

Ayuda Financiera

- I. Póliza: Personas sin seguro que reciben atención médica necesaria y exhiben necesidad financiera de acuerdo con la Guía Federal de Pobreza son elegibles para recibir asistencia financiera.
- II. La política del Programa de Ayuda Financiera garantiza la disponibilidad de ayuda financiera para las personas que no puedan cumplir con sus obligaciones financieras por recibir atención con base en su necesidad, de acuerdo con las pautas reglamentarias federales y estatales.
 - a. DEFINICIONES: :
 - i. Montos generalmente facturados(AGB): el porcentaje del monto generalmente facturado (AGB, por sus siglas en inglés) específico del hospital es, para cada hospital, un porcentaje que surge al dividir (1) la suma de todos los reclamos por servicios médicamente necesarios provistos en dicho hospital y pagados durante un período de 12 meses por todas las compañías de seguros médicos privadas como pagadores primarios y cargos por servicios de Medicare, junto con cualquier parte asociada de estos reclamos pagados por personas aseguradas en forma de copagos, coseguros o deducibles divididos entre los cargos brutos asociados a esos reclamos. El porcentaje de los montos generalmente facturados se calcula antes del 31 de enero y se mantiene vigente hasta el siguiente cálculo anual. El cálculo deberá cumplir con el "método de revisión retrospectiva" descrito en la Reglamentación del Departamento del Tesoro §1-501 (r) - 5 (b) (1)(B). En el "Adjunto D" puede consultar el porcentaje del AGB.
 - ii. BadDeudas incobrables: saldo que ya no se considera cobrable
 - iii. Electivo: servicio que un médico considera que no es de emergencia y que se puede demorar de forma segura.
 - iv. Índice federal de pobreza: monto mínimo de ingresos brutos necesarios para mantener a una familia, según lo determinado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.
 - v. Servicios médicamente necesarios: atención médica necesaria para garantizar el bienestar del paciente, tal como lo define la práctica médica generalmente aceptada. TGC ofrece la opción de realizar pagos por cuenta propia con montos fijos por servicios específicos para pacientes sin seguro.
- III. Elegibilidad: los solicitantes deben ser pacientes sin seguro que reciban atención médicamente necesaria y demuestren necesidad económica de acuerdo con las pautas del índice federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) son elegibles para recibir ayuda financiera.
 - a. Para ser elegible para ser considerado, el solicitante debe tener alguna de las siguientes condiciones:
 - i. No calificar para Medicaid;
 - ii. Contar con aprobación para Medicaid después de la fecha del servicio.
 - iii. Ser elegible para Medicaid, aunque el servicio no sea un beneficio cubierto.
 - iv. Encontrarse por debajo del 400 % del FPL
 - b. Las tarifas fijas y los copagos de TGC no califican para consideración.

- c. A los pacientes elegibles se les ajustarán los cargos totales de acuerdo con el cálculo del FPL y según la cantidad de integrantes del núcleo familiar y sus ingresos. En el caso de que el paciente reciba un descuento escalonado conforme a esta política, no se le facturarán más que los montos que por lo general se cobran por la atención, calculados mediante el método de montos generalmente facturados, según se describe en las reglamentaciones aplicables del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés). Cualquier pago anticipado o depósito requerido por TGC no excederá los montos generalmente facturados por esa atención. Cualquier monto pagado previamente sobre los montos generalmente facturados por la atención se reembolsará a un paciente que se vuelva elegible para recibir ayuda
- d. Esta política se comunica a través de las siguientes vías:
- i. El sitio web de TGC.
 - ii. El estado de cuenta del garante.
 - iii. Se encuentra disponible en todos los centros cubiertos y también se envía por correo de forma gratuita si se solicita.
 - iv. Los asesores financieros y los miembros del equipo de Atención al Cliente también pueden comunicarla.

Procedimiento:

1. Los encuentros en los cuales un tercero es el responsable de la atención no son elegibles para consideración. Si el tercero no acepta la responsabilidad del costo de los servicios, el solicitante puede volver a enviar la solicitud. .
2. Las solicitudes de ayuda financiera no se procesarán si se reciben después del día 240 posterior a la fecha de la primera factura presentada a la persona por el episodio de atención más reciente. Si se recibe una solicitud dentro de ese plazo, pero después de que el encuentro se haya calificado como deuda incobrable, la deuda volverá al hospital para revisión y se procederá con la solicitud de acuerdo con esta política.
3. La liquidación financiera se puede hacer de forma prospectiva, simultánea y retrospectiva.
 - a. Revisión prospectiva y simultánea:
 - i. Los Servicios de Acceso al Paciente (PAS, por sus siglas en inglés) revisan la capacidad de pago de los pacientes después de que el personal clínico confirma que un profesional médico calificado le realizó al paciente un examen de detección médica adecuado y que:
 - o no existe una afección que requiera atención de emergencia;
 - o o en caso de una afección de emergencia, esta se haya estabilizado, según lo define la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo. El hospital no demorará ni negará la atención médica de emergencia a ninguna persona con la condición de que esta envíe información para determinar si califica para la cobertura de terceros o para la ayuda financiera en relación con la atención demorada o negada.

- ii. El proceso de liquidación financiera se llevará a cabo de acuerdo con los requisitos de procedimiento descritos en las ayudas laborales indicadas en la sección de referencia de esta política.
- b. De forma retrospectiva, el personal del Ciclo de Ingresos revisa las solicitudes de ayuda enviadas después del alta.
- c. Si el paciente no puede cumplir con las obligaciones financieras derivadas de la atención, el asesor financiero revisa su elegibilidad para recibir beneficios de Medicaid Arizona (Sistema de Contención de Costos de la Atención Médica de Arizona o AHCCCS).
 - i. Los pacientes que no proporcionen la documentación necesaria para determinar su elegibilidad para el AHCCCS no serán considerados para la ayuda financiera.
 - ii. Si el comprobante de ingresos indica que se exceden los límites de elegibilidad para el AHCCCS, el proceso de ayuda financiera puede continuar sin que se complete la solicitud para el AHCCCS.
 - iii. Si el paciente tiene cobertura del AHCCCS o de otro seguro, se cambia la categoría financiera en el encuentro y se concluye la liquidación financiera.
 - iv. Si el paciente no tiene cobertura del AHCCCS ni de ninguna otra cobertura de seguro y el comprobante de ingresos indica una posible elegibilidad, el asesor financiero involucra al paciente en el proceso de solicitud del AHCCCS (consulte el procedimiento de elegibilidad para recibir los Servicios de Cobertura Mínima Esencial [MECS, por sus siglas en inglés] del AHCCCS).
 - o Si al paciente se le otorga la cobertura del AHCCCS, pero esta no es retroactiva para la fecha del servicio, el paciente será considerado elegible para recibir ayuda financiera (consulte la sección “Ayuda financiera presunta”).
 - o Si al paciente se le niega la cobertura, el asesor financiero le proporcionará la solicitud de ayuda financiera
- d. El paciente/garante completa la solicitud de ayuda financiera. Los documentos de respaldo de la solicitud incluyen los siguientes:
 - i. Copia completa de las declaraciones de impuestos federales firmadas del año anterior.
 - ii. Carta de determinación del AHCCCS (rechazo o aceptación válidos de una solicitud final completa para el AHCCCS) o de otro programa financiado por el gobierno para la condición individual del paciente, como Medicaid o Medi-Cal, o prueba de inelegibilidad con base en la calculadora del FPL.
 - iii. El paciente/garante debe demostrar los ingresos totales del núcleo familiar, tal como se define a continuación:

- Se requiere un ingreso familiar para todos los adultos (mayores de 18 años de edad o estudiantes de tiempo completo menores de 24 años).
- Se requieren extractos de cuenta bancarios personales que reflejen tres cheques de pago.
- Se requiere una prueba de ingresos del paciente/garante empleado que incluya una de las siguientes:
 - a. Solicitantes empleados: tres recibos de sueldo.
 - Solicitantes que trabajan de forma autónoma: una copia de la declaración de impuestos federales, formulario C.
 - b. Declaración de impuestos actual.
- Solicitantes desempleados: copias de pagos por desempleo o declaración de medios de apoyo.
- Una copia del formulario 1099 de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) si está jubilado y/o recibe beneficios del Seguro Social.
- Copia de cualquier carta de beneficios de pensión.
- Otros ingresos, que incluyan alquiler, pensión alimenticia, manutención de menores, compensación de trabajadores u otra fuente.

iv. La elegibilidad para la ayuda benéfica se basará en el ingreso y el tamaño del núcleo familiar del paciente/garante.

- Los niveles de ingresos se basan en el FPL publicado anualmente por el Registro Federal (Escala de Ayuda Financiera).
- Los integrantes del núcleo familiar son todas las personas dependientes y los adultos que residen con el paciente. ii. Los solicitantes con un ingreso familiar ubicado en un nivel igual o inferior al 400 % del FPL pueden recibir ayuda financiera con base en un descuento escalonado (Escala de Ayuda Financiera).

v. Las solicitudes de ayuda financiera se procesan dentro de los 5 días hábiles siguientes a su recepción.

- Las solicitudes incompletas se devolverán al paciente/garante, junto con una notificación por escrito que identificará la información faltante o la documentación necesaria para procesar la solicitud. Esta notificación debe describir las actividades de cobro que pueden llevarse a cabo si la persona no proporciona la documentación faltante o no coordina el pago de la factura dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la notificación o 120 días posteriores a la fecha de la primera factura por el episodio más reciente de atención; lo que ocurra más tarde.
 - El paciente/garante tiene un plazo de 30 días para proporcionar la información o documentación faltantes.
 - No enviar la información faltante o no responder a la solicitud de documentación dentro de 30 días puede ser causa de una denegación

vi. En ningún caso la determinación de que una persona no es elegible para recibir ayuda conforme a esta política se basará en que existan razones para creer que la información provista no es confiable, que es incorrecta o que se obtuvo de la persona bajo coerción.

vii. Se notificará al paciente/garante por escrito sobre la aprobación o denegación de la solicitud.

- La ayuda financiera menor al 100 % requiere un plan de pagos establecido para mantenerse en regla.
- La ayuda se aplica a todos los saldos pendientes actuales, excepto a los procedimientos cosméticos electivos con fecha posterior a los 6 meses de la aprobación.
- El paciente/garante es responsable de notificar a la Oficina del Ciclo de Ingresos los nuevos saldos elegibles para que se apruebe un ajuste de ayuda financiera.

e. Ayuda financiera presunta

i. Elegibilidad

- Si al paciente se le otorga la cobertura del AHCCCS, pero esta no es retroactiva para la fecha del servicio, el paciente será considerado elegible para recibir ayuda financiera.
- El paciente tenía cobertura del AHCCCS el mes anterior y el mes posterior a la prestación de los servicios.
- Es indigente según la validación de residencia.
- Los servicios del paciente están cubiertos por un subsidio cuyos fondos se han agotado.
- El paciente está encarcelado y la atención no es responsabilidad financiera de la institución local, estatal o federal.
- El paciente proporciona un número de Seguro Social inválido.
- El AHCCCS cubrió a pacientes que excedieron los días máximos permitidos.
- Fallecimiento.
- Quiebra.

ii. La ayuda financiera presunta solo se brinda por encuentro y no se puede utilizar para saldos futuros.

f. Excepciones/Comité de Ayuda Financiera:

- i. Los pacientes/garantes que soliciten excepciones pueden apelar una determinación ante el Comité de Ayuda Financiera.
- ii. El Comité de Ayuda Financiera está compuesto por el director del Ciclo de Ingresos, el director de Servicios Financieros para Pacientes y el director del Departamento Clínico para las áreas de atención afectadas.
- iii. Los hallazgos del comité se documentan y se envían por correo al paciente/garante.
- iv. Los saldos restantes después de los hallazgos del comité requieren un plan de pagos establecido para mantenerse en regla.

PAUTAS DE POBREZA	0 - 100 %		101 - 125 %		126 150 %		151 - 175 %		176- 200 %	
Porcentaje de Descuento	100% de Descuento		80% de Descuento		60% de Descuento		40% de Descuento		20% de Descuento	
Personas	Tarifa mínima		Pago el 20%		Pago el 40%		Pago el 60%		Pago el 80%	
1	\$0	\$13,590	\$13,591	\$16,988	\$16,989	\$20,385	\$20,386	\$23,783	\$23,784	\$27,180
2	\$0	\$18,310	\$18,311	\$22,888	\$22,889	\$27,465	\$27,466	\$32,043	\$32,044	\$36,620
3	\$0	\$23,030	\$23,031	\$28,788	\$28,789	\$34,545	\$34,546	\$40,303	\$40,304	\$46,060
4	\$0	\$27,750	\$27,751	\$34,688	\$34,689	\$41,625	\$41,626	\$48,563	\$48,564	\$55,500
5	\$0	\$32,470	\$32,471	\$40,588	\$40,589	\$48,705	\$48,706	\$56,823	\$56,824	\$64,940
6	\$0	\$37,190	\$37,191	\$46,488	\$46,489	\$55,785	\$55,786	\$65,083	\$65,084	\$74,380
7	\$0	\$41,910	\$41,911	\$52,388	\$52,389	\$62,865	\$62,866	\$73,343	\$73,344	\$83,820
8	\$0	\$46,630	\$46,631	\$58,288	\$58,289	\$69,945	\$69,946	\$81,603	\$81,604	\$93,260
Cada persona adicional	\$4,720									

*PAUTAS DE POBREZA DEL AÑO 2022 (<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>)