

## **Política de Asistencia Financiera, FN 100**

Esta política está destinada a ser una guía para ayudar en la prestación de atención al paciente o la gestión de los servicios hospitalarios. No pretende reemplazar el juicio profesional en asuntos administrativos o de atención al paciente.

### **PROPÓSITO:**

Frederick Health se compromete a brindar atención médica de alta calidad a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago y sin discriminación por motivos de raza, color, origen nacional o credo. El propósito de este documento es presentar un conjunto formal de políticas y procedimientos diseñados para ayudar a los Servicios Financieros del Paciente. Los procedimientos describen cómo las solicitudes de asistencia financiera se deben proporcionar, los criterios de elegibilidad y los pasos para procesar las solicitudes. Esta política está destinada a cumplir con la Sección 501 (r) del Código de Rentas Internas y la ley de Maryland aplicable y ha sido adoptada por la Junta Directiva de Frederick Health.

### **POLÍTICA:**

Esta política se aplica a todos los pacientes que buscan atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en el Frederick Health Hospital. Esta política también se aplica a los pacientes que buscan servicios médicos profesionales de Frederick Health Medical Group. Solo para este documento de política, Frederick Health Hospital y Frederick Health Medical Group se denominan colectivamente en el presente documento "FHH / FHMG".

Los procedimientos de asistencia financiera están diseñados para ayudar a las personas que califican para una cobertura inferior a la completa según los programas de asistencia médica federales, estatales y locales disponibles, pero cuyos saldos pendientes de "pago propio" superan su propia capacidad de pago. El principio subyacente es que una persona, durante un período razonable de tiempo, se puede esperar que paguen solo un porcentaje máximo de sus ingresos disponibles para los cargos incurridos mientras están en el hospital. Cualquier monto de "pago por cuenta propia" que supere este porcentaje supondría una dificultad económica indebida para el paciente o su familia y podría ajustarse como Asistencia Financiera. La Junta Directiva del Hospital revisará y aprobará las políticas de asistencia financiera y cobro de deudas del hospital al menos cada 2 años. Todos los cambios a las políticas de asistencia financiera o cobranza de deudas requieren la aprobación de la Junta Directiva.

### **PROCEDIMIENTO:**

#### **A. RESUMEN**

1. Se puede ofrecer asistencia financiera antes, durante o después de que se presten los servicios. Después de la presentación de una solicitud, FHH / FHMG enviará una carta de reconocimiento al paciente dentro de dos (2) días hábiles y se tomará una determinación de elegibilidad dentro de los catorce (14) días posteriores a la presentación de la solicitud.

a. Para los propósitos de esta política, "Asistencia Financiera" se refiere a los servicios de atención médica brindados sin cargo o con un cargo reducido para los pacientes que califiquen.

b. FHH / FHMG mantiene una lista de todos los proveedores que pueden atender a pacientes mientras están en FHH / FHMG disponible en <https://www.frederickhealth.org/Find-a-Doctor.aspx>. Solo los proveedores empleados por FHH / FHMG están cubiertos por esta política y se indican en la lista de proveedores. Los proveedores que no pertenecen a FHH / FHMG facturan por separado por sus servicios y no todos participan en el Programa de asistencia financiera de FHH / FHMG. Si un proveedor no está cubierto por esta política, los pacientes deben comunicarse con el consultorio del proveedor para determinar si hay asistencia financiera disponible.

c. Si un paciente necesita ayuda para solicitar asistencia financiera, la ayuda está disponible en nuestra ubicación física 400 West Seventh St. Frederick, MD 21701. Los pacientes también pueden llamar 240-566-4214 con cualquier consulta relacionada con el proceso de solicitud de asistencia financiera.

## 2. Aviso de disponibilidad de asistencia financiera:

a. FHH / FHMG pondrá a disposición folletos informando al público sobre su Política de asistencia financiera. Dichos folletos estarán disponibles en toda la comunidad y dentro de las ubicaciones de FHH / FHMG.

b. Los avisos de disponibilidad de asistencia financiera se publicarán en las áreas de admisión apropiadas, el departamento de Servicios financieros para pacientes y otras áreas clave de acceso para pacientes.

c. El aviso de la Política de asistencia financiera se proporcionará al paciente, a la familia del paciente o al representante autorizado del paciente antes de dar de alta al paciente y en cada comunicación al paciente con respecto al cobro de la factura.

d. Se incluirá un estado de cuenta sobre la disponibilidad de asistencia financiera en los estados de cuenta del paciente.

e. Se proporcionará un Resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera de FHH / FHMG a los pacientes que reciben servicios para pacientes hospitalizados con su Resumen de factura y se pondrá a disposición de todos los pacientes que lo soliciten.

f. La Política de asistencia financiera de FHH / FHMG, un Resumen en lenguaje sencillo de la política y la Solicitud de asistencia financiera están disponibles para los pacientes que lo soliciten en FHH / FHMG, por correo (servicio postal) y en el sitio web de FHH / FHMG en <https://www.frederickhealth.org/billing>.

g. La Política de asistencia financiera de FHH / FHMG, el Resumen en lenguaje sencillo y la Solicitud de asistencia financiera están disponibles en español.

i. Anualmente, FHH / FHMG evaluará las necesidades de nuestra comunidad de dominio limitado del inglés y determinará si se necesitan traducciones adicionales.

## 3. Disponibilidad de asistencia financiera: FHH / FHMG se reserva el derecho, a su exclusivo criterio, de determinar la capacidad de pago de un paciente, de conformidad con las leyes federales y de Maryland.

a. La asistencia financiera puede extenderse cuando se ha realizado y documentado una revisión de las circunstancias financieras individuales de un paciente. Esto puede incluir los gastos médicos existentes del paciente, incluidas las cuentas que se hayan incurrido en deudas incobrables, así como los gastos médicos proyectados.

b. Todos los pacientes que se presenten para los servicios de emergencia serán tratados independientemente de su capacidad de pago.

I. Para los servicios de emergencia, las solicitudes de asistencia financiera se completarán, recibirán y evaluarán retrospectivamente y no retrasarán la recepción de la atención por parte de los pacientes.

4. Limitación de Cargos: A las personas elegibles para atención de costo reducido bajo esta política no se les cobrará más que los cargos estándar del hospital, según lo establecido por la Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud de Maryland (HSCRC).

a. La estructura de tarifas del Frederick Health Hospital se rige por la autoridad de fijación de tarifas del HSCRC. Como un "sistema de todo pagador", toda la atención al paciente se cobra de acuerdo con los recursos consumidos para tratarlos, independientemente de la capacidad de pago del paciente.

b. Los cargos se desarrollan en base a un valor relativo predeterminado establecido por la HSCRC a la tasa unitaria aprobada desarrollada por la HSCRC.

## **B. ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA**

1. FHH / FHMG se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de atención médica no les impida buscar o recibir atención. FHH / FHMG se reserva el derecho de otorgar asistencia financiera sin que los pacientes presenten una solicitud formal. Estos pacientes pueden incluir personas sin hogar o devueltas por correo sin dirección de reenvío.

2. Los pacientes que no tienen seguro, tienen seguro insuficiente, no son elegibles para un programa del gobierno o no pueden pagar la atención médicamente necesaria pueden ser elegibles para el Programa de asistencia financiera de FHH / FHMG.

3. Los servicios de atención médica que son elegibles para asistencia financiera son la atención médica de emergencia y otros servicios médicamente necesarios brindados por Frederick Health Hospital y Frederick Health Medical Group.

a. Para estos propósitos, atención médica de emergencia significa la atención brindada por Frederick Health Hospital para condiciones médicas de emergencia, lo que significa una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) de manera que se pueda esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resultar en: (i) poner la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o del feto) en grave peligro, (ii) un deterioro grave de las funciones corporales, o (iii) disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo. Con respecto a una mujer embarazada que está teniendo contracciones, las condiciones médicas de emergencia significan que: (i) no hay tiempo suficiente para efectuar un traslado seguro a otro hospital antes del parto, o (ii) el traslado puede representar una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o el feto.

b. Para estos propósitos, servicios médicamente necesarios significa servicios que se determinan razonablemente para prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o prevenir el empeoramiento de condiciones en un paciente que (i) ponen en peligro la vida; (ii) causar sufrimiento o dolor; (iii) resultar en enfermedad o dolencia; (iv) amenazar con causar o agravar una discapacidad; o (v) causar deformidad física o mal funcionamiento.

4. Exclusiones de la asistencia financiera: las exclusiones específicas a la cobertura del programa de asistencia financiera incluyen las siguientes:

a. Pacientes cuyo programa o póliza de seguro niega la cobertura de los servicios recibidos (p. Ej., HMO, PPO, Compensación para trabajadores o Medicaid);

i. Se pueden hacer excepciones a esta exclusión, a exclusivo criterio de FHH / FHMG, considerando las implicaciones médicas y programáticas.

b. Saldos impagos resultantes de servicios cosméticos u otros servicios no necesarios por motivos médicos;

c. Artículos de conveniencia para el paciente.

5. No elegibilidad: Los pacientes pueden dejar de ser elegibles para recibir asistencia financiera, para una fecha específica de servicio, por las siguientes razones:

a. Después de haber sido notificado por FHH / FHMG, la negativa a proporcionar la documentación solicitada o la información requerida para completar una Solicitud de asistencia financiera dentro de los 240 días posteriores a que el paciente reciba el primer estado de cuenta posterior al alta (aproximadamente 8 meses).

b. A menos que busque servicios médicos de emergencia, tener cobertura de seguro a través de una HMO, PPO, Compensación para Trabajadores, Medicaid u otros programas de seguro que nieguen el acceso a FHH / FHMG debido a restricciones / límites del plan de seguro.

c. No pagar los copagos requeridos por el Programa de asistencia financiera.

d. No mantenerse al día con los acuerdos de pago existentes con FHH / FHMG.

e. No hacer los arreglos adecuados sobre las obligaciones de pago anteriores adeudadas a FHH / FHMG (incluidos los pacientes que fueron remitidos a una agencia de cobranza externa por una deuda anterior).

f. Negarse a ser examinado o solicitar otros programas de asistencia antes de enviar una solicitud al Programa de Asistencia Financiera, a menos que FHH / FHMG pueda determinar fácilmente que el paciente no cumplirá con los requisitos de elegibilidad.

6. Los pacientes que no sean elegibles para el programa deberán pagar los saldos pendientes y pueden ser enviados a una agencia de cobranza si el saldo permanece impago en los períodos de tiempo acordados.

7. Los pacientes que indiquen que están desempleados y no tienen cobertura de seguro deberán presentar una Solicitud de asistencia financiera a menos que cumplan con los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera presunta (consulte la Sección D.2 a continuación).

a. Si el paciente califica para la cobertura de COBRA, el personal apropiado revisará la capacidad financiera del paciente para pagar las primas del seguro de COBRA y se harán recomendaciones al liderazgo superior del hospital para su aprobación.

b. Se animará a las personas con capacidad financiera para adquirir un seguro médico a que lo hagan como un medio para garantizar el acceso a los servicios de atención médica.

8. Los montos de cobertura se calcularán utilizando una escala móvil de tarifas basada en las pautas federales de pobreza.

### **C. DIRECTRICES DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA EL PACIENTE**

1. Los servicios elegibles bajo esta Política estarán disponibles para el paciente en una escala móvil de tarifas como se describe en esta sección y en el Apéndice A; además, los planes de pago basados en la capacidad de pago del paciente están disponibles de forma individual para aquellos pacientes con un ingreso familiar entre el 200% y el 500% del nivel de pobreza federal que soliciten asistencia, independientemente del estado de seguro del paciente.

2. El Departamento de Salud y Servicios Humanos actualiza anualmente las pautas federales de pobreza de EE. UU. y están disponibles en <https://www.healthcare.gov/glossary/federal-poverty-level-fpl/>.

### **D. AYUDA FINANCIERA PRESUNTA**

1. Los pacientes pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera de manera presunta. Hay casos en los que un paciente puede parecer elegible para recibir asistencia financiera, pero no hay una solicitud de asistencia financiera ni documentación de respaldo archivada. A menudo, el paciente u otras fuentes proporcionan información adecuada que es suficiente para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera.

a. En caso de que no haya evidencia que respalde la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera, FHH /FHMG se reserva el derecho de utilizar agencias externas o modelos de propensión a pagar para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera.

b. Los pacientes que estén determinados a satisfacer la presunta elegibilidad recibirán atención gratuita en esa fecha de servicio. La presunta elegibilidad para asistencia financiera solo cubrirá la fecha específica de servicio del paciente.

2. La presunta elegibilidad se puede determinar sobre la base de las circunstancias de la vida individual que pueden incluir:

a. Cobertura de farmacia de Active Medical Assistance;

b. Cobertura de beneficiario calificado de Medicare ("QMB") (cubre los deducibles de Medicare) y cobertura de beneficiario especial de bajos ingresos de Medicare ("SLMB") (cubre las primas de la Parte B de Medicare);

c. Indigencia/Desalojo;

d. Pacientes con Peticiones de Emergencia del Sistema de Salud Pública de Maryland;

e. Ser beneficiario / receptor de los siguientes programas de servicios sociales sujetos a disponibilidad: Programas para mujeres, bebés y niños ("WIC"); Cupones para Alimentos / Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria; hogares con niños en el programa de almuerzo gratis o reducido; programa de asistencia energética para hogares de bajos ingresos; Programa de atención primaria para adultos ("PAC"), hasta que se agreguen los beneficios para pacientes hospitalizados al paquete de beneficios de

PAC; u otros programas de servicios sociales con verificación de recursos considerados elegibles para las políticas de atención hospitalaria gratuita por el Departamento de Salud de Maryland y el HSCRC, de conformidad con las regulaciones del HSCRC;

f. Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales;

g. Fallecido sin patrimonio conocido; y

h. Pacientes que se determina que cumplen con los criterios de elegibilidad establecidos en el anterior Programa estatal exclusivo de asistencia médica.

3. Los pacientes que se considere que son presuntamente elegibles para recibir asistencia financiera en función de su participación en un programa de servicio social identificado anteriormente deben presentar un comprobante de inscripción dentro de los 30 días posteriores a dicha determinación de elegibilidad. Un paciente, o su representante, puede solicitar 30 días adicionales para presentar la prueba requerida.

4. Las exclusiones de la consideración de presunta elegibilidad incluyen:

a. Procedimientos puramente electivos (por ejemplo, procedimientos cosméticos).

#### **E. PROGRAMA DE DIFICULTAD MÉDICA**

1. Además de la Asistencia Financiera para Pacientes descrita en otra parte de esta política, pero separada de ella, los pacientes elegibles pueden calificar para el Programa de Dificultades Médicas.

a. Los pacientes pueden calificar para este programa si han contraído una deuda médica familiar colectiva en FHH / FHMG, que exceda el 25% del ingreso familiar combinado, durante un período de 12 meses, independientemente de los ingresos.

i. La deuda médica se define como los gastos de bolsillo por la atención médicamente necesaria recibida en FHH / FHMG, incluidos copagos, coseguros y deducibles.

2. FHH / FHMG aplica los criterios de deuda médica establecidos anteriormente al saldo de un paciente después de que se hayan recibido los pagos del seguro.

3. Si se determina que son elegibles, los pacientes y su familia inmediata califican para una reducción del 20% en el costo de atención médicamente necesaria, por un período de 12 meses a partir de la fecha en que se recibió inicialmente la atención médicamente necesaria.

4. En situaciones en las que un paciente es elegible por separado tanto para el Programa de dificultades médicas como para el Programa de asistencia financiera estándar, FHH / FHMG aplicará la reducción en los cargos que sea más favorable para el paciente.

5. Se requiere que los pacientes notifiquen a FHH / FHMG de su potencial elegibilidad para el Programa de Dificultades Médicas.

**F. ASISTENCIA BASADA EN CIRCUNSTANCIAS INDIVIDUALES:** FHH / FHMG se reserva el derecho de considerar las circunstancias financieras individuales del paciente y de la familia para otorgar atención de costo reducido que exceda los criterios establecidos por el estado y esta política.

1. La elegibilidad, la duración y el descuento serán específicos de la situación del paciente.
2. El saldo del paciente después de las cuentas del seguro puede ser elegible para consideración.
3. Los casos que entran en esta categoría requieren revisión y aprobación de la dirección.

#### **G. CONSIDERACIÓN DE ACTIVOS**

1. Los activos monetarios del hogar generalmente no se consideran parte de la determinación de elegibilidad para la asistencia financiera a menos que se consideren lo suficientemente sustanciales como para cubrir la totalidad o parte de la responsabilidad del paciente sin causar dificultades indebidas. Cuando se revisan los activos monetarios del hogar, se toman en consideración las circunstancias financieras individuales del paciente, como la capacidad de reponer el activo y el potencial de ingresos futuros.
2. Los siguientes activos monetarios convertibles en efectivo están exentos de contraprestación:
  - a. Los primeros \$ 10,000 de activos monetarios para individuos y los primeros \$ 25,000 de activos monetarios para familias.
  - b. Hasta \$ 150,000 en capital de residencia principal.
  - c. Activos de jubilación, independientemente del saldo, a los que el IRS ha otorgado un tratamiento fiscal preferencial como cuenta de jubilación. Generalmente, esto consiste en planes que están exentos de impuestos y / o tienen multas por retiro anticipado.
  - d. Un vehículo de motor utilizado para las necesidades de transporte del paciente o cualquier miembro de la familia del paciente.
  - e. Cualquier recurso excluido para determinar la elegibilidad financiera bajo el Programa de Asistencia Médica bajo la Ley del Seguro Social.
  - f. Fondos prepagos para educación superior en una cuenta del Programa 529 de Maryland.
3. Los activos monetarios excluidos de la contraprestación se ajustarán anualmente por inflación de acuerdo con el Índice de Precios al Consumidor vigente a partir del 1 de enero de 2021.

#### **H. APELACIONES**

1. Los pacientes cuyas solicitudes de asistencia financiera sean denegadas tienen la opción de apelar la decisión. Las apelaciones deben hacerse por escrito y enviarse por correo a: Frederick Health 400 West Seventh Street Frederick, MD 21701 Attn: Financial Counseling Team.
2. Se anima a los pacientes a que presenten documentación de respaldo adicional que justifique por qué se debe anular la denegación.
3. Las apelaciones son documentadas y revisadas por el siguiente nivel de administración para obtener reconsideración adicional.
4. Si la apelación de primer nivel no da como resultado que se anule la denegación, los pacientes tienen la opción de escalar al siguiente nivel de gestión para una reconsideración adicional.

5. Las apelaciones se pueden escalar al Director Financiero, quien tomará la decisión final.
6. Los pacientes que hayan presentado formalmente una apelación, recibirán una carta con la determinación final.
7. Los pacientes tienen treinta (30) días después de la denegación para presentar su apelación.
8. La Unidad de Defensa y Educación para la Salud ("HEAU") está disponible para ayudar a los pacientes y sus representantes autorizados a presentar y mediar solicitudes de reconsideración / apelaciones. Se puede contactar a la HEAU utilizando la siguiente información:

Oficina del Fiscal General División de Protección al Consumidor  
Unidad de Educación y Defensa de la Salud  
200 Saint Paul Place  
Baltimore, Maryland 21202-2021

Número de teléfono: 410-528-1840 o 1-877-261-8807

Dirección de correo electrónico: [heau@oag.state.md.us](mailto:heau@oag.state.md.us)

Número de fax: 410-576-6571

Sitio web: <https://www.marylandattorneygeneral.gov/pages/cpd/heau/default.aspx>

9. Los pacientes pueden presentar una queja contra un hospital por una supuesta violación de su política de asistencia financiera enviando la queja a la Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud de Maryland a [hsrc.patient-complaints@maryland.gov](mailto:hsrc.patient-complaints@maryland.gov). Las quejas también pueden presentarse conjuntamente con la HEAU utilizando la información de contacto indicada anteriormente.

#### **I. REEMBOLSO DEL PACIENTE**

1. Si, dentro de un período de dos (2) años después de la fecha de servicio, se determina que un paciente es elegible para atención gratuita o de costo reducido bajo el Programa de Asistencia Financiera de FHH / FHMG, para esa fecha de servicio, el paciente deberá ser reembolsado en exceso de su obligación financiera cuando dicho reembolso sea superior a \$ 5.
  - a. El período de dos (2) años puede reducirse a 240 días (aproximadamente 8 meses) después de recibir el primer estado de cuenta posterior al alta cuando la documentación de FHH / FHMG demuestra una falta de cooperación por parte del paciente o garante al proporcionar documentación o información necesario para determinar la elegibilidad del paciente.
2. Si se determina que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera después de que FHH / FHMG haya iniciado acciones extraordinarias de cobro (ECA), como informar a una agencia de crédito, gravámenes o demandas, FHH / FHMG no tomará ninguna ECA adicional y tome todas las medidas razonables disponibles para revertir cualquier ECA ya tomada.



## J. OPERACIONES

1. FHH / FHMG designará a una persona o personas capacitadas que serán responsables de recibir las solicitudes de asistencia financiera. Este personal puede ser consejeros financieros, especialistas en cobros por cuenta propia u otro personal capacitado designado.

2. Se hará todo lo posible para determinar la elegibilidad antes de la fecha de servicio. Cuando sea posible, el personal designado consultará por teléfono o se reunirá con los pacientes que soliciten asistencia financiera para determinar si cumplen con los criterios preliminares de asistencia.

a. El personal completará una verificación de elegibilidad con el programa estatal de Medicaid correspondiente para determinar si los pacientes tienen cobertura actual o pueden ser elegibles para la cobertura.

i. Para facilitar este proceso, cada solicitante debe proporcionar información sobre el tamaño de la familia y los ingresos (según lo definen las regulaciones de Medicaid).

b. FHH / FHMG proporcionará a los pacientes la Solicitud Uniforme de Asistencia Financiera del Estado de Maryland y una lista de verificación de la documentación necesaria para una determinación final de elegibilidad.

i. Además de una Solicitud de asistencia financiera uniforme del estado de Maryland completada, es posible que se solicite a los pacientes que presenten:

a. Una copia de su declaración de impuestos sobre la renta federal más reciente (si está casado y presenta una declaración por separado, también una copia de la declaración de impuestos del cónyuge y una copia de la declaración de impuestos de cualquier otra persona cuyos ingresos se consideren parte de los ingresos familiares);

b. Comprobante de ingresos por discapacidad (si corresponde);

c. Una copia de sus recibos de pago más recientes (si está empleado), otra evidencia de ingresos de cualquier otra persona cuyos ingresos se consideren parte de los ingresos familiares o documentación de cómo están pagando los gastos de subsistencia;

d. Comprobante de ingresos de seguro social (si corresponde);

e. Un Aviso de determinación de asistencia médica (si corresponde);

f. Prueba razonable de otros gastos declarados; y

g. Si está desempleado, prueba razonable de desempleo, como una declaración de la Oficina del Seguro de Desempleo, una declaración de la fuente actual de apoyo financiero, etc.

3. Si un paciente no ha presentado una solicitud de asistencia financiera completa o cualquier documentación de respaldo requerida dentro de los 30 días posteriores a una solicitud formal, se enviará una carta recordándole que la asistencia financiera está disponible e informándole de las acciones de cobro que se tomarán si no se recibe documentación.

- a. Se incluirá en la carta una fecha límite para la presentación, antes del inicio de las acciones de cobranza. Dicha fecha límite no será anterior a 30 días después de la fecha en que se proporcione la carta recordatoria.
  - b. No se tomarán acciones extraordinarias de cobro, como informar a una agencia de crédito, embargos o demandas, antes de los 120 días posteriores al primer estado de cuenta posterior al alta (aproximadamente 4 meses).
  - c. Si la documentación se recibe después de que se hayan iniciado las acciones de cobro, pero dentro de los 240 días posteriores a la recepción del paciente del primer estado de cuenta posterior al alta, FHH / FHMG cesará todas las acciones de cobro y determinará si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.
4. Se incluirá un resumen en lenguaje sencillo de esta política con la carta, y el personal de FHH / FHMG debe hacer un esfuerzo razonable para notificar verbalmente a la persona sobre el programa de asistencia financiera de FHH / FHMG.
  5. Una vez que el paciente haya enviado toda la información requerida, el personal apropiado revisará y analizará la solicitud y la enviará al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes para determinar la elegibilidad según las pautas de FHH / FHMG.
    - a. Si se determina que la solicitud de asistencia financiera del paciente está completa y es apropiada, el personal apropiado recomendará el nivel de elegibilidad del paciente.
    - b. Para las solicitudes completas, el paciente recibirá una carta notificándole de la aprobación / denegación dentro de los 14 días posteriores a la presentación de las solicitudes completadas. FHH / FHMG suspenderá cualquier facturación o acciones de cobranza mientras se determina la elegibilidad.
    - c. Si se determina que una solicitud está incompleta, se contactará al paciente con respecto a cualquier documentación o información adicional requerida.
      - i. Si se determina que un paciente no es elegible antes de recibir los servicios, todos los esfuerzos para cobrar los copagos, deducibles o un porcentaje del saldo esperado por el servicio se realizarán antes de la fecha del servicio o pueden programarse para el cobro en la fecha de servicio.
      - ii. Si se determina que un paciente no es elegible después de recibir los servicios, se ofrecerá un arreglo de pago sobre cualquier saldo adeudado por el paciente.
  6. Excepto como se indica a continuación, una vez que se aprueba la asistencia financiera de un paciente, dicha asistencia financiera entrará en vigencia a partir de la fecha en que se reciba el tratamiento y en los siguientes doce (12) meses calendario.
    - a. Los casos de presunta asistencia financiera se aplicarán únicamente a la fecha del servicio.
    - b. Si se brindan servicios de atención médica adicionales más allá del período de aprobación, los pacientes deben volver a presentar una solicitud para continuar recibiendo asistencia financiera.
  7. Lo siguiente puede resultar en la reconsideración de la aprobación de asistencia financiera:
    - a. Descubrimiento posterior a la aprobación de la capacidad de pago; y

b. Cambios en los ingresos, bienes, gastos o situación familiar del paciente que se espera que se comuniquen a FHH / FHMG.

8. FHH / FHMG hará un seguimiento de la calificación de los pacientes para recibir asistencia financiera o dificultades médicas. Sin embargo, en última instancia, es responsabilidad del paciente informar a FHH / FHMG de su estado de elegibilidad en el momento del registro o al recibir una declaración.

FHH / FHMG no utilizará la ciudadanía o el estado migratorio de un paciente como requisito de elegibilidad para recibir asistencia financiera ni retendrá la asistencia financiera ni denegará la solicitud de asistencia financiera de un paciente por motivos de raza, color, religión, ascendencia u origen nacional, sexo, edad, estado civil, orientación sexual, identidad de género, información genética o por discapacidad.

#### **K. POLÍTICA DE CRÉDITO Y COBRANZAS**

1. FHH / FHMG mantiene una Política de crédito y cobranza separada que describe las acciones que FHH / FHMG puede tomar en caso de que un paciente no cumpla con su responsabilidad financiera.

2. Se puede obtener una copia de la política de Crédito y Cobranzas solicitando una copia al personal de FHH / FHMG o visitando el sitio web de FHH / FHMG.

3. FHH / FHMG mantiene una lista de todos los proveedores que no pertenecen a FHH / FHMG y que pueden atender a pacientes mientras están en FHH / FHMG. Los proveedores que no pertenecen a FHH / FHMG facturan por separado sus servicios y no todos participan en el Programa de asistencia financiera de FHH / FHMG.

4. Puede obtener una copia de esta lista solicitando una copia al personal de FHH / FHMG o visitando el sitio web de FHH / FHMG en <https://www.frederickhealth.org/Find-a-Doctor.aspx>

#### **Archivos adjuntos**

Apéndice A - Pautas de pobreza del gobierno federal