

St. Joseph's / Candler Health System, Inc.	<p style="text-align: center;">Política Administrativa</p> <p style="text-align: center;">Título: Asistencia financiera, facturación y cobro</p>	<p>Número de póliza: 1220-A Fecha de entrada en vigor: 07/22/2019 Página 1 de 12</p>
---	--	--

Declaración sobre la política

Joseph's/Candler Health System ("SJ/C") tiene como política proporcionar servicios de atención médica a los pacientes sin importar su capacidad de pago y brindar asistencia financiera a aquellos que reúnan los requisitos necesarios. No se denegará a ningún paciente la atención de urgencia u otra Atención Médicamente Necesaria por motivos de capacidad de pago, raza, color, religión, credo, sexo, país de origen, edad, discapacidad, identidad ni expresión de género.

SJ/C ofrece asistencia financiera a aquellos pacientes que necesitan atención de emergencia u otra Atención Médicamente Necesaria, pero que pueden demostrar su incapacidad para pagar la totalidad o una parte de los gastos normalmente debidos. Los pacientes que no tengan capacidad financiera para pagar los cargos de SJ/C serán evaluados para determinar si cumplen los requisitos de Medicaid y otros programas estatales y/o serán evaluados de conformidad con las directrices preestablecidas para la asistencia financiera, y se les proporcionará información sobre cómo solicitarla.

SJ/C pondrá a disposición dicha asistencia financiera sin considerar la raza, el color, la religión, el credo, el sexo, país de origen, la edad, la discapacidad, la identidad ni la expresión de género de dicha persona, o cualquier otra clasificación prohibida por la ley. Al ofrecer los Descuentos, SJ/C se esforzará por tratar a las personas en situación similar de manera sustancialmente semejante. SJ/C no ofrecerá ningún Descuento con el fin de generar negocios pagaderos bajo un programa federal de atención médica o para influir en la selección de dicho beneficiario de un proveedor, practicante o distribuidor en particular.

La política de asistencia financiera contenida en el presente documento se aplica de forma coherente a todos los cuidados de emergencia y otra Atención Médicamente Necesaria proporcionados por SJ/C en los siguientes centros:

- St. Joseph's Hospital
- Candler Hospital
- SJ/C Medical Group (Grupo médico)
- SJ/C Oncology Services (Servicios oncológicos)
- SJ/C Home Health Services

Esta política requiere la aprobación del Consejo de Administración de SJ/C. Cualquier cambio sustancial en esta política requerirá la aprobación de dicho órgano de gobierno o de las partes autorizadas por el órgano de gobierno para actuar en su nombre, según lo permitido por la ley estatal.

Objetivo

- Proporcionar un marco para informar a los pacientes o a las partes responsables sobre sus obligaciones financieras por los servicios de atención médica, ayudarlos a resolver su responsabilidad financiera y brindarles asesoría sobre la cobertura del seguro.
- Proporcionar directrices y criterios de elegibilidad objetivos y coherentes para su uso en la determinación de la situación financiera de los pacientes, de modo que se pueda realizar una clasificación y distinción adecuadas entre los importes incobrables derivados de la incapacidad de pago de un paciente y los derivados de la falta de voluntad de pago de un paciente.
- Identificar a las personas que necesitan asistencia financiera al principio del ciclo de cobro y reducir el tiempo que se tarda en saldar una cuenta.
- Explicar la forma en la que los pacientes pueden solicitar asistencia financiera.
- Ofrecer un descuento a los Pacientes no Asegurados que dé lugar a cargos iguales a los Importes Generalmente Facturados (AGB).
- Definir el método utilizado para calcular los AGB y cómo obtener esta información de forma gratuita.
- Facilitar el flujo de caja ofreciendo un descuento por pronto pago a los pacientes con un saldo de pago por cuenta propia.
- Simplificar el proceso para los pacientes y reducir los trámites tanto para el paciente como para el personal de SJ/C en el momento del servicio.
- Reunir y mantener los datos para justificar la incapacidad de pago de un paciente y cumplir los requisitos del artículo 501(r) del Código de Rentas Internas y los requisitos de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio para los hospitales bajo el artículo 501(c) (3).

Entidades a las que se aplica esta política

St. Joseph's Hospital, Candler Hospital, SJ/C Medical Group (puede encontrar una lista de SJ/C Medical Group en el sitio web de SJ/C), SJ/C Oncology Services y SJ/C Home Health Services

Entidades a las que no se aplica esta política

Chatham Radiologists, Georgia Emergency Physicians, Pathology Associates, Coastal EMS, Southside Fire/EMS Ambulance Service, SemperCare, Candler Retail Pharmacy, American Anesthesiology Associates of Georgia, y cualquier médico con privilegios de admisión que no figure como parte de SJ/C Medical Group.

Definición de términos

Importes Generalmente Facturados (AGB): importe por el que se calculan los gastos de los Pacientes no Asegurados. A los Pacientes no Asegurados no se les cobrará más por las emergencias u otros eventos de Atención Médicamente Necesaria que los AGB de los pacientes que tienen cobertura de seguro. Para calcular los AGB, SJ/C utiliza el método de revisión retrospectiva que incluye la experiencia de ambas instalaciones hospitalarias. El método de revisión retrospectiva utiliza los datos de Medicare y de las aseguradoras médicas privadas basados en el ejercicio fiscal de 12 meses anterior para determinar el porcentaje de los AGB aplicados. El porcentaje de los AGB utilizado por SJ/C y el método con el que se determinó está disponible de forma gratuita en el Departamento de Atención al Cliente. Puede ponerse en contacto con el Servicio de Atención al Cliente llamando al 912-819-8455 o al 800-374-7054.

Oficina de Facturación Centralizada (CBO): compañeros de trabajo de SJ/C que completan la facturación de los pacientes y los cobros en nombre de los médicos empleados por SJ/C.

Descuento: reducción del saldo de la cuenta del paciente (hasta el 100% de los gastos brutos).

Acciones Extraordinarias de Cobro (ECA): cualquier acción tomada por SJ/C (o cualquier agente de SJ/C, incluyendo una agencia de cobros) contra un individuo relacionada con la obtención del pago de una factura cubierta bajo esta política que requiere un proceso legal o judicial, implica la venta de la deuda de un individuo a otra parte, o la presentación de información adversa sobre el individuo a las agencias de informes de crédito del consumidor o agencias de crédito. Poner una cuenta en manos de un tercero para su cobro no constituye una ECA.

Descuento de la política de asistencia financiera (FAP): porcentaje de descuento del saldo de la cuenta del paciente basado en su capacidad de pago.

Asesores de Soluciones Financieras: compañeros de trabajo de SJ/C que verifican la cobertura de seguro adecuada, aseguran el pago de deducibles y otros saldos estimados de pago por cuenta propia, quienes proporcionan asistencia para aquellos que no pueden pagar mediante la remisión a Medicaid u otros programas estatales, y proporcionan orientación con la FAP.

Directrices Federales de Pobreza (FPG): determinadas por el gobierno de los Estados Unidos y publicadas anualmente en el Registro Federal. Las FPG se basan en el tamaño de la familia y en sus ingresos. Los FPG se utilizan para determinar la elegibilidad de un paciente para la asistencia financiera de Medicaid y la FAP de SJ/C.

Cargos brutos: precio completo y establecido por la atención médica que las entidades de SJ/C cobran de forma coherente y uniforme a todos los pacientes antes de las asignaciones contractuales, Descuentos u otras deducciones.

Asegurado: situación de un paciente con seguro o cobertura de terceros que paga la totalidad o una parte de los gastos brutos del paciente por los servicios médicos. Esta categoría incluye a los pacientes cubiertos por un pagador gubernamental como Medicare, Medicaid, Champus y las prestaciones autorizadas a los veteranos, así como a los pagadores privados como Medicare Advantage, las organizaciones de atención gestionada de Medicaid, la atención comercial o gestionada, el automóvil y la compensación de los trabajadores.

Medicamento necesario: servicios médicos basados en las prácticas médicas generalmente aceptadas a la luz de las condiciones en el momento del tratamiento que es apropiado y coherente con el diagnóstico del médico tratante y cuya omisión podría afectar negativamente a la condición del paciente. Esta clasificación no infringe ni engloba la clasificación de emergente ni las leyes EMTALA asociadas a esa designación. Si el paciente considera que el servicio ordenado requiere un tratamiento inmediato o urgente, puede solicitar la revisión de la orden poniéndose en contacto con la Oficina de Asuntos Médicos en el 912-819-6670 o en el 912-819-3338.

Caridad razonable: descuento aplicado al saldo pendiente de una cuenta de paciente con base en la información de las FPG proporcionada por un proveedor de puntuación. Este Descuento se aplica al final del saldo del ciclo de facturación de pago por cuenta propia activo.

Descuento por Pronto Pago: un descuento del 5% del saldo de la cuenta de pago por cuenta propia del paciente (incluyendo cualquier copago o deducible) se proporciona antes o en el momento del servicio. El descuento de Pronto Pago está disponible para los pacientes del Hospital y de los Servicios de Oncología, sin importar su capacidad de pago (este descuento no está disponible para los pacientes del Grupo Médico). Este Descuento es un ajuste administrativo y no se considera una asistencia financiera.

Proveedor de puntuación: empresa de software contratada por SJ/C para proporcionar una calificación financiera (calculada con base en la información de la oficina de crédito, como activos, pagos de hipotecas, préstamos para automóviles, deudas de tarjetas de crédito y otros antecedentes financieros) para los pacientes. La calificación financiera se utiliza como factor para determinar la capacidad de pago del paciente. SJ/C contrata actualmente este servicio con Experian.

Descuento por pago por cuenta propia: un porcentaje de Descuento del saldo de la cuenta de pago por cuenta propia del paciente con base en su condición de no asegurado. Los pacientes de los Servicios Hospitalarios y Oncológicos no asegurados tienen derecho a un Descuento por Pago por Cuenta Propia con base en los AGB más recientes. Los pacientes del Grupo Médico no asegurados tienen derecho a un descuento de pago por cuenta propia del 50% si pagan en el momento del servicio, sin importar su capacidad de pago.

Consulta interna: una consulta que se refleja en el informe de la oficina de crédito de un paciente, pero que no es notificable a ninguna entidad externa, y que solo puede ver el paciente. Esto no tiene ningún impacto en la puntuación de crédito del paciente y está permitida por la Ley Federal debido a que el proveedor extiende el crédito al paciente al no requerir que el paciente pague por adelantado por cualquier servicio que el proveedor pueda prestar.

No asegurado: situación de un paciente sin seguro o cobertura de terceros que no tiene derecho a Medicaid u otra asistencia estatal. Un paciente también puede ser clasificado como “no asegurado” si el paciente está asegurado, pero la aseguradora se niega a pagar los servicios médicos prestados por razones como condiciones preexistentes, proveedor fuera de la red, etc. Se excluirá a los pacientes que tengan acceso a prestaciones de seguro de automóvil de cualquier tipo, compensación de trabajadores, fondos para víctimas de delitos, etc., así como a los pacientes que se nieguen o no cumplan los requisitos que permitirían la cobertura de un programa gubernamental o no gubernamental.

Procedimientos

I. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

SJ/C ofrece asistencia financiera a los pacientes que necesitan atención de emergencia u otra Atención Médicamente Necesaria, pero que pueden demostrar su incapacidad para pagar la totalidad o una parte del importe cobrado por los servicios médicos.

Los pacientes que no tienen capacidad económica para pagar son evaluados para que puedan acogerse a Medicaid o a otros programas estatales de asistencia. Un paciente es automáticamente elegible para la asistencia financiera si tiene Medicaid o si califica para los beneficios de EBT. Se debe obtener un comprobante de esta elegibilidad. Los pacientes que no son elegibles para Medicaid u otros programas

de asistencia estatales son evaluados para recibir asistencia financiera bajo la Política de Asistencia Financiera (FAP) de SJ/C. La asistencia financiera de SJ/C se ofrece en forma de Descuento de la FAP o como atención gratuita.

La elegibilidad para la asistencia financiera a los Pacientes no Asegurados y asegurados con un saldo de pago por cuenta propia se basa en las FPG, los ingresos del hogar del paciente, los activos personales y la cantidad de deuda médica pagadera a SJ/C de la que el paciente es responsable. Una vez recibida la Solicitud de Asistencia Financiera completada por el paciente y el comprobante de ingresos, el nivel de asistencia financiera se determina utilizando una escala móvil basada en los Cargos Brutos o el saldo adeudado después del pago del seguro. En los anexos A, B, C, D y E (adjuntos) figuran las tablas utilizadas para determinar la categoría de ingresos aplicable y el porcentaje de descuento aplicado al saldo de la cuenta del paciente. Los anexos B y C aplican únicamente a los servicios prestados por los hospitales o por SJ/C Oncology Services - Hilton Head. Los anexos D y E aplican únicamente a los servicios prestados por el Grupo Médico, SJ/C Home Health Services y SJ/C Oncology Services - Savannah. Los Cargos Brutos de todos los tratamientos de emergencia y médicamente necesarios proporcionados por SJ/C son elegibles para un descuento FAP si el paciente reúne los requisitos.

II. MÉTODO PARA SOLICITAR ASISTENCIA

Para solicitar la asistencia financiera, los pacientes deben completar una solicitud de una página (véase el Anexo F adjunto) y proporcionar un comprobante de ingresos. Las solicitudes están disponibles en las Oficinas de Registro, con los Asesores de Soluciones Financieras, los representantes del Servicio de Atención al Cliente o en línea en www.sjchs.org. Los Asesores de Soluciones Financieras están disponibles para responder a las preguntas y ayudar a completar la solicitud.

Puede ponerse en contacto con los Asesores de Soluciones Financieras llamando a cualquiera de los números de teléfono que aparecen a continuación:

St. Joseph's Hospital	912-819-2434
Candler Hospital	912-819-8246
SJ/C Medical Group	912-819-5838
SJ/C Oncology Services	912-819-5838

El comprobante de los ingresos debe ser:

- Una copia del último recibo de nómina con los importes brutos del año hasta la fecha del paciente y su cónyuge, si procede, o de los padres del paciente si este es menor de edad;
- Una copia de la Declaración de Impuestos federal más reciente, incluyendo todos los anexos; y
- Comprobante de cualquier ingreso enumerado como “otros ingresos” en la Solicitud de Asistencia Financiera.
- Si el paciente no puede proporcionar información sobre los ingresos, debe ponerse en contacto con un Asesor de Soluciones Financieras para que lo asista.

Los ingresos se consideran los ingresos brutos del grupo familiar del paciente o, si es autónomo, los ingresos brutos menos los gastos de trabajo directamente relacionados con la producción de los bienes o servicios. Se excluyen de los Ingresos la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y la asistencia económica de amigos y familiares.

La solicitud completada y el comprobante de ingresos pueden enviarse por correo a

SJ/C Patient Accounts

5353 Reynolds Street

Savannah, GA 31405

Las solicitudes también pueden entregarse a los Asesores de Soluciones Financieras en cualquiera de los dos hospitales o enviarse por fax al 912-819-8639.

Una vez recibida la Solicitud de Asistencia Financiera de un paciente, se examinará la solicitud para comprobar que la información y los documentos adjuntos son correctos. Las solicitudes de asistencia financiera de los hospitales son examinadas por los Asesores de Soluciones Financieras, y las solicitudes de los grupos médicos y los Servicios de Oncología son examinadas por el asesor financiero de la CBO. Además, las calificaciones financieras de los pacientes con saldos de cuenta superiores a \$25,000 se validan con los datos del proveedor de calificaciones. Si procede, los datos del Proveedor de Puntuación se añaden a la Solicitud de Asistencia Financiera del paciente. SJ/C no denegará la asistencia financiera por el hecho de que el solicitante no facilite información que no se especifique en el formulario de solicitud. Los pacientes que presenten solicitudes de asistencia financiera incompletas recibirán una carta en un plazo de 15 días laborables en la que se detallará la información necesaria.

En un plazo de 30 días laborables a partir de la recepción de una solicitud completa, los pacientes recibirán una carta de notificación. La carta de aprobación mostrará el porcentaje de Descuento de la FAP de los gastos brutos o el saldo después del pago del seguro. La carta de denegación indicará el motivo de esta. Si una persona a la que se le ha aprobado el Descuento de la FAP al 100% efectuó previamente pagos que superan el importe que se ha determinado que debe pagar con base en la solicitud aprobada, se le devolverá el importe del saldo pagado en exceso superior a \$5.

Un paciente puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento, incluso si la cuenta ha sido remitida a una agencia de cobros.

III. PROCEDIMIENTOS DE FACTURACIÓN

- A. La cobertura del seguro para todas las cuentas de los pacientes se revisa dentro de las 24 horas de la entrevista de preadmisión o de la fecha de admisión real. SJ/C intenta cumplir todos los requisitos de certificación previa de atención médica administrada; sin embargo, en última instancia, es responsabilidad del paciente obtener la certificación previa/autorización de remisión antes del ingreso. SJ/C no será responsable si no se obtiene correctamente una certificación previa/remisión, a menos que SJ/C esté obligada por contrato a obtener la certificación previa/remisión.
- B. Los Pacientes no Asegurados son evaluados para determinar su elegibilidad bajo Medicaid u otros programas estatales tan pronto como sea posible después de la admisión. Los Asesores de Soluciones Financieras se reúnen con los Pacientes no Asegurados en una cama para hacer arreglos de pago y/o proporcionar información sobre la FAP. Todos los pacientes disponen de asesoramiento financiero para resolver sus dudas sobre las opciones financieras.
- C. El copago y el deducible y/o los importes calculados del coseguro se solicitan a los pacientes del Servicio de Emergencias en el momento del alta. Los importes del copago y de la franquicia (o

los importes estimados de los mismos) se solicitan a los pacientes de hospitalización, observación, diagnóstico por imagen y cirugía ambulatoria en el momento de la preinscripción, el registro o antes del alta.

- D. Es responsabilidad del paciente proporcionar a SJ/C toda la información necesaria para facturar a los seguros del paciente. El personal de SJ/C completará y presentará las reclamaciones en nombre del paciente. Los pacientes recibirán una factura por los saldos restantes después de aplicar los pagos de terceros y los ajustes. Aunque cuente con un seguro, en última instancia el paciente es el responsable de pagar los servicios prestados. Si el seguro del paciente rechaza o deniega el pago de los servicios, SJ/C facturará al paciente, a menos que SJ/C lo tenga prohibido por contrato.
- E. El Descuento por Pago por Cuenta Propia está disponible para todos los Pacientes no Asegurados, sin importar su capacidad de pago y, por lo tanto, no se considera asistencia financiera. Sin embargo, si un paciente no asegurado no puede pagar el saldo restante después de aplicar el Descuento por Pago por Cuenta Propia, el paciente puede solicitar asistencia financiera. Si un Paciente no Asegurado recibe un Descuento por Pago por Cuenta Propia y posteriormente proporciona información válida sobre su seguro, el Descuento por Pago por Cuenta Propia se revertirá cuando SJ/C facture a la tercera parte. Si un Paciente no Asegurado recibe un Descuento por Pago por Cuenta Propia y posteriormente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, el Descuento por Pago por Cuenta Propia se anulará antes de aplicar el descuento FAP para que el ajuste se clasifique correctamente.
- F. Los pacientes de los Servicios Hospitalarios y Oncológicos (Hilton Head) no asegurados tienen derecho a un Descuento por Pago por Cuenta Propia con base en los AGB más recientes. Este Descuento se aplica en el momento de la facturación final y se refleja en la primera factura. Los pacientes de SJ/C Medical Group, SJ/C Home Health Services y Oncology Services (Savannah) que no estén asegurados tienen derecho a un descuento del 50% por Pago por Cuenta Propia. Este Descuento será procesado por el Director del Consultorio o su designado en el momento de procesar o revisar los cargos.
- G. Todos los pacientes de los Servicios Hospitalarios y Oncológicos (Hilton Head) tienen derecho a un Descuento por Pronto Pago del 5% si pagan el total antes o en el momento del servicio. Los Descuentos por Pronto Pago se clasifican como ajustes administrativos.
- H. Las funciones de facturación de los saldos de pago por cuenta propia son realizadas por nuestra Oficina Comercial Ampliada. El ciclo de facturación del paciente comienza con la producción de una factura final (en el caso de Pacientes no Asegurados) o con el pago o la denegación por parte de la aseguradora (en el caso de Pacientes asegurados). El ciclo de facturación es el siguiente:

Día 5	-	1 ^{er} estado de cuenta
Día 30	-	2 ^o estado de cuenta
Día 60	-	3 ^{er} estado de cuenta
Día 90	-	Aviso final
Día 120		Se devuelve a SJ/C y se remite a la agencia de cobros o se da de baja como Caridad Razonable en función de la calificación financiera del proveedor de puntuación en la declaración final.

Los llamados salientes se realizan durante todo el ciclo de facturación. La disponibilidad de la asistencia financiera aparece en todos los estados de cuenta de facturación.

- I. Nuestra Oficina Comercial también establece y controla los planes de pago de los pacientes de acuerdo con las siguientes directrices:

Saldo de la cuenta	Número máximo de pagos mensuales permitidos
\$1,000 - \$3,000	12
\$3,001 - \$6,000	24
\$6,001 - \$9,000	36
\$9,001- \$12,000	48

Los estados de cuenta se entregan mensualmente a los pacientes con planes de pago aprobados.

Todas y cada una de las excepciones al procedimiento anterior (hasta \$25,000) deben ser aprobadas por el Director de Cuentas de Pacientes o el Supervisor de Atención al Cliente, el Director de Servicios Financieros para Pacientes o el Vicepresidente del Ciclo de Ingresos (para saldos de cuentas de pacientes de hasta \$75,000) o el Director Financiero (para saldos de cuentas de pacientes de \$75,000 o más).

- J. Las cuentas con saldos de pacientes superiores a \$10,000 pueden tener derecho a un “ajuste catastrófico” si el paciente no cumple los requisitos de nuestra política de asistencia financiera. Este plan de ajuste puede aplicarse a los saldos después del seguro o si es mayor que el descuento estándar del 70% para los no asegurados. Para recibir este ajuste, el paciente debe establecer formalmente un plan de pagos que equivalga al 20% de su renta disponible durante los veinticuatro meses. Durante el periodo de entrada en vigor del plan de ajuste catastrófico, se ajustarán los nuevos saldos. Si los ingresos del paciente cambian o el paciente incumple el plan de pago, el saldo del paciente será evaluado y el descuento podrá ser revertido.
- K. Las inquietudes de los pacientes son atendidas por el personal del Servicio de Atención al Paciente. Cualquier preocupación no resuelta de los pacientes se remite al Jefe de Equipo de Atención al Cliente, al Supervisor de Atención al Cliente o al Director de Cuentas de Pacientes. En caso de que surjan dudas sobre los gastos de los pacientes, se consulta al director del departamento clínico. Si hay una disputa material en relación con los cargos de la factura del paciente, el proceso de cobro puede quedar en suspenso hasta que se resuelva la disputa. Las cancelaciones realizadas para resolver un problema de atención al paciente deben ser aprobadas por el Director de Servicios Financieros para el Paciente (hasta \$25,000), el Director de Servicios Financieros para el Paciente o el Vicepresidente del Ciclo de Ingresos o el Director de Gestión de Riesgos (hasta \$75,000), el Director Financiero (entre \$75,000 y \$150,000) y el Presidente/Director General (\$150,000 o más).

IV. PROCEDIMIENTOS DE ASISTENCIA FINANCIERA

- A. Los Descuentos de la FAP del hospital reciben el nivel de aprobación apropiado, es decir, el Gerente de Servicios Financieros para Pacientes hasta \$25,000, el Director de Servicios Financieros para Pacientes o el Vicepresidente del Ciclo de Ingresos aprueban hasta \$75,000, el Director Financiero los que superan los \$75,000 y el Presidente y Director Ejecutivo los que superan los \$150,000. El Director de la CBO o la persona designada debe aprobar los descuentos del Grupo Médico y de los Servicios de Oncología de la FAB por debajo de \$25,000. Los descuentos por Servicios de Oncología superiores a \$25,000 deben ser aprobados por el Director Ejecutivo del Lewis Cancer & Research Pavilion.

- B. Los descuentos FAP hospitalarios aprobados son tramitados por el personal de Pagos/Resolución. El paciente recibe por correo una notificación sobre el nivel de Descuento de la FAP. Los Descuentos de la FAP aprobados para el grupo médico y los Servicios de Oncología son procesados por el asesor financiero de la CBO, que enviará una notificación por correo al paciente. Los Descuentos de la FAP son clasificados por SJ/C como atención caritativa.
- C. Los pacientes a los que se les deniega la asistencia financiera tienen derecho a apelar. Los recursos deben presentarse al Director de Cuentas de Pacientes. Una apelación iniciará la reevaluación de una Solicitud de Asistencia Financiera. Si SJ/C opta de nuevo por denegar la Solicitud de Asistencia Financiera de un paciente, este tiene derecho a solicitar la aprobación del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia.
- D. Para hacer un esfuerzo razonable para determinar la elegibilidad de la FAP para los pacientes que no presentan una solicitud, SJ/C solicitará la puntuación de la cuenta de pago por cuenta propia que ha sido devuelto por la Oficina de Negocios Extendida para la colocación a una agencia de cobro de deudas incobrables. Al solicitar la calificación, se colocará una Consulta Interna en el informe de la oficina de crédito del paciente. Esta puntuación se utilizará como comprobante de elegibilidad para la Caridad Razonable. El porcentaje de descuento se basará en la escala de tarifas del hospital. Los saldos que no tengan derecho a un Descuento serán remitidos a una agencia de cobros.
- E. La colocación de un ajuste de Caridad Razonable en la cuenta no impide que una cuenta sea colocada en una agencia de cobro de deudas incobrables. Se enviará una notificación al paciente de este Descuento adicional junto con el resumen FAP. El paciente dispondrá de un plazo de 30 días para presentar una Solicitud de Asistencia Financiera con documentación acreditativa si considera que puede optar a una cantidad con mayor descuento.
- F. Cualquier paciente que se encuentre fuera de las directrices de SJ/C para recibir un Descuento o cuya situación financiera haya cambiado, pero que aún se sienta incapaz de pagar o de establecer acuerdos de pago apropiados, puede solicitar asistencia completando la Solicitud de Asistencia Financiera y presentando un comprobante de ingresos. Estas solicitudes se estudiarán caso por caso. Se aplicará la misma autoridad de aprobación indicada en el apartado IV (A) anterior y el Servicio de Atención al Cliente tramitará la cancelación y lo notificará al paciente.
- G. Si un paciente recibe una condonación de la deuda en el marco de la quiebra, el saldo de la cuenta se cancela y se clasifica como caridad. El Hospital utiliza los códigos de ajuste AWAGEARNER y ABANKRUPTCY. Si la cuenta ya se encuentra en estado de incobrabilidad y en la agencia de cobros, se utilizarán los mismos códigos para ajustar la cuenta utilizando el Diario de Recuperación de Incobrables. Estos se reclasificarán en la partida de beneficencia en el Libro Mayor.
- H. Además de la asistencia financiera, el Director Financiero puede aprobar un ajuste del saldo de la cuenta de un paciente con base en la buena voluntad, las relaciones públicas o la gestión de riesgos, siempre que no haya intención de influir en las remisiones de los pacientes ni de inducir a ningún beneficiario del programa federal de atención sanitaria a recibir servicios de SJ/C.

V. INCUMPLIMIENTO

Las cuentas de los pacientes que no han recibido ningún pago y no han solicitado asistencia financiera se remiten a una agencia de cobros 120 días después de que se produzca la factura del paciente. Los pacientes cuyas cuentas han sido remitidas a una agencia de cobros todavía podrán solicitar asistencia

financiera.

SJ/C requiere la aprobación del Director de Servicios Financieros para el Paciente o del Vicepresidente del Ciclo de Ingresos para emprender una “acción de cobro extraordinaria” (ECA), con la excepción de informar a las agencias de crédito sobre una cuenta de paciente. El Director o el Vicepresidente tienen la autoridad y la responsabilidad finales para determinar si SJ/C hizo esfuerzos razonables para decidir si un paciente es elegible para la FAP antes de participar en las ECA. El Director o Vicepresidente confirmará que se han tomado las siguientes medidas con respecto a un paciente antes de aprobar las ECA en la cuenta del paciente:

- El paciente recibió la notificación de una ECA no antes de 120 días después de la primera facturación;
- El aviso de una posible ECA especificaba la(s) posible(s) ECA que se tomaría(n) si el paciente no presentaba una Solicitud de Asistencia Financiera completada o no pagaba la cantidad debida antes de la fecha límite (especificada en el aviso); y
- El aviso de la ECA potencial se proporcionó al paciente 30 días antes del plazo de la ECA.

El Director o Vicepresidente también inspeccionará el expediente de facturación del paciente antes de aprobar las ECA en la cuenta del paciente. El Director o Vicepresidente confirmará que las siguientes comunicaciones con el paciente se anotan en el expediente de facturación:

- Antes del alta se proporcionó un resumen de la Solicitud de Asistencia Financiera en lenguaje sencillo;
- Todos los estados de cuenta y otras comunicaciones de facturación se proporcionaron en un lenguaje sencillo;
- Toda comunicación oral con el paciente proporcionó información sobre la asistencia financiera en un lenguaje sencillo; y
- Se proporcionó al paciente al menos un aviso de posibles ECA.

La agencia de cobros está autorizada por SJ/C a tomar las siguientes ECA para obtener el pago de una factura de un paciente. La agencia de cobros no está autorizada a perseguir estas ECA en ningún momento SJ/C mismo estaría prohibido de perseguir ECA:

- Colocar un gravamen o ejecutar la propiedad de un individuo;
- Embargar o confiscar la cuenta bancaria del individuo o cualquier otra propiedad personal;
- Embargo de salarios; o,
- Presentación de una demanda civil.

VI. PUBLICACIÓN DE LA FAP

La Política de Asistencia Financiera, la Solicitud de Asistencia Financiera y el resumen en lenguaje sencillo están completamente disponibles en el sitio web de SJ/C en www.sjchs.org. La FAP, la Solicitud de Asistencia Financiera y el resumen en lenguaje sencillo también están disponibles a petición, de forma gratuita, por correo o en todas las áreas de registro de pacientes y cajeros de SJ/C en papel, tanto en inglés como en español.

La disponibilidad de la asistencia financiera se anuncia con carteles visibles en todas las zonas de admisión y alta de todas las instalaciones. Además, el resumen en lenguaje sencillo se proporciona a las filiales de alcance comunitario de SJ/C, el African American Resource Center, Georgia Infirmary, St. Mary's Community Center y la Good Samaritan Clinic.

Los colaboradores deberán remitir al Servicio de Atención al Cliente de Cuentas de Pacientes a cualquier paciente que solicite asistencia financiera o que indique que no puede pagar la totalidad del importe de su cuenta. Los colaboradores que no trabajen en el Departamento de Cuentas de Pacientes no podrán hacer declaraciones o promesas específicas a los pacientes sobre si un paciente puede optar a cualquier tipo o cantidad de asistencia financiera.

VII. POLÍTICA DE ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA:

SJ/C mantiene una política de EMTALA (**Política Administrativa #1102-A EMTALA - Ley de Tratamiento Médico y Laboral de Emergencia**) y todos los colaboradores están capacitados para ello. Los compañeros de trabajo del Servicio de Emergencias deberán seguir las políticas y procedimientos de la EMTALA al responder a las consultas de los pacientes del Servicio de Emergencias sobre los cargos y asuntos financieros relacionados.

Aprobado:



Firma

Fecha de implementación original: 10/21/2010

Próxima fecha de revisión: 07/22/2022

Departamento/Comisión de origen: Cuentas de pacientes

Revisado: 06/15, 04/16, 02/17, 07/17, 02/18, 07/19

Modificado: 06/15, 04/16, 02/17, 07/19

Anulado:

Número(s) de póliza anterior(es): # 8221-02 (SJ)

Referencia cruzada: Política Administrativa n° 1102-A EMTALA - Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo

Política Administrativa n° 1069-A Cobro de créditos

Política Administrativa n° 1194-A Asistencia financiera

Las copias impresas son solo para referencia. Consulte la versión electrónica para conocer la versión más reciente.

ANEXO A

Directrices de ingresos anuales de 2019 para la determinación de la elegibilidad de la asistencia financiera
Para St. Joseph's Hospital, Candler Hospital, SJ/C Medical Group, SJ/C Home Health y SJ/C Oncology Services

		NIVEL DE INGRESOS					
		Indigente	Caridad	Categoría A	Categoría B	Categoría C	
Tamaño de la familia	Directrices de pobreza	125%	200%	250%	300%	400%	
1	12,490	15,613	24,980	31,225	37,470	49,960	
2	16,910	21,138	33,820	42,275	50,730	67,640	
3	21,330	26,663	42,660	53,325	63,990	85,320	
4	25,750	32,188	51,500	64,375	77,250	103,000	
5	30,270	37,713	60,340	75,425	90,510	120,680	
6	34,590	43,238	69,180	86,475	103,770	138,360	
7	39,010	48,763	78,020	97,525	117,030	156,040	
8	43,430	54,288	86,860	108,575	130,290	173,720	
*	4,420	5,525	8,840	11,050	13,260	17,680	
		* Para las unidades familiares de más de 8 personas, añada el importe indicado por cada miembro adicional.					
Fecha de entrada en vigor: 02/01/2019							

ANEXO B

Categorías de niveles de ingresos para asistencia financiera y porcentajes de descuento

Paciente asegurado

Para St. Joseph's Hospital, Candler Hospital, and SJ/C Oncology Services - Hilton Head

Cargos facturados	% de ajuste para pacientes con seguro						
	Indigente/Caridad	Categoría A	Categoría B	Categoría C	Categoría D	Categoría E	Categoría F
	<200%	201 - 250%	251 - 300%	301 - 350%	351 - 400%	401 - 450%	> 450%
> \$50,000	100%	95%	85%	75%	65%	55%	0%
\$40,000 - \$50,000	100%	90%	80%	70%	60%	50%	0%
\$30,000 - \$39,999	100%	85%	75%	65%	55%	45%	0%
\$20,000 - \$29,999	100%	80%	70%	60%	50%	40%	0%
\$10,000 - \$19,999	100%	75%	65%	55%	45%	35%	0%
\$5,000 - \$9,999	100%	70%	60%	50%	40%	30%	0%
\$2,500 - \$4,999	100%	65%	55%	45%	35%	25%	0%
\$500 - \$2,499	100%	60%	50%	40%	30%	20%	0%
< \$500	100%	55%	45%	35%	25%	15%	0%

Fecha de entrada en vigor: 02/01/2019

ANEXO C

Categorías de niveles de ingresos para asistencia financiera y porcentajes de descuento

Pacientes no asegurados

Para St. Joseph's Hospital, Candler Hospital, and SJ/C Oncology Services - Hilton Head

	% de ajuste para Pacientes no Asegurados						
	Indigente/ Caridad	Categoría A	Categoría B	Categoría C	Categoría D	Categoría E	Categoría F
Cargos facturados	<200%	201 - 250%	251 - 300%	301 - 350%	351 - 400%	401 - 450%	> 450%
> \$50,000	100%	95%	90%	85%	80%	70%	70%
\$40,000 - \$50,000	100%	90%	85%	80%	75%	70%	70%
\$30,000 - \$39,999	100%	85%	80%	75%	70%	70%	70%
\$20,000 - \$29,999	100%	80%	75%	70%	70%	70%	70%
\$10,000 - \$19,999	100%	75%	70%	70%	70%	70%	70%
\$5,000 - \$9,999	100%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
\$2,500 - \$4,999	100%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
\$500 - \$2,499	100%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
< \$500	100%	70%	70%	70%	70%	70%	70%

Fecha de entrada en vigor: 02/01/2019

ANEXO D

Categorías de niveles de ingresos para asistencia financiera y porcentajes de descuento Pacientes asegurados

Para SJ/C Medical Group, SJ/C Home Health, y SJ/C Oncology Services – Savannah

Cargos facturados	% de ajuste para pacientes con seguro						
	Indigente/ Caridad	Categoría A	Categoría B	Categoría C	Categoría D	Categoría E	Categoría F
	<200%	201 - 250%	251 - 300%	301-350	351- 400%	401 - 450%	> 450%
>\$2,500	100%	90%	75%	60%	45%	30%	0%
\$1,000-\$2,500	100%	80%	65%	50%	35%	20%	0%
\$500-\$1,000	100%	70%	55%	40%	25%	10%	0%
\$100\$500	100%	60%	45%	30%	15%	0%	0%
\$25-\$100	100%	50%	35%	20%	5%	0%	0%
< \$25	100%	40%	25%	10%	0%	0%	0%

Fecha de entrada en vigor: 02/01/2019

ANEXO E

Categorías de niveles de ingresos para asistencia financiera y porcentajes de descuento
Pacientes no asegurados
Para SJ/C Medical Group y SJ/C Oncology Services – Savannah

Cargos facturados	% de ajuste para pacientes sin seguro						
	Indigente/ Caridad	Categoría A	Categoría B	Categoría C	Categoría D	Categoría E	Categoría F
	<200%	201 - 250%	251 - 300%	301 - 350%	351 - 400%	401 - 450%	> 450%
>\$2,500	100%	90%	80%	70%	60%	50%	50%
\$1,000-\$2,500	100%	80%	70%	60%	50%	50%	50%
\$500-\$1,000	100%	70%	60%	50%	50%	50%	50%
\$100-\$500	100%	60%	50%	50%	50%	50%	50%
\$25-\$100	100%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
< \$25	100%	50%	50%	50%	50%	50%	50%

Fecha de entrada en vigor: 02/01/2019



ANEXO F
Solicitud de asistencia financiera
Si necesita ayuda, llame al 819-2434 o al 819-8246

Nombre del paciente _____ MRN # _____ Fecha: _____

******* IMPORTANTE *******

Para que la Solicitud de Asistencia Financiera sea procesada, la siguiente información financiera DEBE ser devuelta con esta solicitud completada y firmada. Si no puede proporcionar lo siguiente, explíquelo: (Certifico que la información proporcionada es verdadera y completa)

- Los últimos recibos de sueldo o los ingresos complementarios del Seguro Social (SSI proporcionados por el Seguro Social)
- Estados de cuenta más recientes de cuentas corrientes, ahorros, certificados de depósito, acciones, bonos, mercado monetario, etc.
- Los formularios más recientes del impuesto federal sobre la renta, incluidos los anexos C, D, E y F
- Declaración W2 más reciente o 1099

Es usted propietario de su vivienda Sí No Valor estimado _____ Hipoteca mensual/alquiler _____

Nombre del garante: _____ Relación con el paciente _____ SS# _____
 (cabeza de grupo familiar)

Nombre del cónyuge si está casado _____ SS# _____ Teléfono# _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____

¿Cuántas personas a cargo viven en el hogar? _____ Enumere el total de miembros de la familia en el hogar _____

Enumere los ingresos mensuales:

Empleo: _____ SSI _____ Pensión alimenticia/manutención de los hijos _____ Pensión _____

Fondo fiduciario _____ Asistencia pública _____ Ingresos de inversión _____ Ingresos de alquiler _____

Certifico que la información proporcionada es verdadera y exacta. Por la presente concedo permiso y autorizo a cualquier agente del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia a revelar al hospital toda la información relativa al estado de mi solicitud de Medicaid y, si dicha solicitud no es aprobada, el motivo de la desaprobación.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Para uso exclusivo de St. Joseph's/Candler

Totales de ajuste _____ Código de ajuste _____ Categoría de asistencia financiera _____

Aprobaciones: Director: _____ Fecha _____

Vicepresidente del ciclo de ingresos: _____ Fecha _____

DIRECTOR FINANCIERO: _____ Fecha _____

DIRECTOR GENERAL: _____ Fecha _____

El porcentaje de las Directrices Federales de Pobreza es _____ Aprobado si está por debajo de _____ de las Directrices Federales de Pobreza