

Hennepin Healthcare System	
Título: ayuda económica (atención no compensada)	Política # 078815
Patrocinador de la política: director financiero	
Entes revisores: Junta de directores financieros, Cumplimiento, Ciclo de Ingresos, Comité de la Junta Financiera	
Ente aprobador: Junta de Directores de HHS	
Fecha de la aprobación original: 04/05/2016	
Revisado: 02/22/2023	

PROPÓSITO

La misión de Hennepin Healthcare System (HHS) incluye prestar la mejor atención posible a todos los pacientes que atendemos, incluyendo aquellos que no pueden pagarla. HHS ha desarrollado esta política para la prestación de servicios gratuita o con descuento en consonancia con esa misión y conforme a su responsabilidad del buen manejo de fondos para el condado de Hennepin.

POLÍTICA

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

HHS se compromete a prestar atención médicamente necesaria a todas las personas, incluyendo las que no tengan seguro, las que tengan seguro insuficiente, las que no sean elegibles para un programa del gobierno o no puedan pagar de otro modo. Se espera que los pacientes contribuyan al costo de su atención según su capacidad individual de pago y cooperen con los procedimientos del HHS para obtener todas las demás formas de asistencia médica (por ejemplo, seguro médico privado o cualquier plan federal, estatal, de condado o programas aplicables de HHS), que se priorizan al determinar la ayuda económica.

DEFINICIONES

Cantidades facturadas generalmente (AGB): la cantidad definida a nivel federal que generalmente se factura a los pacientes asegurados. Esta cantidad se calcula según lo exige la reglamentación del Servicio de Impuestos Internos (IRS).

Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA): una ley federal que permite una extensión por tiempo limitado de los beneficios de atención médica de los empleados.

Familia: de acuerdo con la definición de la Oficina del Censo (Census Bureau), 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 sobre ingresos, dicha persona podrá considerarse como dependiente para la prestación de ayuda económica.

Ingresos familiares: se determina a partir de la definición de la Oficina del Censo, que utiliza los siguientes ingresos para calcular las directrices federales de pobreza: incluye ingresos, subsidio de desempleo, compensación de los trabajadores, Seguro Social, Seguro de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o ingresos de jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de menores, asistencia externa al grupo familiar y otras fuentes diversas:

- A. Después de COBRA
- B. Se determina antes de impuestos
- C. No incluye las ganancias ni las pérdidas de capital
- D. Si una persona vive con una familia, incluye los ingresos de todos los familiares (no se incluye a aquellos que no son familiares, como los compañeros de piso).

Niveles federales de pobreza (FPL): una medida de los ingresos que emite todos los años el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services). Los niveles federales de pobreza se usan para determinar la elegibilidad para ciertos programas y beneficios, incluyendo los ahorros en seguros médicos del Mercado y la cobertura de Medicaid y del Programa de seguro médico para niños (Children's Health Insurance Program, CHIP).

Ayuda económica (atención no compensada): asistencia que se presta a los pacientes por solicitud que reduce o elimina la responsabilidad de pago basado en su elegibilidad económica. Esta política se referirá indistintamente a ayuda económica y atención no compensada.

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

Garante: persona que es legalmente responsable del pago de la obligación económica del paciente.

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

Elegibilidad presunta: determinación de la elegibilidad para la ayuda 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 ayuda económica y la finalización de los procesos de solicitud. Esto incluye que HHS avise sobre la política de ayuda económica en el momento del ingreso y en la comunicación escrita y oral con el paciente o el garante con relación a la factura del paciente, incluyendo declaraciones y llamadas por teléfono, antes de que se inicien acciones de cobro.

Seguro insuficiente: una persona que no tiene un nivel adecuado de seguro o asistencia de terceros para ayudar a cumplir sus obligaciones de pago.

Sin seguro: el estado de una persona con algún tipo de seguro médico que no ofrece protección económica completa.

PROCEDIMIENTO

Toda la atención de emergencia y médicamente necesaria que presta el hospital está cubierta según la política de ayuda económica. No se considerarán parte de esta política aquellos servicios que no presten proveedores de HHS.

I. Programas de ayuda económica disponibles:

se deben cumplir los siguientes criterios de elegibilidad para que un paciente califique para recibir ayuda económica (atención no compensada):

- A. Todos los pacientes de HHS con un ingreso familiar igual o por debajo del 300 % de los niveles federales de pobreza (FPL) tendrán acceso a la ayuda económica, según esta política, mediante un proceso de solicitud o por elegibilidad presunta.
- B. Se considerarán elegibles para recibir ayuda económica aquellas personas sin seguro, con seguro insuficiente, que 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 económica según esta política.
- C. Los pacientes con un ingreso familiar igual o por debajo del 300 % del FPL, pero que sean elegibles para la cobertura de atención médica estatal o federal, pueden ser elegibles para la ayuda económica hasta la fecha de elegibilidad de la cobertura médica.
- D. Se considerará cada caso en particular para la ayuda económica en circunstancias especiales para servicios prestados en HHS que no estén cubiertos según esta política.

II. Normas de cooperación de los pacientes

- A. El paciente debe agotar todas las demás opciones de pago, incluyendo las coberturas privadas y los programas de asistencia médica, federales, estatales y locales, antes de que se apruebe la ayuda económica.
- B. El solicitante de la ayuda económica 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, incluyendo la cobertura COBRA si corresponde.

III. Proceso de solicitud

- A. La solicitud de ayuda económica puede completarse de las siguientes maneras:
 - 1. Trabajando con un asesor económico de HHS o con un colaborador comercial
 - 2. Llenando la solicitud en línea desde el sitio web de HHS en hennepinhealthcare.org
 - 3. Llenando la solicitud por medio de su cuenta MyChart de HHS.
- B. Período para solicitar la ayuda económica: un paciente debe solicitar la ayuda

económica 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 ayuda económica 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 incluyendo 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 más información 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 tendrá 60 días, a partir de la fecha de denegación, para presentar más documentación. Después de transcurrido ese tiempo, será necesario presentar una nueva solicitud.

IV. Determinación de elegibilidad

- A. La elegibilidad se determinará de acuerdo con procedimientos que implican una evaluación individual y estos pueden incluir:
 - 1. Una solicitud de ayuda económica, en la que se exige que el solicitante coopere y proporcione información familiar y documentación relevante para decidir la necesidad económica.
 - 2. El uso de fuentes de datos externas que proporcionen información del 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 ayuda económica se reevaluará al menos una vez al año.
- B. Solicitudes aprobadas
 - 1. Las solicitudes aprobadas son válidas durante un año calendario a partir del mes de solicitud.
 - 2. La ayuda económica puede aprobarse por un período de tiempo más corto para cubrir la etapa sin cobertura antes de tener una cobertura de atención médica activa.
- C. Revocación de la solicitud/elegibilidad para ayuda económica: 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 económica del solicitante.
 - 3. Circunstancias que socaven la integridad del Programa de ayuda económica (Financial Assistance Program, 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.

V. Elegibilidad presunta

- A. HHS puede conceder ayuda económica presunta sobre la base de información que se obtenga de recursos de terceros.
- B. La ayuda económica puede prestarse 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.

VI. Tarifa de descuento de la ayuda económica

- A. Los pacientes sin seguro que sean elegibles para recibir ayuda económica, según esta política, recibirán atención gratuita.
- B. Los pacientes asegurados que sean elegibles para recibir ayuda económica, según esta política, recibirán un descuento del 100 % en la responsabilidad del paciente.
 - 1. Los porcentajes de descuento por ayuda económica establecidos en esta política serán coherentes con la práctica de facturación y cobro de HHS.

VII. Aviso público sobre la ayuda económica

- A. Los avisos sobre los programas de ayuda económica de HHS incluirán información de contacto y los difundirá HHS mediante diversos medios, que pueden incluir, entre otros:
 - 1. Estados de cuenta del paciente.
 - 2. Publicación de avisos en las salas de emergencias, áreas de ingreso, clínicas, departamentos de admisión y registro, oficinas comerciales del hospital, oficinas de servicios asequibles para pacientes y en otros lugares que HHS pueda elegir.
- B. La información sobre los programas de ayuda económica de HHS, incluyendo las copias de la política de asistencia económica de HHS y los formularios de solicitud, están disponibles para el 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.
 - 2. Pueden solicitarse copias en papel por correo electrónico; financialcounseling@hmed.org
 - 3. Cuando se pida en cualquier centro de HHS.
 - 4. Dicha información se facilitará en los idiomas principales que hablan en las poblaciones que se atienden en HHS.

VIII. Descuentos por pago por cuenta propia/procedimientos para pacientes

- A. Programa de descuento por pago por cuenta propia: de acuerdo con el Acuerdo de Hospital 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 ayuda económica y está disponible sin necesidad de solicitud o requisitos financieros.
 - 1. La tasa de descuento se calcula anualmente según se define en el Acuerdo de Hospital 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, incluyendo copagos, deducibles y coseguros.

- B. Los descuentos en medicamentos recetados pueden proporcionarse en recetas de un profesional médico de HHS que se surtan en una farmacia de HHS para pacientes ambulatorios.

DOCUMENTOS DE RESPALDO

Documento en lenguaje simple del FAP de HHS (inglés)
 Lenguaje simple del FAP (hmong)
 Lenguaje simple del FAP (somalí)
 Lenguaje simple del FAP (español)
 Lista de contratos de médicos del HHS

INFORMACIÓN DE APOYO

Estatuto regulatorio/referencia estándar: Norma 501(r) de IRS, The Joint Commission, estándar LD.04.03.07
Políticas relacionadas: Política de admisión y tratamiento, facturación y cobros (Admission and Treatment, Billing and Collections Policy)
<p>Referencias: Directrices federales de pobreza (Federal Poverty Guidelines) publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.</p> <ul style="list-style-type: none"> • HHS, Oficina del inspector general, Guía de fecha 2 de febrero de 2004, titulada «Descuentos de hospital ofrecidos a pacientes que no pueden pagar sus facturas de hospital» (“Hospital Discounts Offered to Patients Who Cannot Afford To Pay Their Hospital Bills”) disponible en https://www.hhs.gov/guidance/document/hospital-discounts-offered-patients-who-cannot-afford-pay-their-hospital-bills • Carta de fecha 19 de febrero de 2004 de Tommy G. Thompson, secretario de HHS, dirigida a Richard J. Davidson, presidente de la Asociación de Hospitales de Estados Unidos (American Hospital Association), incluyendo las preguntas y respuestas adjuntas, titulada «Preguntas sobre los cargos para personas sin seguro» (“Questions On Charges For The Uninsured”) disponible en https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-payment/acuteinpatientpps/downloads/faq_uninsured.pdf
Comunicación/educación de los empleados:
Información para el paciente: