pacientes.
 - b. Presunción de asistencia financiera para cuentas referidas por cobranzas de terceros bajo las siguientes pautas:
 - Pasados 180 días desde la fecha de diferimiento, se revisarán las cuentas y se presumirán como Asistencia financiera las siguientes:
 1. Todas las cuentas cubiertas por AHCCCS.
 2. Todas las otras cuentas con saldos por encima de \$1,000 se revisarán en base a una muestra para determinar el porcentaje de cuentas que estarían bajo asistencia financiera o deudas incobrables. (El porcentaje establecido para la presunción de Asistencia Financiera a partir de los cálculos presentados más arriba se aplicará a la población para calcular la asistencia financiera).

Phoenix Children's Hospital

Apéndice A:

Lista de médicos - No pertenecientes a PCMG



Roster_V1.xlsx



Financial Assistance
Evaluation.docx

Norma de crédito y cobranza



Credit and Collection
policy (2-2014).pdf

Información sobre la política y antecedentes:					
Manual -	<i>Administrativo</i>	Sección:	<i>Leave this blank – it will be filled in by the P&P Coordinator.</i>	Página de inicio:	<i>Leave this blank – it will be filled in by the P&P Coordinator.</i>
Fechas de creación /revisión /edición -			<i>Anotar la fecha aproximada de creación de la política.</i>		
Revisado por -				Fecha:	
<i>Nanette Simpson, Director, Disponibilidad de Servicios</i>				<i>Fecha 1ro. de agosto de 2017</i>	
<i>Linda Flink, VP, Ciclo de Ganancias Hospitalarias</i>				<i>Fecha 1ro. de agosto de 2017</i>	
<i>Claire Agnew, VP, PCMG Ciclo de Ganancias</i>				<i>Fecha 1ro. de agosto de 2017</i>	
<i>Craig McKnight, Vicepresidente Ejecutivo y Jefe Ejecutivo Financiero</i>				<i>Fecha 1ro. de agosto de 2017</i>	

Phoenix Children's Hospital

ANEXO 1

Tabla de asistencia financiera para servicios de pacientes con necesidad médica de emergencias y no programados

La tabla indica los porcentajes de cancelación basados de asistencia financiera en los montos brutos según el nivel de ingreso (Nivel de Pobreza para todos los estados excepto Alaska y Hawaii).

Número de familiares	100%	150%	225%	300%
1	\$12,060	\$18,090	\$27,135	\$36,180
2	\$16,240	\$24,360	\$36,540	\$48,720
3	\$20,420	\$30,630	\$45,945	\$61,260
4	\$24,600	\$36,900	\$55,350	\$73,800
5	\$28,780	\$43,170	\$64,755	\$86,340
6	\$32,960	\$49,440	\$74,160	\$98,880
7	\$37,140	\$55,710	\$83,565	\$111,420
8	\$41,320	\$61,980	\$92,970	\$123,960
Por cada persona incorporada agregar	\$4,180	\$4,180	\$4,180	\$4,180
Descuento	100%	75%	50%	25%

* fuente - <https://aspe.hhs.gov/poverty/14fedreg.cfm>, *Federal Register* del 15 de febrero de 2017.