

Título: Política de Ayuda Financiera para instalaciones no hospitalarias de Banner Health	
Número: 1455, Versión: 8	Fecha original: 21 oct 2009
Fecha de entrada en vigor: 24 jul 2023	Fecha de la última revisión/modificación: 24 jul 2023
Fecha de la próxima revisión: 24 jul 2024	Autor: Alex Paraison, Dena Sanders, Jonathan McGee y Adrienne Moore
Aprobado por: Comité de Políticas Administrativas, director financiero, administradores de PolicyTech	
Unidad/centro de operaciones separado:	Servicios ambulatorios Servicios ambulatorios de Banner Behavioral Health Centro Oncológico de Banner MD Anderson Banner Medical Group Centros quirúrgicos de Banner Servicios de atención de urgencia de Banner Banner University Medical Group Banner Alzheimer's Institute Salud ocupacional/servicios a los empleados Clínicas de salud rurales Clínicas de Banner Health Banner Imaging Services Banner Home Care and Hospice (BHCH) Servicios de farmacia de Banner Servicios de cuidados posagudos (CPA) Investigación

I. Propósito/Población:

- A. Propósito: esta política tiene por objeto establecer una metodología coherente y no discriminatoria para la prestación de atención de emergencia gratuita o con descuento y otra atención médicamente necesaria (no electiva) por parte de los proveedores de Banner Health (BH) en centros no hospitalarios; esta política también establece las políticas de facturación y cobro de dichos servicios facturados a los pacientes.
- B. Población: todos los empleados.

II. Definiciones:

- A. Saldo después del seguro (BAI, por sus siglas en inglés): cualquier monto adeudado por el paciente una vez finalizados los pagos del seguro (p. ej., deducibles, copagos y coaseguros). El BAI no incluye la porción del costo que corresponde al paciente de Medicaid por los servicios cubiertos (según lo determina el estado como un monto que el paciente debe pagar para ser elegible para Medicaid), y BH no está autorizado a proporcionar ayuda financiera para financiar este monto ni a renunciar a él.
- B. Facturación de proveedores de BH: cualquier factura generada por un servicio profesional prestado por un proveedor de BH.

- C. Proveedor BH: un proveedor que es: (1) empleado de BH, Banner Medical Group, Banner Medical Group Colorado, Banner-University Medical Group o cualquier otro afiliado bajo control de BH; o (2) un proveedor independiente que haya cedido a BH el derecho a recibir el reembolso por los servicios profesionales prestados.
- D. Atención de Caridad: servicios cubiertos prestados a un paciente por los cuales no se espera que este pague monto alguno.
- E. Servicios Cubiertos: incluye los servicios de hospitalización, ambulatorios y de urgencia médicamente necesarios para los que se genera una facturación del proveedor de BH.
- F. Atención con descuento: se refiere a los servicios cubiertos prestados a un paciente por los cuales se espera que este pague un monto con descuento.
- G. Afección Emergente: se refiere a una afección médica de un paciente derivada de la aparición repentina de un estado de salud con síntomas agudos que, a falta de atención médica inmediata, es razonablemente probable que ponga su salud en peligro grave, que provoque un deterioro grave de sus funciones corporales o que provoque una disfunción grave de cualquiera de sus órgano o parte del cuerpo.
- H. Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés): se refiere al nivel de ingresos anuales para grupos familiares de diversos tamaños establecido por el Gobierno federal.
- I. Cargo bruto: la tarifa de un servicio cubierto que se cobra generalmente a todos los pacientes, independientemente de si un paciente tiene cobertura de seguro de terceros.
- J. Medicaid: todos los programas de seguro estatales y federales que incluyen (entre otros) Medicaid, Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS, por sus siglas en inglés), Programa de Atención a Personas Indigentes de Colorado (CICP, por sus siglas en inglés) y Programa Federal de Servicios de Emergencia (FES, por sus siglas en inglés).
- K. Grupo familiar médicamente indigente: grupo familiar con gastos médicos incurridos durante los 12 meses anteriores, cuando la porción de la que es responsable el grupo familiar supere el 50 % de sus ingresos totales para ese año. Con el fin de determinar si un grupo familiar es médicamente indigente, se incluyen todos los gastos médicos, incluso aquellos no relacionados con BH.
- L. Médicamente necesarios: servicios prestados por un proveedor de BH que cumplen todos y cada uno de los siguientes criterios:
 - 1. son necesarios para tratar una dolencia, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas;
 - 2. son compatibles con el diagnóstico y el tratamiento de las afecciones del paciente;
 - 3. se proporcionan de acuerdo con las normas de buena práctica médica;
 - 4. no se brindan por conveniencia del paciente o de su médico, y
 - 5. corresponden al nivel de atención más adecuado para el paciente, según lo determine su afección médica y no su situación económica o familiar.

Los servicios prestados por un hospital para tratar una afección urgente se consideran "médicamente necesarios".

- M. Servicios Financieros para Pacientes (PBM, por sus siglas en inglés): la unidad operativa de BH responsable de facturar y cobrar las cuentas de pago por cuenta propia por los servicios del hospital, incluidos los copagos y los deducibles.
- N. Clínica calificada: cualquier centro de salud, clínica u otro entorno de atención no hospitalaria en el que un médico del proveedor de BH ejerza regularmente y esté recibiendo, ya sea directa o indirectamente, ayuda para el reembolso de préstamos estudiantiles a través de cualquier programa gubernamental que exija que cualquier médico que reciba dicha ayuda para el reembolso de préstamos estudiantiles ejerza en un entorno que ofrezca una escala de pago de honorarios para los pacientes con base en los ingresos individuales o particulares del paciente.
- O. Tarifa de pago por cuenta propia: monto de los servicios cubiertos que se cobra a los pacientes no asegurados, que equivale a un descuento del 30 % sobre el cargo bruto de ese servicio cubierto.
- P. Seguro de terceros: entidad (corporación, plan de salud de una empresa o fideicomiso, empresa del mercado de atención médica, beneficio de pago médico de una política de automóvil, compensación al trabajador, etc.), que no sea el paciente (o garante), que pagará la totalidad o una parte de las facturas médicas del paciente.
- Q. Paciente con seguro insuficiente: paciente con cobertura de seguro de terceros, pero con limitaciones significativas o corresponsabilidad, incluidos deducibles, copagos y coaseguro.
- R. Paciente no asegurado: paciente sin seguro de terceros y que no está inscrito en un programa de seguro gubernamental. A los pacientes no asegurados se les cobra inicialmente la tarifa de pago por cuenta propia por los servicios cubiertos.

III. Política:

- a. No discriminación. BH ofrece asistencia médica de calidad a todos los pacientes, independientemente de su raza, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad, edad, orientación sexual, identidad de género, condición de veterano o capacidad de pago.
- b. Alcance. Esta política se aplica a los servicios cubiertos prestados por un proveedor de BH en instalaciones no hospitalarias de BH. Esta política no aplica a los procedimientos estéticos o a los que no sean médicamente necesarios, salvo que se determine de manera individual.
- c. Programa. Esta política establece el Programa de Asistencia Financiera de BH para centros no hospitalarios que, en función de los ingresos familiares del paciente y del monto de los gastos médicos, determina si un paciente reúne los requisitos para recibir Atención de Caridad o Atención con Descuento. Se proporcionará ayuda financiera para los servicios cubiertos a los siguientes pacientes: (1) pacientes no asegurados o con seguro insuficiente y que cumplen los requisitos de ingresos familiares establecidos en esta política; o (2) son miembros de un grupo familiar médicamente indigente. A los pacientes de la clínica que reúnan los requisitos se les cobrarán los servicios cubiertos según una escala de pago, tal y como se establece en los secciones III.C.i y III.C.ii siguientes.

- i. Ayuda financiera en función de los ingresos familiares. Los pacientes no asegurados o con seguro insuficiente podrán optar a una ayuda financiera basada en los ingresos familiares si: (1) los ingresos del familiar son iguales o inferiores al 400 % del FPL; y (2) llenan una solicitud de ayuda económica o se determina que son presuntamente elegibles (consulte la sección III.D.iv de esta política). El monto de la ayuda financiera que BH proporciona a los pacientes no asegurados y con seguro insuficiente aprobados se determina de acuerdo con las siguientes tablas:

Clínicas calificadas y proveedores BH (excepto Colorado)		
Ingresos del grupo familiar	Descuento aplicado - No asegurado	Descuento aplicado - Seguro insuficiente
< 200 % del FPL	Descuento del 100 % sobre la tarifa de pago por cuenta propia	Descuento del 100 % sobre el BAI
200 % al 300 % del FPL	Descuento del 75 % sobre la tarifa de pago por cuenta propia	Descuento del 75 % sobre el BAI
> 300 % al 400 % del FPL	Descuento del 50 % sobre la tarifa de pago por cuenta propia	Descuento del 50 % sobre el BAI

Los pacientes de Colorado que reciban asistencia en clínica calificadas de Colorado pueden optar a descuentos más elevados en virtud el Proyecto de Ley HB 21-1198 de Colorado (Requisitos de facturación de asistencia sanitaria para pacientes indigentes).

Clínicas calificadas y proveedores BH (excepto Colorado)		
Ingresos del grupo familiar	Descuento aplicado - No asegurado	Descuento aplicado - Seguro insuficiente
< 200 % del FPL	Descuento del 100 % sobre la tarifa de pago por cuenta propia	Descuento del 100 % sobre el BAI
200 % al 250 % del FPL	Precios con Descuento de Colorado (CDCP) si se aprueba. Si no se aprueba, descuento del 75 % sobre la tarifa de pago por cuenta propia	Precios con Descuento de Colorado (CDCP) si se aprueba. Si no se aprueba, descuento del 75 % sobre el BAI
> 250 % al 300 % del FPL	Descuento del 75 % sobre la tarifa de pago por cuenta propia	Descuento del 75 % sobre el BAI
> 300 % al 400 % del FPL	Descuento del 50 % sobre la tarifa de pago por cuenta propia	Descuento del 50 % sobre el BAI

- ii. Ayuda financiera en función de la situación de indigencia médica del grupo familiar. Los pacientes no asegurados o con seguro insuficiente pueden optar a una ayuda financiera basada en la situación de indigencia médica del grupo familiar si: (1) el paciente es miembro de un grupo familiar médicamente indigente; y (2) el paciente presenta una solicitud debidamente llena para recibir dicha ayuda financiera.

- Pacientes no asegurados y pacientes con seguro insuficiente cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 400 % del FPL. Los pacientes no asegurados y los pacientes con seguro insuficiente que reciban una ayuda económica basada en los ingresos del grupo familiar de conformidad con la sección III.C.i de la presente política también pueden optar a una ayuda económica basada en la condición de grupo familiar médicamente indigente si, *efectivamente después de la aplicación del descuento de conformidad con la sección III.C.i*, el grupo familiar sigue cumpliendo la definición de grupo familiar médicamente indigente. En caso de aprobación, BH ofrecerá a estos pacientes un descuento del 75 % sobre el saldo restante del paciente.
 - Pacientes no asegurados con ingresos familiares superiores al 400 % del FPL. A los pacientes no asegurados con ingresos familiares superiores al 400 % del FPL se les cobrará inicialmente la tarifa de pago por cuenta propia por los servicios cubiertos. BH proporcionará a los pacientes no asegurados que califiquen como miembros de un grupo familiar médicamente indigente un descuento del 75 % de la tarifa de pago por cuenta propia para los servicios cubiertos.
 - Pacientes con seguro insuficiente que tengan ingresos familiares superiores al 400 % del FPL. BH proporcionará a los pacientes con seguro insuficiente que hayan sido aprobados para recibir ayuda financiera por ser miembros de un grupo familiar médicamente indigente un descuento del 75 % sobre el BAI del paciente.
- iii. Solicitud de ayuda financiera. A menos que se determine que son presuntamente elegibles para la ayuda financiera según lo dispuesto en la sección III.D.iv indicada más adelante, los pacientes deben presentar una solicitud de ayuda financiera. Los pacientes pueden obtener una solicitud de ayuda financiera en persona en un hospital, clínica u otra instalación de BH o descargándola en el sitio web de BH. También pueden solicitar que se les envíe una solicitud por correo postal llamando al 1-888-264-2127. Todas las solicitudes de ayuda financiera deben entregarse personalmente en instalación de BH, enviarse por correo postal a la dirección indicada en el formulario de solicitud o presentarse siguiendo las instrucciones que figuran en el sitio web de BH.
- iv. Comprobación de ingresos/capacidad de pago
- Los ingresos del paciente se verificarán utilizando los siguientes documentos que deben ser facilitados por el paciente:
 - declaraciones de impuesto sobre la renta de años previos,
 - 3 últimos recibos de sueldo, o
 - 3 últimos estados de cuenta tanto para cuentas de ahorro como para cuentas corrientes.

- Si un paciente no tiene ingresos documentados o no está obligado a declarar impuestos sobre la renta en los EE. UU. (por ejemplo, un paciente jubilado), BH puede evaluar la capacidad de pago del paciente comparando la deuda del paciente con su patrimonio neto. La deuda incluye todos los gastos mensuales, como vivienda, automóvil, atención médica, etc. Los fondos propios incluyen activos líquidos (efectivo, acciones, bonos y otros activos que puedan liquidarse en un plazo de 7 días) para cubrir las facturas pendientes. BH concederá a los pacientes con un ratio deuda-capital superior al 50 % el mismo descuento que a los pacientes que reúnan los requisitos para recibir ayuda financiera basada en la situación de grupo familiar médicamente indigente.
- v. Notificación de la determinación de elegibilidad. Una vez determinada la elegibilidad para la ayuda financiera, ya sea que el paciente sea considerado elegible o no elegible para la ayuda financiera, BH enviará una notificación por escrito de su decisión a la última dirección conocida del paciente.
- vi. Solicitud de descuentos por ayuda financiera.
- A los pacientes que reúnan los requisitos para recibir ayuda financiera se les aplicará el descuento correspondiente a todos los servicios cubiertos que reciban: (i) durante los 12 meses anteriores a la fecha de calificación; y (2) durante los 180 días siguientes a la fecha de calificación.
 - A los pacientes que soliciten y se les apruebe la ayuda financiera, pero que ya hayan pagado al menos \$5 adicionales al precio con descuento por el servicio cubierto, se les reembolsará el monto del pago en exceso.
- vii. Clínicas calificadas
- Los pacientes de las clínicas calificadas tendrán derecho a recibir Atención de Caridad o Atención con Descuento, tal y como se indica en las secciones III.C.i y III.C.ii.
 - El gerente de un médico de BH que reciba ayuda para el reembolso de préstamos estudiantiles en virtud de un programa gubernamental debe notificar al director de PBM que el centro de dicho médico debe considerarse una clínica calificada en virtud de la presente política.
 - Cada clínica calificada contará con avisos adecuados que notifiquen a los pacientes la disponibilidad de ayuda financiera.
 - El personal calificado de la clínica notificará a aquellos pacientes que reúnan los requisitos establecidos en esta política el monto aplicable por concepto de Atención de Caridad o Atención con Descuento.
 - El personal calificado de la clínica llevará a cabo un proceso de selección previa con el paciente antes de que se presten los servicios.
 - Para conservar la elegibilidad en una clínica calificada, el paciente debe volver a solicitar la ayuda económica cada 6 meses, o si su situación económica cambia.

- d. Facturación y cobros. BH podrá emprender todas las acciones legales, incluidas las Acciones Extraordinarias de Cobro (ECA, por sus siglas en inglés), para obtener el pago de los servicios prestados cuando no se haya efectuado el pago transcurridos 120 días desde la fecha del primer estado de facturación de dichos servicios (el "Período de Notificación"). Las ECA incluyen, entre otras, la presentación de una demanda judicial, la presentación de un embargo y la notificación de dichas deudas a las agencias de crédito.
- i. Depósitos. BH puede exigir un depósito a un paciente no asegurado antes de prestarle cualquier servicio, excepto que no se exigirá ningún depósito antes de prestarle servicios de emergencia. Todos los pacientes no asegurados deben ser notificados de la disponibilidad de ayuda financiera y recibir un formulario de solicitud si lo solicitan.
- ii. Cuenta única del paciente. Cuando un paciente tiene más de una factura pendiente, BH puede agregar las facturas pendientes en un único estado de facturación. Sin embargo, no se iniciará ninguna ECA para ningún servicio hasta que finalice el Período de Notificación para ese servicio particular.
- iii. Notificación de factura pendiente. Durante el Período de Notificación, BH enviará por correo postal los estados de facturación a los pacientes (y garantes, si procede) a la última dirección conocida. Un extracto de facturación incluirá:
- un resumen de los servicios cubiertos por el estado;
 - los gastos reales de cada servicio (incluidos los montos cobrados a un proveedor de seguros externo);
 - el monto que debe pagar el paciente (o el garante) por cada servicio, y
 - una notificación escrita en la que se informe al beneficiario de la disponibilidad de ayuda financiera acompañada de un resumen en lenguaje sencillo de esta política e información relativa a cómo solicitar la ayuda financiera (el "Documento resumen en lenguaje sencillo").
- BH también puede enviar a los pacientes (y garantes) correos electrónicos y mensajes de texto notificándoles su saldo pendiente y ofreciéndoles la oportunidad de revisar los extractos digitalmente.
- iv. Presunta elegibilidad para recibir ayuda financiera. Antes de iniciar cualquier ECA, BH, ya sea directamente o a través de un proveedor externo, determinará si el paciente/garante es presuntamente elegible para la ayuda financiera en función de los ingresos del grupo familiar. Dicha determinación se realizará de acuerdo con el procedimiento de presunción de elegibilidad para la ayuda financiera reforzada para pacientes no asegurados. Si se determina que un paciente/garante es presuntamente elegible para recibir ayuda financiera en función de los ingresos familiares, el paciente/garante no está obligado a llenar una solicitud y los descuentos de la sección III.C.i se aplicarán automáticamente a la cuenta de acuerdo con la sección III.C.vi de esta política. Sin embargo, si el paciente/garante ya ha pagado alguno de los servicios cubiertos a los que se aplicaría el descuento, el paciente/garante debe solicitar y recibir la aprobación de la ayuda financiera para que el descuento se aplique a esos servicios cubiertos.

- v. Esfuerzos finales de cobro antes de implementar las ECA. Antes de iniciar cualquier ECA, BH enviará una factura a la última dirección conocida del paciente (o garante) en la que se informará al destinatario de las ECA específicas que BH pretende tomar si, para el último día del Período de Notificación, el paciente/garante no lo hace: (1) solicitar ayuda financiera; (2) pagar el monto total adeudado; o (3) establecer un acuerdo de pago con BH. Este estado de facturación incluirá el Documento resumen en lenguaje sencillo y se enviará al menos 30 días antes de que finalice el Período de Notificación. BH también debe hacer un esfuerzo razonable para notificar oralmente al paciente sobre la ayuda financiera y cómo el paciente puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de la mencionada ayuda.
- Si el paciente/garante presenta una solicitud completa de ayuda financiera, BH no iniciará ninguna ECA mientras la solicitud esté pendiente.
 - Si el paciente/garante presenta una solicitud incompleta de ayuda financiera, BH dará al paciente/garante un plazo razonable para proporcionar la información necesaria para completar la solicitud. Si el paciente/garante no facilita la información solicitada en el plazo previsto, BH podrá implementar una ECA.
 - Si el paciente/garante presenta una solicitud completa de ayuda financiera después de que se haya implementado una ECA, dicha ECA se suspenderá hasta que BH haya tomado una determinación final con respecto a la elegibilidad del paciente/garante para la ayuda financiera.
 - Si el paciente/garante establece un acuerdo de pago con BH, BH puede iniciar una ECA después de tres impagos consecutivos.
- e. Amortizaciones y ajustes.
- i. Elegibilidad. Independientemente de si un paciente es elegible para recibir ayuda financiera, BH proporcionará a los pacientes no asegurados un descuento del 100 % en un servicio cubierto y renunciará al BAI para cualquier paciente con seguro insuficiente si:
- el paciente se inscribe en Medicaid en los 12 meses *siguientes* a la prestación del servicio cubierto, o
 - el paciente se inscribe en Medicaid en el momento de la prestación del servicio cubierto, pero Medicaid no dispone de fondos para pagar el servicio cubierto o Medicaid rechaza la cobertura del servicio cubierto.
- ii. Autoridad de aprobación de anulaciones. Todas las amortizaciones y ajustes deben aprobarse de acuerdo con lo siguiente:
- Anulaciones/ajustes de hasta \$5,000: Debe contar con la aprobación del Gerente de PBM o del Gerente de Cuentas de Pacientes a Domicilio.
 - Amortizaciones/ajustes iguales o superiores a \$5,000: Debe contar con la aprobación del director de PMB o del Director de Salud en el Hogar.
- f. Reserva del derecho a solicitar reembolso de gastos a terceros. Si algún tercero es considerado legalmente responsable de cualquier parte de la factura de BH de un paciente, BH tratará de exigir el reembolso total a dicho tercero de todos los cargos incurridos por el paciente a la tarifa contractual o gubernamental aplicable o, si no hay una tarifa contractual o gubernamental aplicable, la tarifa de pago por cuenta propia, independientemente de si se proporcionó alguna ayuda financiera al paciente.

- g. Servicios fuera de la red y denegados. A los pacientes fuera de la red y a los pacientes cuyas solicitudes hayan sido denegadas por su compañía de seguros privada se les cobrará inicialmente la tarifa de pago por cuenta propia por todos los servicios recibidos.

IV. Procedimiento/intervenciones:

- A. N/A

V. Documentación de procedimiento:

- A. N/A

VI. Información adicional:

- A. N/A

VII. Referencias:

- A. Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, Sección 9007
- B. Código de Impuestos Internos, Sección 501(r)
- C. Programa de Atención a Indigentes de Colorado (CRS, por sus siglas en inglés) 25.5-3 (HB 21-1198)
- D. D. De §1.501(r)-1 a §1.501(r)-7 del Título 29 del CFR
- E. E. Aviso 2015-46, Boletín Informativo de Impuestos Internos 2015-28 (13 de julio de 2015)
- F. F. Páginas 78954 a 79016 del tomo 79 del Registro Federal

VIII. Otras políticas/procedimientos relacionados:

- A. Política de Ayuda Financiera de Banner Health para pacientes en hospitales (núm. 770)
- B. Política de Ayuda Financiera para pacientes en hospitales del Banner Lassen Medical Center (núm. 3658)

IX. Palabras y frases clave:

- A. Programa de Ayuda Financiera
- B. Programa de Ayuda al Paciente
- C. Pacientes no asegurados
- D. Facturación
- E. Cobros
- F. Atención de Caridad
- G. Descuento por cuenta propia

X. Anexo:

- A. N/A