

Revisado/Revisado Fecha: 2/2021	Siguiente fecha de revisión: 2/2022	Aprobado por: Executive Leadership Team: 2/15/2021 Aprobado por: Patronato: 2/23/2021	Fecha de vigencia: 2/23/2021
------------------------------------	---	---	------------------------------------

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA Y FACTURACIÓN Y POLÍTICA DE COBROS

I. PROPÓSITO:

- A. Para asegurar que se hagan esfuerzos razonables para determinar si un paciente de JMH es responsable del pago total o parcial de una cuenta y si el paciente es elegible para recibir asistencia bajo la Política de Asistencia Financiera (FAP) ofrecida por Johnson Memorial Health (JMH).
- B. Establecer las acciones que JMH tomará en caso de saldo impago de responsabilidad del paciente de servicios hospitalarios o ambulatorios, servicios de instalaciones post-agudas, servicios médicos y/o servicios de salud en el hogar.
- C. Esta póliza se aplica a la facturación y cobro de saldos de pago por cuenta propia tanto para pacientes no asegurados como para pacientes con seguro, incluidos copagos, coseguros y deducibles. Esta política no incluye las acciones necesarias para hacer cumplir un gravamen legal que pueda existir a favor de JMH con respecto a los ingresos de cualquier recuperación de terceros a la que el paciente pueda tener derecho.

II. OBJETIVO:

Como parte de su misión de proporcionar servicios de salud de calidad a nuestra comunidad, JMH se compromete a atender las necesidades de atención médica de todos sus pacientes independientemente de su capacidad de pago. Para ayudar a los pacientes, JMH ha establecido esta Política de Asistencia Financiera y la Política de Facturación y Cobro con el fin de proporcionar alivio financiero a los pacientes elegibles que reciben servicios de emergencia o médicamente necesarios.

Esta política incluye:

- Criterios de elegibilidad para asistencia financiera – atención gratuita y con descuento (es decir, asistencia financiera parcial).
- Describe la base para calcular los montos cobrados a los pacientes elegibles para asistencia financiera bajo esta política.

- Describe el método por el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera. Describe cómo JMH dará a conocer ampliamente la política dentro de la comunidad.
- Limita la cantidad que JMH facturará a los pacientes no asegurados por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a las cantidades generalmente facturadas (AGB) por JMH a pacientes asegurados comercialmente o de Medicare,
- Describe la política de facturación y cobros de JMH.

III. DEFINICIONES:

- A. Montos generalmente facturados (AGB) (26 CFR Parte 1 §1.501(r)-(1)(b)(1)) significa los montos generalmente facturados por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a las personas que tienen seguro que cubre dicha atención.
- B. Porcentaje de AGB (26 CFR Parte 1 §1.501(r)-(1)(b)(2)) significa un porcentaje de cargos brutos que JMH utiliza para determinar el AGB para cualquier emergencia u otra atención médicamente necesaria que proporciona a una persona que es elegible para la asistencia bajo su FAP. El porcentaje de AGB se calcula anualmente y dentro de los 60 días siguientes al cierre del año fiscal del hospital y se utiliza para determinar la relación de cobro porcentual de AGB para los presuntos pacientes no asegurados elegibles, es decir, el método "Look-Back".
- C. Período de solicitud (26 CFR Parte 1 §1.501(r)-(1)(b)(3)) significa el período durante el cual JMH debe aceptar y procesar una solicitud de Asistencia Financiera bajo el FAP presentada por una persona en orden para determinar si la persona es elegible para FAP bajo §1.501(r)-6(c). El período de solicitud comienza en la fecha en que se proporciona la atención y termina a más tardar el día 240 después de la fecha en que se proporciona el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta para la atención o por las excepciones enumeradas en 26 CFR Parte 1 §1.501(r)-(1)(b)(3)(i) y (ii).
- D. Política de facturación y cobros (26 CFR Parte 1 §1.501(r)-(1)(b)(5)) significa una política escrita que incluye todos los elementos requeridos de (§1.501 – 4(b)(4)(i)).
- E. Fecha Prevista 26 CFR Parte 1 §1.501(r)-(1)(b)(6)), significa, en caso de cualquier declaración de facturación, notificación escrita u otra comunicación escrita, (incluyendo electrónica, o entregada a mano) que se envíe por correo, la fecha de envío por correo. La fecha en que se proporciona una declaración de facturación, notificación por escrito u otra comunicación escrita también puede ser la fecha en que dicha comunicación se envía electrónicamente o se entrega a mano.
- F. El alta (26 CFR Parte 1 §1.501(r)-(1)(b)(7)) significa liberarse de un centro hospitalario después de que se haya proporcionado la atención,

independientemente de si esa atención se ha proporcionado de forma hospitalaria o ambulatoria. Así, se considera "posterior al alta" un estado de facturación de la atención si se proporciona a una persona una vez prestada la atención y la persona ha abandonado el centro.

- G. Acción Extraordinaria de Recaudación (TCE) (26 CFR Parte 1 §1.501(r)-(1)(b)(11)) significa cualquier acción contra una persona relacionada con la obtención de un saldo de pago por cuenta propia que requiere un proceso legal o judicial o implica la venta de un saldo de pago por cuenta propia a otra parte o reportar información adversa sobre el paciente o individuo responsable a agencias de informes de crédito al consumidor o agencias de crédito o aplazar una atención médicamente necesaria debido al impago de la atención proporcionada previamente. Los ECAs no incluyen una acción para perfeccionar el gravamen legal sobre las reclamaciones de responsabilidad o indemnización otorgadas a la atención médica proporcionada bajo la Ley de Indiana.
- H. Política de Asistencia Financiera (FAP) (26 CFR Parte 1 §1.501(r)-(1)(b)(12)) significa Política de Asistencia Financiera de JMH. Consiste en un programa de dos partes que es para (1) individuos sin seguro médico que, en función de su estatus de seguro, recibirán la asistencia no asegurada de AGB y (2) personas que deseen solicitar más asistencia, completando una Solicitud de Asistencia Financiera (es la asistencia basada en el 300% del Nivel Federal de Pobreza de ingresos y/o activos).
- I. Individuo elegible para FAP (26 CFR Parte 1 §1.501(r)-(1)(b)(15)) significa una Persona elegible para asistencia financiera bajo el FAP sin tener en cuenta si la persona ha solicitado asistencia.
- J. Gastos brutos, o la Tasa Maestra de Cargo (26 CFR Parte 1 §1.501(r)-(1)(b)(16)), significa el precio completo y establecido de JMH para la atención médica que JMH cobra consistente y uniformemente a los pacientes antes de aplicar cualquier asignación contractual, descuento o deducciones.
- K. Resumen del lenguaje llano hospitalario de la FAP (26 CFR Parte 1 §1.501(r)-(1)(b)(24)) significa una declaración escrita que notifica a una persona que JMH ofrece asistencia financiera bajo la FAP para servicios hospitalarios y ambulatorios y contiene la información requerida para ser incluida en dicha declaración bajo la FAP. Las copias de la política están disponibles de forma gratuita para el público. Las copias de la póliza están disponibles en la Oficina de Servicios Financieros del Paciente y la Oficina de Registro del hospital. La información de FAP se incluye en cada estado de cuenta de facturación, en el sitio web de JMH y se puede solicitarse por correo.
- L. Fecha límite de respuesta del paciente (pago o solicitud de FAP) significa la fecha en que JMH puede iniciar una Acción De Cobro Extraordinaria (TCE) contra la persona responsable que no ha pagado o presentado una solicitud de Asistencia Financiera. Esta fecha (1) no

puede ser antes de los 120 días después de la^{1.000} declaración sumaria del lenguaje llano (PLS) y la solicitud de asistencia financiera (FAA) a menos que la parte no proporcionó una dirección legal adecuada para el contacto, y (2) no puede ser anterior a 30 días después de que se haya notificado a la persona que las AEC pueden iniciarse.

- M. Cuenta de pago por cuenta propia significa el saldo del paciente después de que todos los posibles pagos y ajustes han sido recibidos / aplicados desde el seguro u otros terceros.
- N. Individuo responsable significa un padre, tutor u otra persona que es financieramente responsable o es un garante de la cuenta de un paciente. También puede significar un representante de atención médica u otra persona que pueda dar su consentimiento a la atención del paciente y recibir información sobre el paciente.
- O. Subasegurado significa que las personas que tienen grandes deducibles cuando no se recibe ningún pago por su plan de seguro, serán elegibles para el descuento no asegurado o subasegurado equivalente al 40%. Estas personas también pueden solicitar asistencia financiera.

Con el fin de gestionar sus recursos de manera responsable y permitir que el Hospital Johnson Memorial proporcione el nivel adecuado de asistencia al mayor número de personas necesitadas, la Junta de Síndicos establece las siguientes directrices para las disposiciones de asistencia financiera del paciente.

IV. ALCANCE:

Estos proveedores de salud de Johnson Memorial están cubiertos bajo la Política de Asistencia Financiera del Hospital Johnson Memorial:

- Johnson Memorial Hospital
- Médicos de Familia del Condado de Johnson
- Johnson Memorial Hospital Afiliados Médicos
- Médicos del Centro de Atención Ortopédica
- Médicos del Grupo de Atención a la Mujer
- JMH Especialistas Pediátricos
- Johnson Memorial Home Health
- Franklin Surgical Associates
- Johnson Memorial Anestesia Proveedores de Servicios
- Medicina de Emergencia del Condado de Boone
- Servicio de Atención Inmediata del Hospital Johnson Memorial
- Johnson Memorial Hospital Basado Médicos

V. EXCEPCIONES:

Las excepciones a esta política son:

- Servicios que no cumplen con las pautas de necesidad médica de Medicare.
- Servicios que se ofrecen con descuento en paquete que incluye cirugía bariátrica, servicios de parto de maternidad y cualquier otro servicio en paquete ofrecido por JMH.
- Servicios que no son urgentes (es decir, inmunizaciones, físicos, procedimientos anticonceptivos, etc.).

VI. ELEGIBILIDAD:

La elegibilidad para la Asistencia Financiera se considerará para aquellas personas que estén bajo seguro, no aseguradas e inelegibles para cualquier programa de beneficios de atención médica del gobierno y que no puedan pagar por su atención basándose en la determinación de la necesidad financiera de acuerdo con esta política. La concesión de asistencia financiera se basará en una determinación individualizada de la necesidad financiera y no tendrá en cuenta la edad, el género, la raza, el estatus de inmigrante, la orientación sexual o la afiliación religiosa.

- A. La elegibilidad presuntiva para asistencia financiera se otorgará a cualquier persona sin seguro antes de la presentación de la factura al paciente para su pago. El supuesto monto de ajuste de elegibilidad se basará en el reembolso basado en DRG de Medicare para estancias hospitalarias, y en las pautas de pago por servicio para las visitas de Observación y Cirugía. Todos los demás servicios recibirán un descuento porcentual determinado anualmente basado en el porcentaje de AGB de cargos brutos y cobros de servicios y planes de seguro privados.
- B. Las personas que reciban el descuento no asegurado pueden solicitar asistencia bajo la Política de Asistencia Financiera. Las personas a las que se les otorga asistencia financiera deben volver a solicitarla anualmente. Aquellos que reciban asistencia recibirán una tarjeta de elegibilidad de la FAP que identifica cuándo termina la asistencia.
- C. La elegibilidad para la asistencia financiera se determinará en función de los ingresos familiares de un paciente y el número de miembros en el hogar. El hogar se define como una familia/grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas. El paciente es elegible para asistencia financiera cuando el paciente tiene ingresos familiares iguales o inferiores al 300% de las pautas federales de pobreza, según lo determinado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (directrices sobre pobreza).

VII. Responsabilidad del paciente:

La asistencia financiera no sustituye la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de Johnson Memorial para obtener asistencia financiera u otras formas de pago. Se alentará a las personas con capacidad financiera para comprar un seguro de salud a que lo hagan, como medio para garantizar el acceso a los servicios de atención médica, para su salud personal general y para la protección de sus activos individuales.

Mesa	Cantidad de descuento y responsabilidad del paciente			
	< 250% FPL	251-275% FPL	276-300% FPL	Sin seguro
Descuento del paciente:	100%	75%	50%	60%
El paciente paga:	0%	25%	50%	60%

VIII. NOTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA (FAP):

Se hará un esfuerzo razonable para informar a los pacientes y a su persona responsable (si existe) de la JMH FAP. Las notificaciones se mostrarán en las áreas de registro del hospital, la página web del hospital, las prácticas médicas empleadas por JMH, las facturas presentadas al paciente, y otras oportunidades como cartas y llamadas telefónicas que respondan a las consultas de facturación.

IX. ESFUERZOS DE COLECCIÓN:

La puntualidad de las prácticas de colección para JMH tendrá en cuenta la relación de la Asistencia Financiera de JMH y el potencial de que un paciente pueda calificar para Asistencia Financiera. La forma en que se facturará a un paciente por cualquier saldo adeudado por los servicios prestados será en forma de una declaración que resuma los servicios prestados y el monto adeudado. Los pacientes que se presumen elegibles para FAP debido a la falta de seguro recibirán un ajuste no asegurado pre-facturado. No menos de cuatro avisos serán enviados a la parte responsable antes de la remisión a una agencia de cobro externa. En los casos en que JMH recibe correo devuelto y no hay información adicional disponible, la cuenta puede ser remitida directamente a la agencia de cobro. Si el paciente o persona responsable proporcionó un número de teléfono válido a JMH, JMH intentará ponerse en contacto con la persona por teléfono para solicitar los arreglos de pago. Después de la remisión a una agencia de cobro, la consideración de asistencia financiera será aplicable durante 120 días. Si el paciente o persona responsable solicita asistencia durante ese período de tiempo, la solicitud de asistencia se manejará de la misma manera que antes de la derivación.

Consulte la tabla siguiente para obtener un resumen del proceso de recopilación, incluidos los plazos de los estados de cuenta del paciente y los plazos de asistencia financiera.

Procesamiento de declaraciones del paciente:						Referencia de la Agencia de Cobro
	Declaración 1	Declaración 2	Declaración 3	Declaración 4		
Sin seguro	Después de que se aplicó el descuento sin seguro	30 días 1ª Declaración	30 días 2ª Declaración	30 días 3ª Declaración		Declaración 30 días 4
Asegurado	Después de que el seguro pague	30 días 1ª Declaración	30 días 2ª Declaración	30 días 3ª Declaración		Declaración 30 días 4
	Después de que el seguro se rechaza	30 días 1ª Declaración	30 días 2ª Declaración	30 días 3ª Declaración		Declaración 30 días 4
Ins pago total	Sin declaración					
Correo de devolución	Si no hay información adicional /nueva dirección localizada				Debido a información falsa	

X. Acciones extraordinarias de recolección:

JMH no impondrá acciones extraordinarias de cobro sin antes hacer esfuerzos razonables para determinar si ese paciente es elegible para asistencia financiera.

La documentación de que se han tomado medidas razonables se define como:

- a.) Validar que el paciente debe la factura no pagada y que todas las fuentes de seguro han sido facturadas por JMH sujeto a la presentación oportuna de la información del seguro por el paciente.
- b.) Demostrar que JMH ha hecho esfuerzos razonables para notificar a los pacientes que la Asistencia Financiera está disponible.
- c.) Mantener documentación que apoye a los pacientes no es elegible para asistencia financiera en el momento de su solicitud.
- d.) Documentación de que la cuenta del paciente ha seguido todo el ciclo de colección antes de la colocación con una agencia de cobro.

INFORMACIÓN PROCEDIMENTAL ADICIONAL:

- A. **Medicamento necesario:** Sera evaluado caso por caso a discreción de JMH. Los casos que no estén claramente definidos por los signos/síntomas y diagnósticos de resultados serán evaluados por personas clínicamente capacitadas para ayudar con la determinación final.
- B. **Servicios de emergencia:** Servicios tratados en el entorno de emergencia definido como:
 - 1.) Servicios para una condición que, si no se trata con prontitud, conduciría a un cambio adverso en el estado de salud de una persona.

2.) Servicios electivos prestados en respuesta a circunstancias potencialmente mortales en un entorno de sala que no es de emergencia.

- C. La solicitud de asistencia financiera debe ser completada por el paciente o miembro de la familia que sea designado como representante de atención médica o persona responsable.
- D. La solicitud debe completarse en su totalidad y debe recibirse dentro del plazo designado. Los solicitantes deben permitir que JMH comparta el estatus financiero con otras partes involucradas con su cuidado.
- E. Los solicitantes deben ayudar a JMH en la aplicación de programas federales o estatales que proporcionan asistencia para la atención médica.
- F. Se prefiere, pero no se requiere, que se produzca una solicitud de Asistencia Financiera y una determinación de la necesidad financiera antes de la prestación de los servicios médicamente necesarios no emergentes. Sin embargo, la determinación puede hacerse en cualquier momento del ciclo de colección. La necesidad de asistencia financiera debe actualizarse anualmente.
- G. La elegibilidad de asistencia financiera presuntiva puede determinarse en los casos en que un paciente puede parecer elegible para descuentos de Asistencia Financiera, pero no hay ningún formulario de Asistencia Financiera en el archivo debido a la falta de documentación de apoyo. A menudo hay información adecuada proporcionada por el paciente o a través de otras fuentes que podrían proporcionar al paciente asistencia financiera. JMH puede utilizar asistencia externa para validar los montos de ingresos para la base de determinar la elegibilidad y el único descuento que se puede otorgar es 100% Asistencia Financiera.

Referencias:	
POLÍTICAS/FORMULARIOS RELACIONADOS:	
NORMAS REGULATORIAS / DE ACREDITACIÓN ABORDADAS:	Registro Federal Vol. 79, N0. 250, 31 de diciembre de 2014; Departamento del Tesoro 26 CFR parte 1, 53, 501(r) y 602
REVISADO POR:	DIRECTOR FINANCIERO; Director del Ciclo de Ingresos
Propietario:	CFO