



Título: Asistencia financiera – UnityPoint Health Proveedores no hospitalarios

1.BR.34(a)

Fecha de entrada en vigencia: 02/11/15; Rev.: 01/16

POLÍTICA: Los proveedores no hospitalarios (“Proveedores”) de Iowa Health System, nombre comercial de UnityPoint Health (“UPH”), cumplirán las misiones de caridad mediante la entrega de atención médica necesaria por razones médicas a todos los pacientes, sin tener en cuenta la capacidad de pago del paciente. Los proveedores de UPH proporcionarán descuentos justos y protección financiera a los pacientes elegibles.

ALCANCE: Todas las clínicas autónomas, las agencias de salud domiciliaria/proveedores de equipo médico duradero autónomos, los centros quirúrgicos ambulatorios autónomos de propiedad absoluta y los centros de salud mental para pacientes ambulatorios autónomos de UnityPoint. Esta Política no rige los servicios que se proporcionen en centros minoristas, como Virtual Care.

PRINCIPIOS: Los proveedores atenderán las necesidades de atención médica que sean necesarias por razones médicas a todos los pacientes que buscan atención, sin tomar en cuenta la capacidad financiera que tengan para pagar los servicios proporcionados. De igual forma, los pacientes que pueden pagar tienen la obligación de procurarse una cobertura de seguro al alcance de su bolsillo y de pagar los servicios, y los proveedores tienen la responsabilidad de solicitar a estas personas el pago.

El propósito de esta Política es describir las circunstancias bajo las cuales los proveedores proporcionarán atención gratuita o con descuento a los pacientes que no pueden pagar los servicios.

1. Pautas para la asistencia financiera. La asistencia financiera estará disponible únicamente para servicios de atención médica necesarios por razones médicas que presenten las personas que cumplan con los criterios y requisitos que contiene esta Política. Los descuentos se basarán en las pautas a continuación, a menos que los requisitos establecidos en las leyes estatales tengan precedencia.

1.1 En el caso de los pacientes en necesidad financiera que tengan ingresos inferiores al 400 % de los Niveles Federales de Ingresos de Pobreza (Federal Poverty Income Guidelines, FPIG), la responsabilidad será reducida en función de la siguiente tabla:

Descuento	Niveles Federales de Ingresos de Pobreza del año en curso según tamaño de la familia
100 %	Ingreso familiar menor o igual al 200 % de los FPIG
80 %	Ingreso familiar de 201 % a 225 % de los FPIG
60 %	Ingreso familiar de 226 % a 250 % de los FPIG
40 %	Ingreso familiar de 251 % a 300 % de los FPIG
20 %	Ingreso familiar de 301 % a 400 % de los FPIG
0 %	Ingreso familiar mayor que el 400 % de los FPIG

1.2 Los Niveles Federales de Ingresos de Pobreza serán actualizados en forma anual a partir de las actualizaciones publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

- 1.3 El ingreso del grupo familiar se tendrá en cuenta para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia. El ingreso del grupo familiar incluye, pero no se limita, a lo siguiente: parejas casadas tradicionales, hijos (biológicos, hijastros o adoptados) y parejas que viven juntas. (En el caso de las parejas casadas o que vivan juntas, se requiere que las partes se presenten como una pareja y compartan gastos, ya sean del mismo sexo o de sexo masculino/femenino).
- 1.4 Elegibilidad presunta. Los pacientes que reúnan los requisitos y que estén recibiendo los beneficios de los siguientes programas se pueden presumir elegibles para recibir un 100 % de asistencia financiera:
 - 1.4.1 Programa de Cupones para Alimentos del Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de Estados Unidos.
 - 1.4.2 Elegibilidad limitada – Personas indocumentadas ilegales/ventana de emergencia de 3 días. El Departamento de Servicios Humanos de Iowa permite hasta tres días de beneficios de Medicaid a pagar por el costo de servicios de emergencia para las personas indocumentadas que no cumplan con los requisitos de ciudadanía, condición de extranjero o número de seguridad social. Los servicios de emergencia deben ser proporcionados en un hospital, clínica u oficina que pueda brindar la atención médica requerida después de haberse producido la afección médica de emergencia. La elegibilidad presunta para esta categoría se considerará válida por 6 meses a partir de la fecha del evento emergente.
 - 1.4.3 Programa de Medicaid (sin incluir el período de bloqueo y/o el programa de excedente de ingresos).
 - 1.4.4 Asistencia nutricional para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, “WIC”).
 - 1.4.5 Los pacientes que cumplan con los requisitos de elegibilidad presunta podrán recibir asistencia financiera sin completar la solicitud de asistencia financiera. Se debe obtener y archivar la documentación que respalde que el paciente reúne los requisitos para participar en un programa. La documentación puede incluir una copia de una tarjeta emitida por el gobierno u otra documentación que indique la elegibilidad o el cumplimiento de los requisitos, o una impresión de pantalla de una página web que indique la elegibilidad del paciente. A menos que se indique lo contrario, un paciente que se presuma elegible en virtud de estos criterios presuntivos continuará siendo elegible por los seis meses siguientes a la fecha de la aprobación inicial, a menos que el personal del hospital tenga razones para creer que el paciente ya no cumple con los criterios presuntivos.
- 1.5 Según lo indica esta Política, se pueden otorgar exenciones o descuentos de Medicare o copagos o deducibles de Medicaid basados en la necesidad financiera.

- 1.6 Indigencia médica. Se puede proporcionar asistencia financiera a los pacientes en estado de indigencia médica. Los pacientes en estado de “indigencia médica” son quienes no pueden pagar las facturas médicas, totales o parciales, porque las facturas médicas superan un porcentaje determinado del ingreso de su grupo familiar (por ejemplo, debido a costos o a afecciones catastróficas), aunque tengan ingresos que de otro modo superarían los requisitos de elegibilidad que por lo general se aplican de conformidad con las pautas de UPH para obtener atención gratuita o con descuento.
 - 1.6.1 El paciente solicitará asistencia financiera de conformidad con esta Política. El paciente suministrará documentación que respalde el estado de indigencia médica. Algunos ejemplos de documentación que puede utilizarse son, entre otros, copias de las facturas médicas del paciente, información relacionada con los costos de fármacos del paciente y otras pruebas de costos de atención médica respecto de los cuales el paciente sea responsable.
 - 1.6.2. En la mayoría de los casos, se esperará que el paciente pague una parte de la factura médica.
2. Descuentos para pacientes de programas patrocinados por el gobierno (Medicare o Medicaid).
 - 2.1 Los proveedores pueden eximir o reducir el coseguro o los deducibles de Medicare o Medicaid según la necesidad financiera únicamente si se cumplen los siguientes requisitos:
 - 2.1.1 La exención o el descuento no está publicitado. (Es adecuado informar a los pacientes de manera individual que las exenciones de copagos o deducibles en caso de necesidad financiera son factibles y el paciente puede solicitar dichos beneficios en el momento, o inmediatamente antes, de que se le proporcione tratamiento).
 - 2.1.2 El descuento no se ofrece en forma rutinaria, sino únicamente a aquellos pacientes en necesidad financiera que deseen solicitarlo.
 - 2.1.3 La exención o el descuento satisface una de las siguientes condiciones:
 - 2.1.3.1 La exención o el descuento se realiza luego de una evaluación individualizada de buena fe de la necesidad financiera;
 - 2.1.3.2 La exención o el descuento se realiza después de que han fallado los esfuerzos razonables llevados a cabo para cobrar el copago, los deducibles o el pago completo al paciente; o
 - 2.1.3.3 La exención o el descuento se encuentra en el acuerdo de una reclamación en disputa resultante de servicios proporcionados al beneficiario.

- 2.2 Los registros por escrito que documenten las razones de cada exención o descuento se considerarán documentos de respaldo de informes de costos y, por lo tanto, serán retenidos como tales de conformidad con la Política 1.AD.03, Retención de registros.
3. Comunicación de la disponibilidad de atención de caridad y asistencia financiera.
- 3.1 Responsabilidades del centro de atención médica. Los proveedores tendrán medios para comunicar ampliamente la disponibilidad de atención de caridad y asistencia financiera a todos los pacientes y en la comunidad atendida por el proveedor. Algunos ejemplos de mecanismos que pueden utilizar los proveedores para hacer esto son:
- 3.1.1 Colocar letreros, información o folletos en áreas adecuadas del proveedor (por ejemplo, áreas de registro y pago/caja) que indiquen que el proveedor ofrece atención de caridad y que describan la forma de obtener más información acerca de la asistencia financiera.
- 3.1.2 Colocar una nota en la factura de atención médica y en las declaraciones sobre cómo solicitar información acerca de la asistencia financiera.
- 3.1.3 Colocar un aviso en la página principal del sitio web del proveedor.
- 3.1.4 Colocar un aviso que resuma la política del proveedor en relación con la atención de caridad y la asistencia financiera en un medio de comunicación de circulación general en la comunidad al menos dos veces al año.
- 3.1.5 Designar departamentos o personas que puedan explicar la política de atención de caridad del proveedor.
- 3.1.6 Se le indicará al personal que interactúa con los pacientes que dirijan las preguntas sobre la política de atención de caridad al representante del proveedor adecuado.
- 3.2 Después de la recepción de la solicitud de asistencia financiera del paciente y de la otra documentación necesaria para determinar la elegibilidad para asistencia financiera, el paciente será notificado de la determinación en cuanto a su elegibilidad dentro de un período razonable de tiempo.
4. Responsabilidades del paciente respecto a la asistencia financiera. Si corresponde, antes de ser considerado para la asistencia financiera, el paciente o la familia deben colaborar con el proveedor y proporcionar información y documentación para solicitar otros recursos financieros que pudieran estar disponibles para pagar la atención médica del paciente, tales como Medicaid, Medicare, responsabilidad civil, etc. Los pacientes con una cobertura médica válida a través de proveedores que no formen parte de la red de UPH deben recurrir a su red primaria antes de ser considerados para recibir asistencia financiera.

- 4.1 Para ser considerado para recibir atención de caridad o asistencia financiera, el paciente o la familia deben entregar al proveedor una solicitud debidamente llenada provista por el proveedor o, si se les solicita, documentación que respalde la información proporcionada en la solicitud.
 - 4.2 En caso de que el paciente no reúna los requisitos para recibir atención de caridad o asistencia financiera después de proporcionar la información y la documentación solicitadas, el paciente puede volver a presentar una solicitud si existe un cambio en su ingreso.
 - 4.3 Un paciente que reúna los requisitos para recibir descuentos parciales debe colaborar con el proveedor para establecer un plan de pago razonable que tenga en cuenta los ingresos, el monto de la(s) factura(s) con descuento y cualquier pago anterior.
 - 4.4 Los pacientes que reúnan los requisitos para recibir descuentos parciales deben hacer esfuerzos de buena fe para cumplir con los planes de pago de las facturas de atención médica con descuento. Los pacientes son responsables de comunicar al proveedor cualquier cambio en su situación financiera que pueda afectar la capacidad de pagar las facturas de atención médica con descuento o para cumplir con las disposiciones de los planes de pago.
5. Pautas de cobranza. Los intentos de cobranza no incluirán retenciones de salario ni otros embargos de procesos legales sin la autorización previa de la Oficina de Facturación de la Clínica, el director de Finanzas del proveedor o el oficial de Cumplimiento. No se realizará la incautación o el embargo de la propiedad personal (que no sea dinero en efectivo o equivalentes de dinero en efectivo). El registro de sentencia automáticamente afecta los bienes raíces; sin embargo, no se realizará el embargo de la residencia principal del paciente.

Firmado por William B. Leaver

William B. Leaver
Presidente de UPH