

St. Joseph's/Candler Health System, Inc.	Política administrativa Título: Ayuda financiera, facturación y cobro	Número de política: 1220-A Función clave: RI Fecha de entrada en vigencia: 02/22/2017 Página 1 de 10
---	--	---

Declaración de la política

Es política de St. Joseph's/Candler Health System ("SJ/C") prestar servicios de atención médica a los pacientes independientemente de su capacidad de pago, y otorgar ayuda financiera a los pacientes que reúnan los requisitos. No se le negará atención de emergencia ni otra Atención Médica Necesaria a ningún paciente en función de su capacidad de pago, raza, color, religión, credo, sexo, nacionalidad, edad, discapacidad, identidad o expresión de género.

SJ/C ofrece ayuda financiera a los pacientes que necesitan atención médica de emergencia u otra Atención Médica Necesaria, pero que pueden demostrar su incapacidad de pagar la totalidad o una parte de los cargos que se cobran habitualmente. Se evaluará la elegibilidad para Medicaid u otros programas estatales de los pacientes que carezcan de capacidad financiera para pagar los cargos de SJ/C y/o se los evaluará de conformidad con las pautas preestablecidas para recibir ayuda financiera, y se les brindará información sobre cómo solicitar dicha ayuda.

SJ/C pondrá a disposición dicha ayuda financiera sin tener en cuenta la raza, el color, la religión, el credo, el sexo, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, la identidad o la expresión de género del paciente, ni cualquier otra clasificación prohibida por la ley. Al ofrecer descuentos, SJ/C hará todo lo posible por dar un trato sustancialmente similar a las personas que se encuentren en situaciones similares. SJ/C no ofrecerá ningún descuento a fin de generar negocios pagaderos en virtud de un programa de atención médica federal ni de influir al beneficiario para que elija un proveedor, profesional o prestador de servicios en particular.

La política de ayuda financiera que se incluye en el presente documento se aplica de manera uniforme a toda la atención de emergencia y otra atención médica necesaria que presta SJ/C en los siguientes centros:

- St. Joseph's Hospital
- Candler Hospital
- SJC Medical Group (Medical Group)
- SJC Oncology Services (Oncology Services)
- SJC Home Health

Esta política debe ser adoptada por la Junta Directiva de SJ/C. Todo cambio sustancial

de esta política requerirá la aprobación de dicho organismo rector o de las partes que este autorice a actuar en su nombre, según lo permita la ley estatal.

Finalidad

- Brindar un marco con el fin de informar a los pacientes o a las partes responsables sobre sus obligaciones financieras respecto de los servicios de atención médica, ayudarlos a resolver su obligación financiera y asesorarlos con respecto a la cobertura de seguro.
- Ofrecer pautas y criterios de elegibilidad objetivos y coherentes para determinar la situación financiera de los pacientes, a fin de clasificar y distinguir correctamente los montos incobrables que surgen de la incapacidad de pago de un paciente de los que surgen de la falta de voluntad del paciente para pagar.
- Identificar a los pacientes que necesitan ayuda financiera al inicio del ciclo de cobro y reducir el tiempo que lleva resolver una cuenta.
- Explicar de qué manera los pacientes pueden solicitar ayuda financiera.
- Proporcionar un descuento para pacientes no asegurados para que los cargos sean similares a los montos que se facturan habitualmente (amounts generally billed, AGB) a los pacientes asegurados.
- Definir el método utilizado para calcular los AGB y cómo obtener esta información sin cargo.
- Facilitar el flujo de efectivo ofreciendo un descuento por pago puntual a los pacientes con un saldo de pago personal.
- Simplificar el proceso para los pacientes y reducir los trámites tanto para el paciente como para el personal de SJ/C.
- Recopilar y mantener datos para corroborar la incapacidad de pago del paciente y cumplir con los requisitos del Artículo 501(r) del Código de Rentas Internas y los requisitos de la Ley de Atención Médica Accesible para los hospitales que encuadran en el Artículo 501(c) (3).

Entidades a las que se aplica esta política

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

Entidades a las que no se aplica esta política

Chatham Radiologists, Georgia Emergency Physicians, Pathology Associates, Coastal EMS, Southside Fire/EMS Ambulance Service, SempreCare, Candler Retail Pharmacy, American Anesthesiology Associates of Georgia y todo médico con privilegios de admisión que no figure en la lista de SJ/C Medical Group.

Definición de términos

Montos que se facturan habitualmente (AGB): montos mediante los cuales se calculan los cargos para los pacientes *no asegurados*. A los pacientes no asegurados no se les cobrará un cargo por atención de emergencia u otra atención médica necesaria que sea

mayor que los AGB para los pacientes con cobertura de seguro. Para calcular el AGC, SJ/C utiliza un método retroactivo que incluye las experiencias en las instituciones hospitalarias. El método retroactivo utiliza datos de Medicare y de aseguradoras médicas privadas basados en el año fiscal de 12 meses anterior para determinar el porcentaje de AGB aplicado. El paciente puede consultar sin cargo el porcentaje de AGB que utilizó SJ/C y el método mediante el cual se determinó en el departamento de Servicio al Cliente. Puede comunicarse con Servicio al Cliente al 912-819-8455 o al 800-374-7054.

Oficina de Facturación Centralizada (CBO): completa la facturación del paciente en nombre de los médicos empleados de SJ/C.

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

Medidas de cobro extraordinarias (Extraordinary Collection Actions, ECA): toda medida que tome SJ/C (o algún agente de SJ/C, incluidas las agencias de cobro) contra una persona en relación con el cobro de una factura cubierta en virtud de esta política que requiere un proceso legal o judicial, o que implica vender la deuda de una persona a un tercero o proporcionar información negativa sobre la persona a las agencias de informes de crédito del consumidor o las oficinas de crédito. Encargar el cobro de una cuenta a un tercero no es una ECA.

Descuento en virtud de la Política de ayuda financiera (Financial Assistance Policy, FAP): porcentaje de descuento sobre el saldo de la cuenta del paciente basado en su capacidad de pago.

Asesores financieros: trabajadores de SJ/C que verifican la cobertura de seguro adecuada, garantizan el pago de deducibles y otros saldos de pago personal estimados, ofrecen ayuda a quienes no pueden pagar derivándolos a Medicaid u otros programas estatales y ofrecen asesoramiento con la FAP.

Pautas federales de pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG): pautas que determina el gobierno de los Estados Unidos y que se publican anualmente en el Registro Federal. Las FPG están basadas en el tamaño del grupo familiar y el ingreso familiar. Las FPG se utilizan para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir ayuda financiera en virtud de Medicaid y la política de ayuda financiera de SJ/C.

Cargos brutos: precio total establecido para la atención médica que el hospital cobra de manera constante y uniforme a todos los pacientes sin tener en cuenta las asignaciones contractuales, los descuentos u otras deducciones.

Asegurado: condición de un paciente que cuenta con un seguro o cobertura de terceros que paga la totalidad o una parte de los cargos brutos del paciente por los servicios médicos. Esta categoría incluye a los pacientes que cuentan con un pagador gubernamental como Medicare, Medicare Managed Care, Medicaid, Medicaid Managed Care; un pagador comercial o de atención administrada; un seguro automotor; compensación de trabajadores o beneficios para veteranos autorizados.

Medicamento Necesario: los servicios médicos que se basan en prácticas médicas generalmente aceptadas en virtud de las condiciones en el momento del tratamiento. Son adecuados y coherentes con el diagnóstico del médico tratante y su omisión puede perjudicar la condición del paciente. Esta clasificación no infringe ni contempla la clasificación de leyes emergente o la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo (EMTALA) asociadas con tal designación. Si el paciente considera que el servicio solicitado requiere atención inmediata o urgente, este podrá solicitar la revisión de su servicio. Para ello, deberá comunicarse con la Oficina de Asuntos Médicos al 912-819-6670 o al 912-819-3338.

Caridad presunta: descuento aplicado al saldo pendiente de la cuenta de un paciente en función de la información de las FPG suministrada por un agente calificador. Puede aplicarse este descuento si la solicitud de ayuda financiera no se presentó de manera oportuna. Este descuento se aplica al finalizar el ciclo de facturación personal activo. No se aplica a ninguna cuenta que contenga un pago personal.

Descuento por pago puntual: descuento del 5 % sobre el saldo de la cuenta de pago personal del paciente (incluidos los copagos o deducibles) si se paga en su totalidad en el plazo de 30 días desde la fecha de liquidación. El descuento por pago puntual es para los pacientes del hospital y de Oncology Services, independientemente de su capacidad de pago (este descuento no es para los pacientes de Medical Group). Este descuento es un ajuste administrativo y no se considera ayuda financiera.

Agente calificador: compañía de software contratada por SJ/C para proporcionar una calificación financiera de los pacientes (calculada en función de los datos provenientes de las oficinas de crédito, como activos, pagos de hipoteca, préstamos automotores, deudas de la tarjeta de crédito y otros antecedentes financieros). La calificación financiera se utiliza como un factor para determinar la capacidad de pago de un paciente. Actualmente, SJC tiene contrato con Experian para este servicio.

Descuento de pago personal: porcentaje de descuento sobre el saldo de la cuenta de pago personal de un paciente basado en su condición de no asegurado. Los pacientes no asegurados del hospital y de Oncology Services son elegibles para recibir un descuento de pago personal basado en los AGB más recientes. Los pacientes no asegurados de Medical Group son elegibles para obtener un 50 % de descuento de pago personal si abonan los servicios en el momento de recibirlos, independientemente de su capacidad de pago.

Revisión del historial crediticio sin afectar puntaje: consulta en la que se examina el informe crediticio de un paciente, pero que no se informa a ninguna entidad externa y que solo puede ser vista por el paciente. Esta revisión no afecta de ninguna manera el puntaje de crédito del paciente, y las leyes federales permiten hacerlo porque el proveedor le concede un crédito al paciente al no exigirle que pague por adelantado ninguno de los servicios que pueda prestarle.

No asegurado: condición de un paciente que no cuenta con una cobertura de seguro o de un tercero y que no reúne los requisitos para Medicaid u otra ayuda estatal. También se

podrá clasificar a un paciente como “no asegurado” si tiene seguro pero la aseguradora se niega a pagar los servicios médicos prestados por determinados motivos, como una afección preexistente, el uso de proveedores fuera de la red, etc. Los pacientes que acceden a cualquiera de los beneficios de los seguros automotores, compensación de trabajadores, fondos para las víctimas de delitos, etc. quedan excluidos. Asimismo, quedan excluidos los pacientes que rechacen o no cumplan los requisitos para recibir cobertura por medio de un programa gubernamental o no gubernamental.

Procedimientos

I. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

SJ/C ofrece ayuda financiera a los pacientes que necesiten atención médica de emergencia u otra atención médica necesaria, pero que puedan demostrar su incapacidad de pagar la totalidad o una parte de los cargos que se cobran por los servicios médicos.

Se evaluará la elegibilidad para Medicaid u otros programas de ayuda estatales de los pacientes que carezcan de capacidad de pago financiera. Luego, a los pacientes que no sean elegibles para Medicaid u otros programas de ayuda estatales se los evaluará para que reciban ayuda financiera en virtud de la Política de ayuda financiera (FAP) de SJ/C. La ayuda financiera de SJ/C se proporciona como descuento en virtud de la FAP o como atención gratuita.

La elegibilidad para recibir ayuda financiera de los pacientes asegurados y no asegurados con un saldo de pago personal se basa en las FPG, el ingreso del grupo familiar del paciente, los bienes personales y el monto por atención médica que se adeude a SJ/C del cual sea responsable el paciente. Tras recibir la solicitud de ayuda financiera completa y la constancia de ingresos de un paciente, el nivel de ayuda financiera se determinará mediante una escala de descuentos basada en los cargos brutos o el saldo adeudado luego del pago del seguro. En los Anexos A, B, C, D y E (adjuntos) se incluyen las tablas utilizadas para determinar la categoría de ingresos aplicable y el porcentaje de descuento aplicado al saldo de la cuenta de un paciente. Los Anexos B y C se aplican únicamente a los servicios que prestan los hospitales o SJC Oncology Services – Hilton Head. Los Anexos D y E se aplican únicamente a los servicios que prestan Medical Group, SJ/C Home Health y SJC Oncology Services – Savannah. Los cargos brutos para todos los tratamientos de emergencia y los tratamientos Medicamento Necesarios que presta SJ/C son elegibles para un descuento en virtud de la FAP si el paciente reúne los requisitos.

II. MÉTODO PARA SOLICITAR AYUDA

Para solicitar ayuda financiera, los pacientes deben completar la solicitud de una página (ver el Anexo F adjunto) y presentar una constancia de ingresos. Las solicitudes se pueden pedir a los funcionarios de Registro, a los asesores financieros, a los representantes de Servicio al Cliente o en Avadyne, el proveedor de cobro de cuentas de pago personal (por correo). También se pueden descargar en línea en www.sjchs.org. Los asesores financieros están disponibles para responder preguntas y ayudar a completar la solicitud.

Los pacientes pueden comunicarse con los asesores financieros llamando a cualquiera de los números de teléfono que se indican a continuación:

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

La constancia de ingresos debe incluir lo siguiente:

- Una copia del recibo de sueldo más reciente que incluya los montos de pago brutos del año a la fecha del paciente y su cónyuge, si corresponde, o de sus padres, si el paciente es menor de edad
- Una copia de la declaración del impuesto federal sobre la renta más reciente, incluidos todos los anexos
- Constancia de todo ingreso incluido como “otro ingreso” en la solicitud de ayuda financiera.
- Si el paciente no está en condiciones de proporcionar información sobre sus ingresos, deberá comunicarse con un asesor financiero para solicitar ayuda.

El ingreso se considera como el ingreso bruto del grupo familiar del paciente o si trabaja por su cuenta el ingreso bruto menos los gastos laborales directamente relacionados con la producción de los bienes o la prestación de los servicios. La Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), los pagos de manutención de los hijos y la ayuda financiera de amigos y familiares quedan excluidos del ingreso.

La solicitud completa y la constancia de ingresos pueden enviarse a la siguiente dirección:

SJ/C Patient Accounts
5353 Reynolds Street
Savannah, GA 31405

Las solicitudes también pueden entregarse a los cajeros del hospital o se pueden enviar por fax al 912-819-8639.

Tras recibir la solicitud de ayuda financiera de un paciente, se verificará que incluya la información y los documentos adjuntos solicitados. Avadyne verificará las solicitudes de ayuda financiera del hospital, y el asesor financiero de la CBO verificará las solicitudes de Medical Group y Oncology Services. Además, las calificaciones financieras de los pacientes que tengan saldos de cuenta que superen los \$25,000 se validarán con los datos del agente calificador. Si corresponde, los datos del agente calificador se agregarán a la solicitud de ayuda financiera del paciente. SJ/C no negará la ayuda financiera si el solicitante no presenta información que no haya estado especificada en el formulario de solicitud. Los pacientes que presenten una solicitud de ayuda financiera incompleta recibirán una carta en el plazo de 15 días hábiles en la que se detallará la información necesaria.

En el plazo de 15 días hábiles desde la recepción de la solicitud completa, los pacientes recibirán una carta de notificación. En las cartas de aprobación se indica el porcentaje de descuento en virtud de la FAP de los cargos brutos o del saldo luego del pago del seguro y el saldo que adeuda el paciente si corresponde. Las cartas de denegación incluyen los motivos de la denegación. Si una persona ha realizado un pago(s) que supera el monto que le corresponde según la solicitud aprobada, se le reembolsará el monto del pago que supere \$5.

Los pacientes pueden solicitar ayuda financiera en cualquier momento. Si un paciente está efectuando pagos de conformidad con un plan de pago y la situación de sus ingresos se modifica, podrá solicitar ayuda financiera para pagar el saldo restante. El paciente podrá solicitar ayuda financiera incluso después de que se haya derivado su cuenta a una agencia de cobro.

III. PROCEDIMIENTOS DE FACTURACIÓN

- A. La cobertura de seguro de las cuentas de todos los pacientes se revisa en el transcurso de las 24 horas posteriores a la fecha de la entrevista previa a la admisión o a la fecha de admisión (salvo que la admisión se realice durante el fin de semana). SJ/C intenta cumplir con todos los requisitos de certificación previa de atención administrada; no obstante, en última instancia, es responsabilidad del paciente obtener la certificación previa o autorización para derivación antes de la admisión. SJ/C no será responsable si no se obtiene una certificación previa o una derivación de forma adecuada, a menos que haya asumido la obligación de hacerlo por contrato.
- B. Se evaluará la elegibilidad para Medicaid u otros programas estatales de los pacientes no asegurados tan pronto como sea posible luego de la admisión. Los asesores financieros se reúnen con los pacientes no asegurados y los pacientes con deducibles y coaseguro para identificar la fuente de pago, coordinar los pagos y/o brindar información sobre la FAP. Todos los pacientes podrán consultar a los asesores financieros para abordar sus inquietudes relativas a las opciones financieras.
- C. A los pacientes del departamento de Emergencias se les solicitan los montos por copago y deducible y/o por el coaseguro estimado en el momento del alta. A los pacientes hospitalizados, en observación, de diagnóstico por imágenes y de cirugía ambulatoria se les solicitan los montos por copago y deducible (o los montos estimados) antes de registrarse, mientras se registran o antes del alta.
- D. Es responsabilidad del paciente brindar a SJ/C toda la información necesaria para emitir la factura al seguro. El personal de SJ/C completará y presentará los reclamos en nombre del paciente. Se les facturarán a los pacientes los saldos restantes una vez aplicados los pagos de terceros y los ajustes correspondientes. Incluso si cuenta con un seguro, el paciente es el responsable en última instancia de efectuar el pago de los servicios prestados. Si el seguro del paciente rechaza o deniega el pago de los servicios, SJ/C se los facturará al paciente, salvo que SJ/C tenga prohibido hacerlo por contrato.
- E. El descuento de pago personal es para todos los pacientes no asegurados independientemente de su capacidad de pago y, por lo tanto, no se considera ayuda

financiera. No obstante, si un paciente no asegurado no puede pagar el saldo restante una vez aplicado el descuento de pago personal, podrá solicitar ayuda financiera. Si un paciente no asegurado recibe un descuento de pago personal y posteriormente presenta información válida de un seguro, el descuento de pago personal se revertirá cuando SJ/C facture los servicios al tercero. Si un paciente no asegurado recibe un descuento de pago personal y posteriormente reúne los requisitos para recibir ayuda financiera, el descuento de pago personal se revertirá antes de que se aplique el descuento en virtud de la FAP, para que el ajuste se pueda clasificar como corresponde.

- F. Los pacientes no asegurados del hospital y de Oncology Services (Hilton Head) son elegibles para recibir un descuento de pago personal basado en los AGB más recientes. Este descuento se aplica cuando se realiza la facturación definitiva y se refleja en la primera factura. Los pacientes no asegurados de Medical Group, SJ/C Home Health y Oncology Services (Savannah) son elegibles para recibir un descuento de pago personal del 50 %. El gerente del consultorio o la persona designada procesarán este descuento cuando se procesen o revisen los cargos.
- G. Todos los pacientes del hospital y de Oncology Services (Hilton Head) son elegibles para recibir un descuento por pago puntual del 5 % si abonan la totalidad de los cargos en el plazo de 30 días desde la fecha de su primera liquidación. Los descuentos por pago puntual se clasifican como ajustes administrativos.
- H. Las funciones de facturación para los saldos de pago personal las realiza Avadyne. El ciclo de facturación del paciente comienza con la elaboración de una factura definitiva (en el caso de los pacientes no asegurados) o con el pago o la denegación por parte de la aseguradora (en el caso de los pacientes asegurados). El ciclo de facturación es el siguiente:

Día 1	–	1. ^a liquidación
Día 30	–	2. ^a liquidación
Día 80	–	Último aviso
Día 120	–	Devolución a SJ/C y derivación a la agencia de cobro o desgravación como caridad presunta en función de la calificación financiera del agente calificador

Se realizan llamadas durante todo el ciclo de facturación y se les informa a los pacientes acerca del descuento por pago puntual en la primera liquidación de facturación y la disponibilidad de ayuda financiera en todas las liquidaciones de facturación.

- I. Avadyne también establece y monitorea los planes de pago de los pacientes de conformidad con las siguientes pautas:

<u>Saldo de la cuenta</u>	<u>Cantidad máxima de pagos mensuales permitidos</u>
\$0 - \$50	2
\$51 - \$250	3
\$251 - \$1,000	6
\$1,001 - \$2,500	12

\$2,501 - \$5,000	18
\$5,001 - \$7,500	24
> \$7,500	El paciente debe conseguir financiamiento externo o solicitar ayuda financiera.

Las liquidaciones se proporcionan de forma mensual a los pacientes que tienen un plan de pago aprobado.

Todas las excepciones al procedimiento anterior deben contar con la aprobación del director de Servicios Financieros para el Paciente (en el caso de saldos de cuenta de hasta \$75,000) o del director de Finanzas (en el caso de saldos de cuenta de \$75,000 o más).

- J. El personal de Servicio al Cliente para Cuentas de Pacientes abordará las inquietudes de los pacientes. Toda inquietud no resuelta de un paciente se derivará al líder del equipo de Servicio al Cliente o al gerente de Cuentas de Pacientes. Si surgen preguntas sobre los cargos del paciente, se consultará al gerente del departamento clínico. Si surge una controversia sustancial con respecto a los cargos que figuran en la factura del paciente, es posible que se suspenda el proceso de cobro hasta tanto se resuelva la controversia. Las desgravaciones realizadas como resolución de una inquietud de un paciente o un problema de atención de un paciente deben contar con la aprobación del director de Servicios Financieros para el Paciente o del director de Gestión de Riesgos (hasta \$75,000), el director de Finanzas (\$75,000 a \$150,000) y el presidente/director ejecutivo (\$150,000 o más).

IV. PROCEDIMIENTOS DE AYUDA FINANCIERA

- A. Los descuentos en virtud de la FAP del hospital reciben el nivel de aprobación que corresponde, es decir, el director de Servicios Financieros para el Paciente o la persona que este designe deben aprobar todos los descuentos de ayuda financiera del hospital por debajo de los \$75,000, el director de Finanzas debe aprobar los que superen los \$75,000 y el presidente y director ejecutivo debe aprobar los que superen los \$150,000. El director de la Oficina de Facturación Centralizada o la persona que este designe deben aprobar los descuentos de ayuda financiera de Medical Group y Oncology Services por debajo de los \$25,000. Los descuentos de Oncology Services que superen los \$25,000 deben contar con la aprobación del director ejecutivo de LCRP.
- B. El personal de Verificación de Seguro/Pago procesará los descuentos en virtud de la FAP del Hospital aprobados. El personal local de Avadyne enviará una notificación al paciente por correo acerca del nivel del descuento en virtud de la FAP. El asesor financiero de la CBO procesará los descuentos en virtud de la FAP aprobados para Medical Group y Oncology Services y enviará una notificación por correo al paciente. SJ/C clasifica los descuentos en virtud de la FAP como atención benéfica.
- C. Los pacientes a los que se les niegue la ayuda financiera tienen derecho a apelar. Las apelaciones deben presentarse ante el director de Servicios Financieros para el Paciente. La apelación iniciará la reevaluación de la solicitud de ayuda financiera. Si SJ/C decide

nuevamente rechazar la solicitud de ayuda financiera de un paciente, este tendrá derecho a solicitar la aprobación del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia.

- D. En un esfuerzo razonable por determinar la elegibilidad en virtud de la FAP de los pacientes que no presenten una solicitud, SJC solicitará la calificación de las cuentas que hayan sido devueltas por Avadyne para su envío a una agencia de cobro de deudas incobrables. Al solicitar la calificación, se realizará una revisión de los antecedentes crediticios sin afectar puntaje en el informe crediticio del paciente. Esta calificación se utilizará como constancia de elegibilidad para caridad presunta. El porcentaje de descuento se basará en las escalas de cargos con descuento del Hospital. Los saldos que no reúnan los requisitos para recibir un descuento se derivarán a una agencia de cobro.
- E. La realización de un ajuste por caridad presunta en la cuenta no impide que la cuenta sea enviada a una agencia de cobro de deudas incobrables. Se enviará una notificación al paciente sobre este descuento adicional junto con un resumen de la FAP. El paciente tendrá 30 días para enviar la solicitud de ayuda financiera con la documentación de respaldo si considera que podría ser elegible para recibir un descuento mayor.
- F. Todo paciente que no encuadre en las pautas de SJ/C para recibir un descuento o cuya situación financiera se haya modificado, pero de todos modos considere que no puede pagar ni establecer acuerdos de pago adecuados, podrá solicitar ayuda completando la solicitud de ayuda financiera y presentando una constancia de ingresos. Estas solicitudes se considerarán según cada caso en particular. Se aplicará la misma autoridad de aprobación descrita en la Sección IV (A) que antecede, y el Servicio al Cliente procesará la desgravación y notificará al paciente.
- G. Si el paciente recibe una condonación de la deuda en virtud de un proceso concursal, el saldo de la cuenta se desgravará y se clasificará como caridad. El hospital utiliza los códigos de ajuste AWAGEARNER y ABANKRUPTCY. Si la cuenta ya ha sido clasificada como deuda incobrable y está en manos de la agencia de cobro, se utilizarán los mismos códigos para ajustar la cuenta utilizando la publicación de Recuperación de Deudas Incobrables. En el Libro Mayor, se reclasificarán como caridad.
- H. Además de la ayuda financiera, el director de Finanzas puede aprobar un ajuste al saldo de la cuenta de un paciente por cuestiones de buena reputación, relaciones públicas o gestión de riesgos, siempre y cuando no haya intención de influir las derivaciones del paciente ni inducir a un beneficiario de algún programa de atención médica federal a solicitar los servicios de SJ/C.

V. FALTA DE PAGO

Las cuentas de los pacientes en las que no se haya recibido pago alguno y no se haya solicitado ayuda financiera se derivarán a una agencia de cobro 120 días después de emitida la factura del paciente. Los pacientes cuyas cuentas se hayan derivado a una agencia de cobro podrán solicitar ayuda financiera de todos modos.

SJ/C requiere la aprobación del director de Servicios Financieros para el Paciente para implementar una “medida de cobro extraordinaria” (ECA), salvo para informar a las oficinas de crédito sobre una cuenta del paciente. El director tendrá autoridad y responsabilidad definitivas para determinar si SJ/C hizo todo lo razonablemente posible por determinar si un paciente es elegible en virtud de la FAP antes de implementar la ECA. El director confirmará que se hayan tomado las siguientes medidas antes de aprobar la ECA sobre la cuenta de un paciente:

- El paciente ha recibido la notificación de la ECA en un plazo mínimo de 120 días tras la facturación.
- En la notificación se especificaba la posible ECA que se tomaría si el paciente no enviaba una solicitud de ayuda financiera completa o pagaba el monto adeudado antes de la fecha límite (especificada en la notificación).
- La notificación de la ECA se entregó al paciente 30 días antes de la fecha límite de la ECA.

El director también inspeccionará el registro de facturación del paciente antes de aprobar una ECA sobre su cuenta. El director confirmará si el registro de facturación incluye las siguientes comunicaciones con el paciente:

- Se le entregó una solicitud de ayuda financiera resumida en lenguaje sencillo antes del alta.
- Todas las liquidaciones y otras comunicaciones de facturación se le proporcionaron en lenguaje sencillo.
- En todas las comunicaciones verbales con el paciente se le proporcionó información sobre la ayuda financiera en un lenguaje sencillo.
- Se le entregó al paciente al menos una notificación de una posible ECA.

SJ/C autoriza a la agencia de cobro a adoptar las siguientes ECA a fin de obtener el pago de la factura de un paciente. La agencia de cobro no está autorizada a implementar estas ECA en aquellas circunstancias en las que SJ/C tampoco podría hacerlo:

- Gravar o ejecutar los bienes de una persona;
- Embargar o incautar la cuenta bancaria de una persona o cualquier otro bien mueble;
- Embargar sueldos;
- Iniciar una demanda civil; o
-

VI. PUBLICACIÓN DE LA FAP

La Política de ayuda financiera, la solicitud de ayuda financiera y un resumen en lenguaje sencillo están disponibles en el sitio web de SJ/C, en www.sjchs.org. La FAP, la solicitud de ayuda financiera y el resumen en lenguaje sencillo también se podrán solicitar sin cargo por correo o en las áreas de registro del paciente y los cajeros de SJ/C en formato impreso, tanto en inglés como en español.

La disponibilidad de ayuda financiera se promociona con carteles visibles en todas las áreas de ingreso y alta, en todos los centros. Además, se entrega un resumen en lenguaje sencillo a las filiales de promoción comunitaria de SJ/C, African American Resource Center, Georgia Infirmary, St. Mary's Community Center y Good Samaritan Clinic.

Los compañeros de trabajo deberán derivar a los pacientes que soliciten ayuda financiera o que indiquen que no pueden pagar el monto total del saldo de su cuenta al Servicio al Cliente para Cuentas de Pacientes. Los compañeros de trabajo que no trabajen en el departamento de Cuentas de Pacientes no deben hacer manifestaciones ni promesas específicas a los pacientes con respecto a si reúnen los requisitos para recibir algún tipo o monto de ayuda financiera.

VII. POLÍTICA DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

SJC tiene una política de EMTALA (Política administrativa N.º 1102A EMTALA, Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo) y todos los empleados se capacitan en consonancia con ella. Los compañeros de trabajo del departamento de Emergencias deberán cumplir con las políticas y los procedimientos de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo (EMTALA) cuando respondan las inquietudes de los pacientes del departamento de Emergencias con respecto a los cargos y los asuntos financieros relacionados.

Aprobado:

Firma

Fecha de implementación original: 10/21/2010

Fecha de entrada en vigencia del sistema: 06/18/2015

Próxima fecha de revisión: 06/2018

Departamento/comité que elaboró la política: Cuentas de Pacientes

Revisado: 06/15

Corregido: 06/15

Rescindido:

Número de la política anterior: N.º 8221-02 (SJ)

Política administrativa n.º 1069-A Cobro de créditos

Política administrativa n.º 1194-A Ayuda financiera

Referencia legal:

Referencia cruzada:

[Haga clic aquí para reconocer que ha leído esta política.](#)

ANEXO B

**Categorías de nivel de ingresos de ayuda financiera y porcentajes de descuento
Paciente asegurado**

Para St. Joseph's Hospital, Candler Hospital y 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 %

Vigencia: 02/1/17

ANEXO C

**Categorías de nivel de ingresos de ayuda financiera y porcentajes de descuento
Pacientes no asegurados**

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

Cargos facturados	% de ajuste para pacientes no asegurados						
	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 %	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 %

Vigencia: 02/1/17

ANEXO D

Categorías de nivel de ingresos de ayuda financiera y porcentajes de descuento Pacientes asegurados

Para SJC Medical Group, SJC Home Health y SJC 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 %

Vigencia desde
2/1/17

ANEXO E

Categorías de nivel de ingresos de ayuda financiera y porcentajes de descuento

Pacientes no asegurados

Para SJC Medical Group, SJC Home Health y SJC 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 %

Vigencia: 02/1/17

ANEXO F



Solicitud de ayuda financiera

Nombre del paciente _____ N.º de seg. soc. _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Teléfono _____
(CALLE) (CIUDAD) (ESADO) (CÓD. POSTAL)

Nombre del padre/madre (si el paciente es menor) _____ N.º de seg. soc. _____

¿Tiene empleo? [] Sí [] No En caso afirmativo, incluya el nombre de su empleador _____

Describa su salario por hora, la cantidad de horas de trabajo por semana y la fecha del contrato \$ _____ h
_____/_____/_____

¿Está casado?: [] Sí [] No Nombre del cónyuge _____ N.º de seg. soc. _____

¿Su cónyuge tiene empleo? [] Sí [] No En caso afirmativo, incluya el nombre de su empleador _____

Describa su salario por hora, la cantidad de horas de trabajo por semana y la fecha del contrato \$ _____ h
_____/_____/_____

¿Cuántos dependientes habitan en su residencia? _____ Describa la cantidad de familiares que habitan en su residencia _____
(un dependiente es una persona que usted declara como exención personal para la devolución del impuesto federal sobre la
renta. Si usted es estudiante y su padre/madre lo declararon en su devolución del impuesto federal sobre la renta, debe
incluirse la información sobre su renta).

¿Es propietario de su vivienda? [] Sí [] No En caso afirmativo, ¿cuál es su valor estimado? \$ _____

¿Es propietario de otro bien inmueble? [] Sí [] No En caso afirmativo, ¿cuál es su valor estimado? \$ _____

¿Tiene algún bien de los que se enumeran a continuación? [] Sí [] No En caso afirmativo, enumérela:

Table with columns for Automóviles (Marca, Año, Valor \$) and Cuenta corriente/caja de ahorro/cuenta de mercado monetario (Banco, Saldo \$).

Enumere otra renta mensual:

Seguro social/seguridad de ingr. suplem. \$ _____ \$ _____ \$ _____ Paciente Cónyuge Hijo Pensión conyugal/cuota alimentaria \$ _____
as/préstamos educativos \$ _____

Jubilación \$ _____ \$ _____ Paciente Cónyuge Ayuda pública \$ _____
Fondo fiduciario \$ _____

Ingreso por inversiones \$ _____ Otro \$ _____

Ingreso por alquileres \$ _____ Explicación _____

¿El paciente recibe un pago de un tercero que pueda cubrir esta factura (automóvil, capital de trabajo [WC], etc.) [] Sí [] No

Se exigen los documentos enumerados a continuación en los casos aplicables. Inclúyalos con su solicitud.

_____ Copia del talón de pago más reciente con las sumas correspondientes al último año; incluya los talones de pago del
paciente, su cónyuge y sus padres (si es menor)

_____ Copia de la devolución del impuesto federal sobre la renta más reciente con todas las declaraciones complementarias

_____ Prueba de cualquier ingreso enumerado como otros ingresos en la sección anterior

Si no puede brindar una prueba del ingreso, proporcione una explicación _____

Si no presentó una devolución de impuesto el año anterior, proporcione una explicación _____

Los pacientes que solicitan ayuda financiera deben solicitar previamente todos los demás beneficios médicos disponible, incluido Medicaid.

Certifico que toda la información que antecede es fiel y completa. Comprendo que el hospital usa esta solicitud para juzgar mi elegibilidad
para recibir ayuda financiera en virtud de los criterios establecidos en el hospital. Por medio de la presente, otorgo permiso y autorizo a
cualquier representante del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia a divulgar toda la información sobre el estado de mi solicitud de
Medicaid al hospital y, en caso de que tal solicitud sea desaprobada, el motivo de la desaprobación.

Comprendo que la información que proporcione está sujeta a la verificación del hospital, incluidas agencias de informes de créditos, entre otras, según corresponda. Comprendo que esta solicitud está sujeta a los cargos del hospital y no a los cargos del médico.

El hospital se reserva el derecho a rescindir el otorgamiento de ayuda financiera si corrobora que cualquier información proporcionada es incorrecta.

Firma del solicitante

Fecha

