

Ayuda Financiera para Pacientes Sin Seguro Médico (Servicios de Atención Médica Descontados o de Caridad)

Propósito

Proveer pautas y procedimientos para la identificación, documentación y aplicación para aquellas personas que necesitan ayuda financiera para recibir cuidados médicos brindados en el Hospital de Niños de Alabama (Children's).

El Hospital de Niños (Children's) ofrece servicios de atención médica a todas las personas quienes necesitan servicios médicos sin importar su capacidad de poder pagar. La ayuda financiera será ofrecida a aquellos pacientes sin seguro médico y a los que tienen seguro sin suficiente cobertura y cumplen con el criterio establecido de elegibilidad.

Aplicabilidad de la Póliza

Ayuda financiera será brindada a los pacientes sin seguro médico y a los que tiene seguro sin suficiente cobertura y cumplen con el criterio establecido de elegibilidad.

La ayuda financiera será extendida para tratamiento medicamente necesario que haya sido ordenado por un médico. Estos servicios **no incluyen** tratamiento cosmético, electivo, experimental (incluyendo productos biológicos), otros cuidados que no sean urgentes ni equipos o suministros médicos. Esta póliza no es para cubrir servicios no cubiertos normalmente por la mayoría de los seguros médicos (incluye pero no se limite a Programas de Alimentación Intensiva, Terapia Física Intensiva de Restricción Inducida)

- 1) La evaluación de la necesidad del tratamiento médico de cualquier paciente será basada en juicio clínico del médico personal del paciente; o en el juicio clínico de los médicos de la Sala de Emergencias aplicando los estándares prudentes de la población general.
- 2) En casos donde existe una condición médica de emergencia, cualquier evaluación de opciones de posibilidades de pago ocurrirá solamente después de que una evaluación médica apropiada haya sido realizada y los servicios de estabilización necesarios hayan sido brindados al paciente de acuerdo con todas las leyes y regulaciones estatales y federales aplicables.

Esta póliza solamente es aplicable para servicios (pacientes hospitalizados y pacientes que reciben servicios ambulatorios) ofrecidos por el personal del Hospital de Niños de Alabama en todas sus instalaciones, incluyendo las instalaciones del Edificio Benjamin Russell, Children's South, Children's on 3rd (Centro de la 3ra Avenida), Edificio Park Place. Los servicios profesionales (médicos) rendidos en cualquiera de las antes mencionadas instalaciones por lo general **no** son cubiertos por esta póliza. Refiérase abajo a la tabla de servicios médicos para ver si tal servicio está cubierto por esta póliza.

| Grupo de Médicos | Ayuda Financiera bajo esta Póliza |
|--|--|
| Médicos Sub-Especialistas no quirúrgicos | Sí |

| | |
|--|---|
| (solamente servicios ambulatorios) | |
| Médicos de la Sala de Emergencia | Sí |
| Asociados de Otorringología Pediátrica | Sí |
| Patólogos | Sí |
| Pediatras de la clínica de <i>Primary Care</i> | Sí- vea la sección aparte titulada así en esta póliza |
| Cirujanos Pediátricos – UAB | No |
| Psiquiatras | No |
| Anestesiólogos- Asociados de Anestesiología Pediátrica | No |
| Radiólogos- Asociados de Radiología Pediátrica | No |
| Médicos comunitarios | No |

Elegibilidad

Para cuidados médicos con descuento:

Todos los pacientes sin seguro médico son automáticamente elegibles y se les brindará cuidados médicos con descuento.

La cantidad del descuento es aplicada a los Cargos Totales Brutos y la factura enviada al paciente sin seguro médico automáticamente reflejará el descuento que está en efecto durante la fecha en que recibió los servicios.

El porcentaje de descuento es calculado anualmente usando el método de “*Look Back*” (retrospectivo). El porcentaje de descuento para el año es actualizado y efectivo cada año a partir del 14 de febrero. El porcentaje de descuento es aplicado de manera uniforme y consistente a todos los pacientes sin seguro durante las fechas efectivas. El porcentaje de descuento es aplicado a los Cargos Totales Brutos para determinar la cantidad que debe el paciente. Un individuo no será cobrado más de la cantidad que generalmente es facturada por cuidados médicos necesarios de emergencia u otros cuidados médicos.

El porcentaje de descuento y las fechas aplicables, así como también, una descripción de cómo el porcentaje del descuento fue calculado usando el método de “*Look Back*” está disponible sin costo alguno en la página de internet del hospital www.childrensal.org , o si lo solicita en cualquier mostrador de registración, a través de un consejera financiera, el mostrador de información o a través de nuestra oficina de facturas.

Para Descuentos Adicionales para personas que tienen un seguro con cobertura insuficiente:

La elegibilidad para descuentos adicionales es determinada en base a:

- 1) Inelegibilidad para beneficios de los programas del gobierno, tales como Medicaid, AllKids, (programas de SCHIP), Medicare, y/o Tricare. Todos los solicitantes deben aplicar y finalizar el proceso para todos los programas disponibles del gobierno y los programas privados aplicables de ayuda financiera. Se requiere de su cooperación y cumplimiento con este proceso. La

verificación de inelegibilidad para los beneficios debe de ser brindada antes de que descuentos adicionales sean brindados.

- 2) Ningún otro seguro de medios-terceros, ayuda ni fuentes financieras, incluyendo beneficios de *Workers' compensation* (compensación al trabajador), seguros de auto o de vivienda. Verificación de inelegibilidad de beneficios debe ser presentada antes de que descuentos adicionales sean dados.
- 3) Fuentes de ayuda agotadas de medios terciarios, compañías de seguros que han alcanzado su límite de pago (por ej. días limitados del Medicaid); y
- 4) Necesidad financiera mostrada a través del proceso completo de aplicación relacionado con las Pautas Federales de Niveles de Pobreza. (Ver tabla abajo)

La elegibilidad para descuentos adicionales puede ser determinada antes de, al momento de, durante o después de una hospitalización o recibimiento de servicios médicos o del hospital.

Proceso de Solicitud para Determinar Elegibilidad

Las solicitudes para ayuda financiera pueden ser obtenidas e iniciadas en cualquier momento antes de recibir servicios hasta 240 días después de la primera factura.

- 1) Una solicitud para cuidados médicos con descuento puede ser obtenida de un(a) consejero(a) financiero(a), a través de la oficina de facturas del hospital o por internet en la página www.childrensai.org.
- 2) La solicitud debe llenarse en su totalidad siguiendo las instrucciones escritas a la solicitud. Los siguientes datos son requeridos como parte del proceso de aplicación y deben ser respaldados por documentación:
 - a. Familia – nombres y edades de los familiares que viven en el mismo hogar
 - b. Todas las fuentes de ingresos de la familia.
 - i. Documentos que muestren la más reciente declaración de impuestos (federales y estatales)
 - ii. Empleo – copias de 2 o más de los más recientes talones de cheque.
 - iii. Prueba de Pensión alimenticia de cónyuge y/o Manutención de niños
 - iv. Prueba de cantidad de Pensión
 - v. Prueba de Beneficios del Gobierno (Seguro social, discapacidad, desempleo, etc.)
 - vi. Ingresos de inversiones (dividendos/ganancia de intereses /alquileres)
 - vii. Cualquier fuente de ingreso no mencionada previamente
 - c. Reservas (ahorros) de dinero/bienes disponibles de toda fuente de ingreso.
 - i. Cuentas de Banco (2 copias de los estados de cuenta más recientes)
 - ii. Cuentas de Ahorro (2 copias de los estados de cuenta de ahorro más recientes)
 - iii. Otros bienes
 - d. La inelegibilidad para los beneficios de los programas de seguro del gobierno; tales como, Medicaid, AllKids (programas de SCHIP), Medicare, y/o Tricare

- e. Los beneficios agotados de programas de seguros del gobierno, tales como Medicaid, AllKids (programas de SCHIP), Medicare, y/o Tricare
 - f. Ningún otro beneficio disponible de seguros de medios-terciarios, ayuda financiera o fuentes de ayuda incluyendo beneficios de Workers' compensation (Compensación del Trabajador), seguros de vivienda y vehículos.
 - g. Si usted no puede trabajar debido a cierta enfermedad, se requiere que usted presente una carta de su médico confirmando su inhabilidad de trabajar.
 - h. Si no se reportan ingresos, se requiere información sobre como cumple o cubre los gastos de sus necesidades diarias. Si la familia tiene el apoyo de familiares o amigos, una carta **certificada por un Notario Público** explicando estos arreglos es requerida. La carta debe ser firmada por la(s) persona(s) que les están prestando la ayuda.
 - i. Si hay alguna persona de la edad en que pueda trabajar (18 años o mayor) viviendo con usted y está desempleada, se requiere una carta **certificada por un Notario Público** indicando el tiempo de desempleo, el nombre de la persona y el parentesco a usted. Una nota de negación de beneficios de desempleo también será aceptada.
- 3) Una nota de atestación (autenticación) debe ser firmada por la persona que está aplicando reconociendo que todos los documentos y representaciones son verdaderos y correctos según su leal saber y entender. Cualquier falsificación resultará en nulificar cualquier descuento dejando a la persona que aplica como la persona responsable de la cantidad total de la deuda.
- 4) La solicitud debe ser entregada en persona o enviada por correo.
Si desea entregar la en persona, las solicitudes son aceptadas de lunes a viernes de 8:00 AM – 4:30 PM en la Oficina de *Patient Relations* ubicada en Main Street (2^o Piso) del Hospital de Niños del Edificio Benjamin Russell, 1600 Seventh Ave. South, Birmingham, AL 35233.
Si lo hace por correo, por favor envíe la aplicación a la siguiente dirección:
Children's of Alabama
Attention: Financial Counseling
P. O. Box 36549
Birmingham, AL 35236-6549
- 5) La solicitud debe ser entregada no más de 120 días después de haber recibido la primera factura para evitar que la cuenta sea enviada a una agencia de colección.
- 6) Las solicitudes serán aceptadas por 240 días después de la fecha cuando fue enviada la primera factura.

Toda información obtenida como parte de la solicitud y usada para determinar elegibilidad será verificada por los canales apropiados. Los procedimientos de verificación pueden incluir consulta con los empleadores, los bancos, las agencias de crédito, las agencias del gobierno, etc.

La elegibilidad para descuentos adicionales es basada en los ingresos y bienes de la familia y el tamaño de la familia, como sea verificado por medio del proceso de aplicación, en relación con las reglas federales que establecen los índices de pobreza (publicadas anualmente por el gobierno federal) como están mostrados abajo:

| | |
|---|--|
| Reglas Generales: | |
| Si el ingreso de la familia y los bienes disponibles como un % del FPL (Nivel de Pobreza Familiar) para una familia de dado tamaño es igual a: | Entonces el Descuento Adicional es: |
| 0 – 200% del FPL | 100% descuento – Cuidados gratuitos |
| 201% – 300% del FPL | 50% descuento |
| > 300% del FPL | Ningún descuento adicional. |

La cantidad debida, bajo ninguna circunstancia, será más de 15% del ingreso total de la familia determinado por el ingreso bruto ajustado.

Para determinar la elegibilidad, El Hospital de Niños de Alabama sigue las normas y definiciones federales para determinar cuales reglas federales del índice de pobreza serán usadas, cuales ingresos y tamaño de la familia. Estas pautas son usadas por el gobierno federal para determinar la elegibilidad de programas federales y son publicadas anualmente en el Registro Federal (Federal Registry) por HHS. Todas las determinaciones de elegibilidad, aplicando los criterios antes mencionados, son autorizados por el Director(a) de Ingresos de Ciclo para cantidades menos de \$10,000, por el Director(a) Divisional de Ingresos de Ciclo para cantidades mayores de \$10,000 pero menores de \$50,000, y por el Jefe(a) Ejecutivo(a) de Finanzas para cantidades de \$50,000 o mayores.

El Hospital de Niños de Alabama brindará la determinación de elegibilidad por escrito dentro de catorce días después de haber recibir la solicitud completa. La carta de determinación incluirá las fechas aplicables de tal determinación.

Si se considera que una solicitud está incompleta y no se puede llegar a una determinación, la persona que aplicó será notificada de la deficiencia y le darán 30 días para proveer la información que falta.

Las solicitudes recibidas 120 días después de que haya sido enviada la primera factura serán aceptadas y procesadas y cualquier esfuerzo de colección que haya sido iniciado cesará hasta que se tome una decisión sobre la determinación de elegibilidad. La fecha final para someter una solicitud y que pueda ser considerada para recibir ayuda financiera es de 240 días después de que la primera factura haya sido enviada.

Si un descuento adicional es determinado, todos los esfuerzos de colección cesarán de todas las cuentas hasta que la vigencia de la elegibilidad termine.

Si se determina que puede recibir un descuento adicional, cualquier exceso de pago que el hospital haya recibido será reembolsado.

La elegibilidad debe ser re-evaluada cuando alguna de las siguientes situaciones ocurra:

- a. Rendimiento subsecuente de servicios después de que haya pasado más de un año desde la más reciente fecha del proceso de determinación de elegibilidad;
- b. Cambio en el tamaño de la familia;

- c. Cambio en los ingresos de la familia
- d. Calificación para seguro médico u otra ayuda durante este periodo o
- e. Cualquier cambio que afectará la determinación de elegibilidad incluyendo el descubrimiento de una decisión errónea o la falsificación de información.

La confirmación de continuidad de elegibilidad debe ser determinada cada año a partir de la fecha de la determinación de elegibilidad más reciente para pacientes con necesidad continua de servicios médicos.

Dado el evento en que el paciente/la familia brinde información insuficiente para poder determinar la elegibilidad, que una familia se niegue a cooperar con el proceso de la solicitud y/o todos los intentos de colección hayan resultado en ningún pago, o los beneficios del gobierno han sido agotados o no son cubiertos, la gerencia puede, a su discreción, ceder descuentos adicionales a una cuenta individual. Si dicha determinación es hecha, los intentos de colección de dicha cuenta cesarán. La gerencia periódicamente revisará cuentas que no hayan sido pagadas y si descuentos adicionales son determinados, los intentos de colección cesarán.

Incumplimiento de Pago

En el evento que no se reciba pago por servicios rendidos, se harán esfuerzos para contactar al paciente/la familia para notificarles de la disponibilidad, la elegibilidad y el proceso de aplicar para descuentos adicionales.

Cuando no se recibe ningún pago por una cuenta y/o no califican para descuentos adicionales, la cuenta será enviada a una agencia de colección. Previo a que una cuenta sea enviada a una agencia de colección, la factura incluirá una nota indicando que tal acción estará realizándose en 30 días si no se recibe ningún pago. La agencia de colección puede que contacte al paciente/la familia y puede reportar el incumplimiento de pago de la cuenta a las agencias de crédito.

Las acciones extraordinarias de colección, tales como gravámenes, demandas o embargos de salario no son usados por el Hospital de Niños de Alabama por las cuentas no pagadas.

La Disponibilidad y Notificación de la Póliza. (Availability and Notification of the policy)

El Hospital de Niños de Alabama hace muchos esfuerzos para educar y publicar su programa de ayuda financiera para descuentos adicionales incluyendo:

- 1) Referir a todos los pacientes sin seguro médico a un(a) consejero(a) de finanzas al momento de registrarse para ayudar a que obtengan y completen las solicitudes para descuentos adicionales como también informarle si hay otros tipos de ayuda del gobierno, de fuentes privadas u otras formas de ayuda disponibles para la familia.
- 2) Proveer a todos los pacientes hospitalizados una copia del resumen de lenguaje simple de la póliza de ayuda financiera antes del alta.
- 3) De manera prominente publicar la póliza, el resumen de lenguaje simple y la solicitud en la página de internet del hospital, en inglés y español;

- 4) Publicar la disponibilidad de ayuda financiera en las áreas de registraci3n por todo el hospital e indicar d3nde encontrar esta informaci3n;
- 5) Notificar a los pacientes a trav3s del proceso de facturaci3n de la disponibilidad de descuentos adicionales por medio del env3o del sumario de lenguaje simple adjunto a las facturas y comunic3ndoles por tel3fono;
- 6) Proveer copias de la p3liza, el sumario de lenguaje simple, la aplicaci3n y a solicitud, demostrar la metodolog3a de calculaci3n del Porcentaje de Descuento y el m3todo de "Look Back" (retrospectivo) en persona o por correo sin costo alguno, en ambos idiomas, ingl3s y espa3ol. Cualquiera de estos documentos puede ser solicitado a trav3s de los mostradores de registraci3n del paciente, consejeros(as) financieros(as), mostrador de informaci3n o la oficina de facturas.

La notificaci3n de la p3liza de ayuda financiera comienza al inicio de los servicios de atenci3n m3dica y continua hasta 120 d3as despu3s de que la primera factura hay sido enviada al paciente.

Pacientes sin seguro que reciben atenci3n m3dica en una Instalaci3n de Primary Care:

Para las personas quienes reciben cuidados en una instalaci3n de Primary Care (Cuidados M3dicos Primarios), puede haber cuidados m3dicos disponibles con descuento basado en su necesidad financiera. Sin embargo, cualquier persona que necesite ayuda financiera debe aplicar ya que no hay descuentos autom3ticos para cuidados m3dicos primarios. Para determinar la elegibilidad de descuento para Primary Care, se usa la misma solicitud y el proceso de entrega como fue explicado previamente.

La cantidad del descuento es aplicado al los Cargos Totales Brutos. El porcentaje de descuento es calculado anualmente usando el m3todo "Look Back" (retrospectivo) basado en datos del a3o calendario solamente de la cl3nica especifica de Primary Care donde los servicios fueron brindados. El porcentaje de descuento del a3o es actualizado y entra en vigor el 14 de febrero de cada a3o. El porcentaje de descuento es aplicado uniformemente y consistentemente a todos los pacientes aprobados para recibir ayuda financiera por Servicios de Cuidados M3dicos Primarios durante las fechas efectivas. El porcentaje de descuento es aplicado a los Cargos Totales Brutos para determinar la cantidad que debe el paciente. Un individuo no ser3 cargado m3s de las cantidades que generalmente son facturadas para cuidados m3dicos necesarios en una pr3ctica de Cuidados M3dicos Primarios.

| | |
|--|---|
| Reglas Generales: | |
| Si los ingresos de una familia y los bienes disponibles como un % de FPL para el tama3o de la familia es igual a: | Entonces los cargos del paciente son: |
| 0 – 200% de FPL (Nivel de Pobreza Familiar) | Las cantidades generalmente facturadas de la manera en que se calcula anualmente. |

Ayuda Financiera para Pacientes con Seguro M3dico con Deducibles y Co-pagos Altos o Cobertura Limitada.

La ayuda financiera será brindada a pacientes sin cobertura suficiente y quienes cumplen con el criterio establecido de elegibilidad. Vea la póliza titulada **“Ayuda Financiera para Pacientes Asegurados con Altos Deducibles y Co-pagos, o Cobertura Limitada”** para el criterio de elegibilidad y el proceso de aplicar.

Documentos Relacionados:

Resumen en Lenguaje Simple

Solicitud e Instrucciones del Programa de Ayuda Financiera

Entendiendo Los Porcentajes de Descuento del Programa de Ayuda Financiera

Pólizas Relacionadas:

La Ayuda Financiera para Pacientes Asegurados con Altos Deducibles y Co-Pagos o Cobertura Limitada