

<b>Hennepin Healthcare System</b>	
<b>Título:</b> Asistencia económica	<b>Política n.º 078815</b>
<b>Patrocinador de la política:</b> CFO	
<b>Ente(s) revisor(es):</b> Junta de Directores Financieros, Cumplimiento, Ciclo de Ingresos, Comité de la Junta Financiera	
<b>Ente aprobador:</b> Junta de Directores de HHS	
<b>Fecha de la aprobación original:</b> 04/05/2016	
<b>Fecha de revisión/modificación:</b> 10/27/2021	

## PROPÓSITO

La misión de Hennepin Healthcare System, Inc. (HHS) incluye prestar la mejor atención posible a todos los pacientes que atendemos, incluidos aquellos que no pueden pagarla. HHS ha desarrollado esta política para la prestación de servicios gratis o con descuento en consonancia con esta misión y conforme a su responsabilidad de administrar el condado de Hennepin. HHS opera como Hennepin County Medical Center (HCMC), Hennepin Healthcare MVNA y Hennepin Healthcare Hospice.

## POLÍTICA

La asistencia económica se proporcionará, sin discriminación, a los pacientes que cumplan los requisitos de elegibilidad descritos en el presente documento. Se considerarán elegibles para recibir asistencia financiera aquellas personas que no tengan seguro, estén subaseguradas, no sean elegibles para ningún programa de beneficios de atención médica del gobierno o no puedan pagar por su atención, de acuerdo con la determinación de necesidad financiera según esta política y las regulaciones federales para hospitales sin fines de lucro.

HHS se compromete a prestar atención médicamente necesaria a todas las personas, incluidas aquellas que no tienen seguro médico, no son elegibles para un programa del gobierno, o no pueden pagar por cualquier motivo. Se espera que los pacientes contribuyan al costo de su atención en función de su capacidad individual de pago y que cooperen con los procedimientos de HHS para obtener todas las demás formas de asistencia para servicios médicos (por ejemplo, un seguro médico privado o cualquier programa federal, estatal, del condado o de HHS).

## DEFINICIONES

**Cantidades facturadas generalmente (AGB):** La cantidad definida a nivel federal que generalmente se factura a los pacientes asegurados. Esta cantidad se calcula según las reglamentaciones del IRS.

**C.O.B.R.A.:** La cobertura COBRA es una ley federal que permite extender por un tiempo limitado los beneficios médicos de los empleados.

**Familia:** De acuerdo con la definición de la Oficina del Censo, es un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Según las normas del Servicio de Impuestos Internos, si el paciente declara a alguien como dependiente en su declaración de impuestos, dicha persona podrá considerarse como dependiente para la prestación de asistencia financiera.

**Ingreso familiar:** El ingreso familiar se determina a partir de la definición de la Oficina del Censo, que utiliza los siguientes ingresos para calcular las directrices federales de pobreza: salarios/ganancias, indemnización por desempleo, indemnización por accidente de trabajo, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios de sobreviviente, ingresos por pensiones o jubilaciones, intereses, dividendos, alquileres, derechos de autor, ingresos por herencias, fideicomisos, ayudas para educación, pensiones alimenticias, manutención de los hijos, ayudas externas al grupo familiar y otras fuentes diversas:

1. Después de COBRA
2. Se determina antes de impuestos
3. No incluye las ganancias ni las pérdidas de capital
4. Si una persona vive con una familia, incluye los ingresos de todos los miembros de la familia (no se incluye a quienes no son familiares, como los compañeros de piso).

**Nivel federal de pobreza (FPL):** Una medida de los ingresos que emite todos los años el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Los niveles federales de pobreza se utilizan para determinar su elegibilidad para ciertos programas y beneficios, entre ellos, acceder a ahorros en el Mercado de Seguros Médicos y la posibilidad de cobertura a través de Medicaid y el CHIP.

**Asistencia económica:** Asistencia que se presta a los pacientes por solicitud que reduce o elimina la responsabilidad de pago de acuerdo con su elegibilidad económica.

**Necesidad económica:** A los fines de esta política, el factor determinante es un FPL igual o inferior al 300 %, y no se tienen en cuenta los gastos del solicitante.

**Garante:** Persona que es legalmente responsable del pago de la obligación financiera del paciente.

**Atención médicamente necesaria:** Cualquier procedimiento o servicio que un equipo de atención clínica haya determinado que es necesario desde el punto de vista médico, sin incluir los procedimientos cosméticos, de equipo médico duradero, de retail, de odontología y electivos. No se considerarán parte de esta política los servicios que no se presten en HHS.

**Elegibilidad presuntiva:** Determinación de la elegibilidad para la asistencia **económica** que puede basarse en la información proporcionada por terceros proveedores y otra información disponible públicamente.

**Esfuerzo razonable:** Un esfuerzo diligente, razonable y de buena fe para garantizar la comunicación de las políticas de asistencia económica y la finalización de los procesos de solicitud. Esto incluye que HHS avise acerca de la política de asistencia económica en el momento de la admisión y en la comunicación escrita y oral con el paciente o el garante con relación a la factura del paciente, lo que incluye declaraciones y llamadas por teléfono, antes de que se inicien acciones de cobro.

**Subsegurado:** El estado de un individuo que tiene algún tipo de seguro médico que no ofrece una protección **económica** completa.

**Sin seguro:** El paciente no tiene ningún nivel de seguro ni ayuda de terceros que lo ayude a cumplir sus obligaciones de pago.

## PROCEDIMIENTO

- I. Toda la atención de urgencia y médicamente necesaria que presta el hospital está cubierta por la política de asistencia financiera. No se considerarán parte de esta política aquellos servicios que no presten proveedores de HHS.
- II. **Programas de asistencia financiera disponibles:**

Para que un paciente califique para la ayuda financiera, deben cumplirse los siguientes criterios de elegibilidad:

  - A. Todos los pacientes de HHS con ingreso familiar igual o inferior al 300 % del nivel federal de pobreza (FPL) tendrán acceso a la asistencia financiera según esta política a través de un proceso de solicitud o por presunta elegibilidad.
  - B. Se considerarán elegibles para recibir asistencia financiera aquellas personas que no tengan seguro, estén subaseguradas, no sean elegibles para ningún programa de beneficios de atención médica del gobierno o no puedan pagar por su atención, de acuerdo con la determinación de necesidad financiera según esta política.
  - C. Los pacientes con ingreso familiar igual o inferior al 300 % del FPL, pero que son elegibles para la cobertura médica estatal o federal, pueden ser elegibles para la asistencia financiera hasta la fecha de elegibilidad de la cobertura médica.
  - D. Se considerará cada caso en particular para la asistencia económica en circunstancias especiales para servicios prestados en HHS que no estén cubiertos por esta política.
- III. **Normas de cooperación de los pacientes**
  - A. El paciente debe agotar todas las demás opciones de pago, incluidas las coberturas privadas y los programas de asistencia médica federales, estatales y locales, antes de que se apruebe la asistencia financiera.
  - B. El solicitante de la asistencia financiera debe hacer primero esfuerzos razonables para buscar e inscribirse en fuentes alternativas de pago y cobertura apropiadas provenientes de programas de pago públicos y privados, incluida la cobertura COBRA si corresponde.
- IV. **Proceso de solicitud de Hennepin Care**
  - A. La solicitud de asistencia financiera puede completarse de las siguientes maneras:
    1. trabajando con un asesor económico de HHS o con un socio comercial;
    2. llenando la solicitud en línea desde el sitio web de HHS en [hennepinhealthcare.org](http://hennepinhealthcare.org);
    3. llenando la solicitud a través de su cuenta MyChart de HHS.
  - B. Período para solicitar la asistencia financiera: El paciente debe solicitar la asistencia financiera en un plazo de 240 días a partir de la fecha del primer resumen de facturación después de la prestación de servicios.
  - C. La solicitud de asistencia financiera puede hacerla el paciente o un familiar, amigo cercano o asociado del paciente, sujeto a las leyes de privacidad aplicables.
  - D. HHS exige una solicitud completa que incluya todos los documentos de respaldo necesarios para determinar la elegibilidad, a menos que se haga una determinación de elegibilidad presunta.
    1. Solicitudes completadas: HHS informará al solicitante de la determinación de la elegibilidad por escrito y por correo en un plazo de 30 días.
    2. Solicitudes incompletas: Si cuando el personal de HHS revisa una solicitud la encuentra incompleta, se informará al solicitante por correo o por teléfono si se necesita información adicional para completar la solicitud. El solicitante tendrá 14 días para entregar la información solicitada.
    3. Solicitudes denegadas: Los solicitantes recibirán un aviso por correo en caso de denegación. El solicitante dispondrá de 60 días a partir de la fecha de denegación para

presentar documentación adicional. Después de transcurrido ese tiempo, será necesario presentar una nueva solicitud.

#### **V. Determinación de elegibilidad para Hennepin Care**

A. La elegibilidad se determinará de acuerdo con procedimientos que implican una evaluación individual, y estos pueden incluir:

1. Una solicitud de asistencia financiera, en la que el solicitante debe cooperar y suministrar información y documentación familiar pertinente que permita determinar la necesidad financiera;
2. El uso de fuentes de datos externas que proporcionen información sobre el FPL de un paciente o de su garante;
3. Esfuerzos razonables de HHS, con la cooperación del paciente o el garante, para buscar e inscribirse en fuentes alternativas de pago y cobertura apropiadas provenientes de programas de pago públicos y privados.
4. La necesidad de asistencia financiera se reevaluará al menos una vez al año.

B. Aplicaciones aprobadas

1. Las solicitudes aprobadas son válidas durante un año calendario a partir del mes de solicitud.
2. La asistencia financiera puede aprobarse por un período de tiempo más corto para cubrir la etapa sin cobertura antes de contar con cobertura médica activa.

C. Revocación de la solicitud/elegibilidad de Hennepin Care HHS tiene derecho y puede revocar, cancelar o modificar las adjudicaciones si se detecta alguna de las siguientes situaciones:

1. Fraude, tergiversación o robo;
2. Cambios en la situación financiera del solicitante;
3. Circunstancias que socaven la integridad del Programa de Asistencia Financiera (FAP);
4. Se evaluó al solicitante para acceder a un programa de cobertura médica pública o privada y se presume que es elegible, o no está cooperando con el proceso para solicitar el programa de cobertura médica pública o privada.

#### **VI. Elegibilidad presunta**

A. HHS puede conceder ayuda financiera presunta sobre la base de información que se obtenga de recursos de terceros.

B. La asistencia financiera puede otorgarse sin completar una solicitud en las siguientes circunstancias:

1. El paciente es un receptor verificado de programas de asistencia financiados por el gobierno federal, estatal o del condado.
2. El paciente ha fallecido y no se conoce su patrimonio.

#### **VII. Tarifa de descuento de la asistencia financiera**

A. Los pacientes sin seguro que sean elegibles para recibir asistencia financiera según esta política recibirán atención gratis.

B. Los pacientes con seguro que sean elegibles para recibir asistencia financiera según esta política recibirán un descuento del 100 % en la parte que es responsabilidad del paciente.

1. Los porcentajes de descuento por asistencia financiera establecidos en esta política serán coherentes con la práctica de facturación y cobro de HHS.

#### **VII. Aviso público sobre la asistencia financiera**

A. Los avisos sobre los programas de asistencia financiera de HHS incluirán información de contacto y serán difundidos por HHS a través de diversos medios, que pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Estados de cuenta del paciente;

2. Publicación de avisos en las salas de emergencias, áreas de admisión, clínicas, departamentos de admisión y registro, oficinas comerciales del hospital, oficinas de servicios financieros para pacientes, así como en otros lugares que HHS pueda elegir.
- B. La información sobre los programas de asistencia financiera de HHS, incluidas las copias de la política de asistencia financiera de HHS y los formularios de solicitud, están a disposición del público general sin costo alguno. Esta información está disponible en cualquiera de las siguientes formas:
1. Se puede acceder a copias electrónicas en el sitio web de HHS en [www.hennepinhealthcare.org](http://www.hennepinhealthcare.org).
  2. Pueden solicitarse copias en papel por correo electrónico; [financialcounseling@hcmcd.org](mailto:financialcounseling@hcmcd.org).
  3. Si se solicita en cualquier centro de HHS.
  4. Dicha información se facilitará en los principales idiomas hablados por las poblaciones que se atienden en HHS.
- XI. Otros descuentos por pago por cuenta propia/procedimientos para pacientes**
- A. Programa de descuento por pago por cuenta propia De acuerdo con el Convenio Hospitalario con el Fiscal General de Minnesota, HHS ofrece un descuento por pago por cuenta propia a pacientes sin seguro en servicios médicamente necesarios. No se trata de un programa de asistencia financiera, y está disponible sin tener que cumplir requisitos de elegibilidad ni solicitud previa.
1. La tasa de descuento se calcula anualmente según se define en el Acuerdo Hospitalario de HHS con la Oficina del Fiscal General.
  2. El descuento se aplica automáticamente a las cuentas de pago por cuenta propia.
  3. El descuento por pago por cuenta propia no se aplica cuando los pacientes tienen seguro; y no se aplicará a los saldos de los pacientes después del pago del seguro, lo que incluye copagos, deducibles y coseguros.
- B. Los descuentos en medicamentos rectados pueden proporcionarse en recetas ordenadas por un profesional médico de HHS que se surtan en una farmacia de HHS para pacientes externos.

## **DOCUMENTOS DE RESPALDO**

1. Documento en lenguaje sencillo del FAP de HHS (inglés)
2. Lenguaje en lenguaje sencillo del FAP (hmong)
3. Lenguaje en lenguaje sencillo del FAP (somalí)
4. Lenguaje en lenguaje sencillo del FAP (español)
5. Lista de contratos de médicos del HHS

## INFORMACIÓN DE APOYO

<b>Estatuto reglamentario/Referencia de normas:</b> Norma 501(r) del IRS, The Joint Commission LD.04.03.07
<b>Políticas relacionadas:</b> Política de admisión y tratamiento, facturación y cobros
<b>Referencias:</b>
<b>Comunicación/Educación del personal:</b>
<b>Educación del paciente:</b>