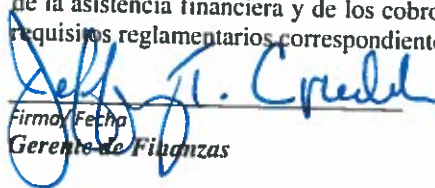




Nombre de la política: Política de asistencia financiera y cobros
Vigente desde el 1 de enero de 2018
Área de la política: Ciclo de ingresos
Última revisión: 1 de enero de 2018

Estado: Aprobada
Fecha de revisión: 1 de enero de 2019
Fecha de vencimiento: N/C

Declaración de la política: El Programa de Asistencia Financiera se debe emitir de una manera regular y adecuada por toda la red Allegheny Health Network (AHN). Se han establecido procesos destinados a garantizar una administración eficaz y eficiente de la asistencia financiera y de los cobros respectivos que refleje el entorno de control interno desarrollado de la red AHN y los requisitos reglamentarios correspondientes.


Firma/ Fecha
Gerente de Finanzas


Firma/ Fecha
Gerente del Ciclo de Ganancias

I. Propósito

Esta política pretende definir los criterios de elegibilidad de los ingresos, el tipo de asistencia financiera y qué servicios se incluyen o excluyen en virtud de esta política. La política establece el procedimiento por medio del cual un paciente deberá pedir asistencia financiera, la que en ocasiones se denomina atención caritativa.

La atención caritativa no se considera como un sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de Allegheny Health Network en la obtención de ayuda u otras formas de pago o de asistencia financiera y que aporten al costo de su atención de acuerdo con la capacidad individual de pago. Se instará a quienes cuenten con capacidad financiera para adquirir un seguro de salud a que lo hagan, como un medio para asegurar su acceso a los servicios de atención de salud, por su propia salud general y para la protección de sus bienes.

II. Política

Los hospitales y médicos de Allegheny Health Network se han comprometido a mejorar la salud de nuestros pacientes y de los ciudadanos de Pennsylvania Occidental. En el Apéndice E se establecen los requisitos adicionales y por separado para el área de servicio de Westfield. Es política de Allegheny Health Network ofrecer atención médica a todos los pacientes, incluidos quienes tengan dificultades para pagar los servicios debido a sus ingresos limitados. En línea con su misión de ofrecer servicios de atención de salud compasivos, de alta calidad y asequibles y de abogar por los pobres y los desfavorecidos, Allegheny Health Network se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de quienes requieren servicios de salud no sea un impedimento para buscar o recibir atención. Allegheny Health Network atenderá sin discriminación las condiciones médicas de emergencia de las personas sin considerar su elegibilidad para recibir asistencia financiera o asistencia gubernamental. Entre los hospitales se cuentan: Allegheny General Hospital, Allegheny Valley Hospital, Canonsburg Hospital, Forbes Hospital, Jefferson Hospital, Saint Vincent Hospital, West Penn Hospital y Westfield Memorial Hospital. Esta política de asistencia financiera aplica a toda la atención de emergencia y demás prestaciones médicamente necesarias que brinden los hospitales, lo cual incluye la atención ofrecida en hospitales por cualquier entidad con relación sustancial (según la definición de IRS).

Pauta

La política de asistencia financiera y de cobros de Allegheny Health Network se creó a fin de cumplir con los requisitos sobre morosidad incobrable de Medicare (título 42 del Código de Reglamentos Federales CFR SS13.89) para los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, así como para cumplir con el Manual sobre reembolsos al proveedor de Medicare (Parte 1, Capítulo 3). Esta política también aborda la Sección 501© del Código de Impuestos Internos, según lo exige la Sección 9007 (1) de la Ley federal de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) (Pub. L N.º 111-148), con regla definitiva emitida el 29 de diciembre de 2014 por el Servicio de Impuestos Internos y el Departamento del Tesoro (publicada en el Registro Federal el 31 de diciembre de 2014).

III. Definiciones

Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA): *La Ley ACA está dirigida a personas que no van a contratar o no pueden contratar un seguro de salud. También apunta a quienes se conocen como infraasegurados, es decir, personas con una cobertura de atención de salud que no los protege en forma adecuada frente a los gastos médicos elevados.*

Atención caritativa: *Reajuste total o parcial de cobros por los servicios prestados a los pacientes (por los hospitales y los médicos empleados de la red AHN) determinados por elegibilidad en el programa, lo cual se basa en los criterios de calificación de la red AHN.*

Acciones de cobro: *Según lo aprobado por el Directorio, Allegheny Health Network puede recurrir a agencias externas de cobro, así como a otras actividades legales identificadas como gestiones de cobro razonables en esta política, para obtener el pago de los servicios médicos prestados a los pacientes.*

Condición médica de emergencia: *Se define según el significado de la sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (Título 42 del Código de los Estados Unidos, 1395 dd). Se define condición médica de emergencia como una condición médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente (lo cual incluye dolor agudo, trastornos psiquiátricos o síntomas de abuso de sustancias) tales que se podría esperar de manera razonable que la falta de atención médica inmediata podría provocar (i) la colocación en peligro grave de la salud de la persona (o con respecto a una mujer embarazada, de la salud de la mujer o de su hijo no nato), (ii) el deterioro grave de las funciones corporales o (iii) la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.*

Acciones de cobro extraordinarias: *Las acciones de cobro extraordinarias, según lo exige la Sección 501 (r) del Código de Impuestos Internos, son acciones que se definen de la siguiente forma:*

- *Venta de deuda a otra parte, con excepciones determinadas.*
- *Entrega de información adversa a agencias de informes crediticios del consumidor o a oficinas de crédito.*
- *Adopción de acciones que requieran un proceso legal o judicial, tales como los siguientes:*
 - *Colocación de un gravamen sobre la propiedad (con la excepción que se menciona a continuación).*
 - *Ejecución de bienes inmuebles.*
 - *Embargo o incautación de una cuenta bancaria o de cualquier otra propiedad personal.*
 - *Inicio de acción civil.*
 - *Encargo de detención de una persona.*
 - *Aplicación de un escrito de arresto por rebeldía a alguna persona.*
 - *Retención judicial del salario.*

Familia: *Con la definición de la Oficina de Censos, un grupo de dos o más personas que residan juntas y estén relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Según las reglas del Servicio de Impuestos Internos, si el paciente declara a alguien como dependiente en su declaración del impuesto sobre la renta, se le puede considerar como tal a los fines de entrega de asistencia financiera.*

Ingreso familiar: *El ingreso familiar incluirá sueldos, compensación por desempleo, manutención de menores, cualquier obligación de manutención médica, pensión alimenticia, ingresos del seguro social, pagos por discapacidad, ingreso por pensión o jubilación, alquiler, regalías, ingresos provenientes de bienes heredados y fideicomisos, sentencias legales, dividendos y ganancias por intereses. Lo siguiente se excluirá del ingreso familiar: patrimonio en una residencia principal, cuentas del plan para la jubilación y fideicomisos irrevocables para propósitos funerarios, y planes de ahorro para la universidad administrados por el gobierno federal o estatal. En pacientes menores de 18 años, ingreso familiar incluye el ingreso de padres o padrastros, parejas no casadas o domésticas, que vivan o no vivan con el menor.*

Pautas Federales de Pobreza: *Las Pautas Federales de Pobreza son actualizadas cada año en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. en virtud de la autoridad que le confiere la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos.*

Garante: *Persona distinta del paciente que es responsable de pagar la factura o deuda del paciente, si el paciente no paga o no puede pagar tal factura o deuda.*

Cobros brutos: *Aplican las tarifas completamente establecidas y los cobros totales de Allegheny Health Network por la entrega de servicios de atención del paciente antes de aplicar subvenciones contractuales, otras deducciones a los ingresos o descuentos negociados.*

Medicamento necesario: *Los servicios médicamente necesarios son aquellos que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid suelen definir como servicios o elementos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.*

Pacientes descuidados: *La red AHN reconoce que algunos pacientes pueden no responder al proceso de solicitud de la red AHN. En estas circunstancias, es posible que la red AHN utilice otras fuentes de información para efectuar una evaluación individual de la necesidad financiera.*

Paciente sin seguro: *Persona que no tiene cobertura con una aseguradora comercial externa, un plan ERISA, un programa federal de atención de salud (lo cual incluye, sin limitación, Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), una indemnización por accidentes y enfermedades laborales u otra asistencia de terceros que le ayude a cumplir con sus obligaciones de paciente.*

Paciente infraasegurado: *Persona con cobertura de seguro público o privado, para quien pagar los gastos directos originados de los servicios médicos brindados por Allegheny Health Network sería una adversidad médica.*

IV. Procedimiento

Publicación de la política

La política estará disponible en las siguientes dimensiones:

- ✓ **Copias impresas:** Las copias impresas de esta política, del formulario de solicitud y del resumen simplificado de la política estarán disponibles contra pedido y sin costo, tanto en lugares públicos como en el establecimiento hospitalario y por correo postal.
- ✓ **Información y notificación a visitas:** Esta política estará disponible mediante la publicación visible de señales, formularios y folletos tipo que ofrezcan información básica acerca de la política en los espacios públicos de los hospitales.
- ✓ **Información y notificación a los miembros de la comunidad atendidos por el establecimiento:** Existirá distribución de hojas informativas que resuman esta política para los organismos públicos y las organizaciones sin fines de lucro locales que abordan las necesidades de salud de las poblaciones de bajos ingresos de la comunidad.
- ✓ **Publicación del sitio web:** La póliza de asistencia financiera, el formulario de solicitud y un resumen simplificado de la póliza estarán disponibles en el sitio web de la red AHN.

Declaración de pautas

Es la intención de la red AHN brindar los servicios necesarios a aquellos pacientes que demuestren su **incapacidad de pago** y **no una falta de voluntad** para pagar.

Según las pautas del IRC §501 (r), la red AHN limita las cantidades cobradas por la atención de emergencia u otros cuidados médicamente necesarios que se brinden a las personas elegibles para atención caritativa. A estas personas no se les debe cobrar más que las cantidades generalmente facturadas (AGB) a personas con cobertura del seguro y las pautas prohíben el uso de cobros brutos. Consulte el Apéndice D para conocer los descuentos de autopago por cada establecimiento de la red AHN.

Los hospitales de la red AHN emplean el método "retroactivo" para determinar las cantidades generalmente facturadas por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria, según el N.º 250 del Volumen 79 del Registro Federal, del 31 de diciembre de 2014, Título 26 del Código Federal de Reglamentos, Partes 1, 53 y 602. Las cantidades que se cobrarán a los pacientes sin seguro elegibles para recibir asistencia financiera no serán superiores a las tarifas pagadas por un promedio de las aseguradoras privadas, Medicare y Medicaid. No se espera que los pacientes elegibles para asistencia financiera paguen cobros brutos. El público puede obtener esta información por escrito y de forma gratuita en forma sencilla mediante una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Director Customer Care Center
Allegheny Health Network
4th Floor, 4 Allegheny Center
Pittsburgh, PA 15212

Criterios de calificación

Los pacientes que cumplan con los criterios establecidos en esta política serán elegibles para recibir asistencia financiera, lo cual incluye atención gratuita o con descuento:

- 1. El paciente debe ser ciudadano de los Estados Unidos de América o residente permanente legal de los Estados Unidos de América y residente de Pennsylvania (o residente del estado de Nueva York para Westfield Memorial Hospital).**
- 2. Desde la fecha de presentación de la solicitud:**

La atención caritativa está reservada para residentes de Pensilvania (o residentes de Nueva York en el área de servicios de Westfield Memorial Hospital), porque los residentes de Pennsylvania pagan los impuestos locales y estatales de Pensilvania que sustentan muchos de los servicios de atención de salud de los ciudadanos del estado. De igual modo, para los ciudadanos de los Estados Unidos de América que pagan impuestos federales. La red AHN espera que los pacientes externos al estado que califiquen para recibir atención caritativa de AHN dadas sus circunstancias financieras reciban los privilegios de atención médica y atención caritativa en el estado en el cual residen. Los pacientes internacionales o los inmigrantes no autorizados pueden calificar para atención caritativa si son elegibles para Medicaid. Existen circunstancias especiales con los pacientes externos al estado e internacionales (por ejemplo, accidente automovilístico, enfermedad incipiente) en las cuales calificarían para recibir atención caritativa.
- 3. El paciente o garante debe poder demostrar una gestión de buena fe de que ha solicitado y cumplido con las alternativas disponibles de beneficios asequibles en atención de salud (por ejemplo, elegibilidad en Medicaid y otros programas de beneficios de atención de salud subsidiados por la Ley ACA) o proporcionar pruebas de que no se otorgará cobertura de Medicaid u otros programas antes de que sea elegible para recibir atención caritativa.** El paciente debe enviar una solicitud completa de atención caritativa durante el período de solicitud. Antes de encargar acciones de cobro extraordinarias (ECA), la red AHN realizará esfuerzos razonables por determinar si se trata de una persona elegible para recibir asistencia externa. Esfuerzos razonables: Con el fin de cumplir con estos requisitos, existe un "período de notificación" y un "período de solicitud". El período de notificación es aquel durante el cual la red AHN debe notificar sobre esta política. Este período comienza en la fecha de la atención de la persona y termina el día 120 después de que AHN le dé a la persona el primer estado de pago por la atención. Si la persona no presenta una solicitud antes de que acabe el período de notificación, la red AHN podrá encargar acciones de cobro extraordinarias (ECA) en su contra. Sin embargo, la red AHN aceptará y procesará las solicitudes presentadas durante el "período de solicitud" más extenso, el cual finaliza el día 240 después de que AHN le dé a la persona el primer estado de cuenta por la atención. Es posible que los pacientes que no presenten o no puedan presentar una solicitud completa o que no devuelvan la solicitud con la documentación de respaldo al cabo de 240 días sean rechazados debido a su incumplimiento.
- 4. La cobertura de atención caritativa se limita a atención médica básica.**

5. **Sólo se aplicará atención caritativa a servicios de emergencia y a otros servicios médicamente necesarios. No habrá atención caritativa disponible para un paciente que rechace el alta e incurra en cobros adicionales considerados médicamente innecesarios. Los descuentos de atención caritativa sólo aplican a los medicamentos administrados durante una hospitalización o en un servicio ambulatorio. Estos descuentos no aplican a ningún otro medicamento o recetas por correo. La atención caritativa no aplicará a los servicios cubiertos por una compañía de seguros que niegue sus servicios debido a un litigio, falta de cooperación del paciente o información errónea del paciente.**

La atención caritativa tampoco aplicará a pacientes o garantes que se nieguen a usar las opciones de seguro de que disponen. La atención caritativa tampoco aplicará a pacientes o garantes que no agoten todas las fuentes de pago del seguro (por ejemplo: Días de reserva de por vida de Medicare).

6. **Una solicitud aprobada cubrirá los servicios aplicables que se brinden al paciente entre 180 días antes de la fecha de aprobación de la solicitud y 180 días después de la fecha de aprobación de la solicitud:** Los pacientes o garantes deben volver a solicitar atención caritativa constante a cada 180 días. Este proceso de nueva solicitud puede consistir en una verificación de los datos presuntos de atención caritativa o puede requerir la presentación de una solicitud de atención caritativa actualizada y completa.

7. **Los descuentos de atención caritativa sólo aplican a las cantidades que son responsabilidad del paciente; por ejemplo, no se considerarán las cantidades del seguro. Las cantidades aprobadas pueden ser el resultado de lo siguiente:**

- ✓ El paciente no posee cobertura de asistencia médica o suficiente cobertura de seguro.
- ✓ El paciente agotó sus beneficios de seguro (por ejemplo, excedió el máximo de días o cantidades cubiertos, excedió los días de reserva de por vida de Medicare).
- ✓ El paciente tiene una aseguradora primaria que ha efectuado el pago, pero existe una deuda secundaria para la cual carece de cobertura.
- ✓ El paciente es considerado un indigente debido a la cantidad de la deuda médica incurrida en relación con sus circunstancias financieras.
- ✓ Los bienes del paciente difunto se agotarán antes de pagar la deuda completa del paciente.
- ✓ El paciente ha entregado una sentencia formal de quiebra que afecta la fecha de prestación de los servicios. Consideradas la sentencia y la información actualizada sobre ingresos y bienes, el paciente calificaría para recibir atención caritativa.
- ✓ El paciente es una persona 'sin hogar' o ha comprobado su residencia en un refugio para personas sin hogar.
- ✓ El paciente ha entregado documentación formal de una declaración jurada con respecto a sus antecedentes de ingresos o bienes o del estado de persona sin hogar que califica al paciente para recibir atención caritativa.

Procedimiento de solicitud

1. Solicitud de atención caritativa

Es necesario el uso de solicitudes de atención caritativa para que un paciente o garante califique para recibir atención caritativa.

Si el ingreso del paciente o garante es igual o inferior a 200 % de las Pautas Federales de Pobreza, se condonará 100 % de todos los saldos adeudados por el paciente. Los pacientes documentados como sin hogar también se consideran con una tasa de 100 %. El ingreso familiar bruto del paciente para el año en curso y el año anterior no pueden superar en dos (2) veces las Pautas de Ingresos de Pobreza publicadas cada año en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (se considerarán de manera principal los datos del año más actual). Consulte el apéndice B para conocer las pautas actuales y la tabla de FPL aplicable.

Todos los activos líquidos (dinero en efectivo, cuentas corrientes, de ahorros y del mercado monetario, certificados de depósito vencidos, fondos mutuos y bonos que se puedan cobrar sin penalización y otras inversiones de fácil conversión) que estén en poder del paciente o del garante por más de \$ 10,000.00 se deben aplicar al endeudamiento con Allegheny Health Network antes de su consideración para un reajuste de asistencia financiera. No se incluirán los fondos para la jubilación. No se incluirán la residencia principal y el vehículo primario como parte de la evaluación de bienes. Cualquier residencia secundaria o vehículo secundario será considerado y evaluado caso a caso.

Es posible que se requiera la documentación de "Adversidad" (es decir, casos con medicamentos excesivos, enfermedad terminal u hospitalizaciones múltiples). Con pacientes que superen 200 % de las Pautas Federales de Pobreza y cuyo saldo en cuenta sea superior a 25 % de su ingreso familiar anual, la red AHN puede declarar el saldo en exceso como "adversidad", siempre que el paciente entregue documentación sobre sus ingresos o que sus ingresos se puedan derivar de fuentes de bases de datos externas.

La red AHN no emplea ninguna determinación anterior sobre elegibilidad para asistencia financiera con el fin de aprobar de manera presunta a un paciente para que reciba asistencia financiera. Cuando termina la asistencia financiera de algún paciente, el paciente debe volver a pedir asistencia financiera.

2. Documentación de respaldo

Formularios de ingresos e información sobre bienes que se piden en el proceso de solicitud

- ✓ Formulario 1040 de impuesto federal sobre la renta u otro (s) formulario (s) federal (es) utilizado (s) para declarar los impuestos del año anterior (con una explicación sobre cambios drásticos en los ingresos)
- ✓ Copias de comprobantes de pago (de los últimos 30 días)
- ✓ Como parte del proceso de solicitud, es posible que se requiera una verificación por escrito de cualquier otro ingreso recibido (por ejemplo, pensión alimenticia, manutención de menores, indemnización por discapacidad, pensiones, ingresos por alquiler, verificación de ingresos por trabajo por cuenta propia (estado de resultados del último mes), seguro social, compensación por desempleo, beneficios VA, indemnización por accidentes y enfermedades laborales).
- ✓ Estados bancarios, según corresponda (mes más reciente previo a la fecha de solicitud de asistencia financiera)
- ✓ Avisos de quiebra que afecten las fechas de los servicios que se consideran, además de la información sobre ingresos y bienes que calificaría al paciente o garante para recibir atención caritativa
- ✓ Declaración jurada formal que respalde la información sobre ingresos y bienes del paciente o garante que lo calificaría para recibir atención caritativa
- ✓ Comprobante de situación de calle o de residencia en un refugio para personas sin hogar

3. Información sobre la solicitud

Todos los solicitantes deben llenar el formulario de solicitud de asistencia financiera de AHN y deben entregar los documentos requeridos al solicitar asistencia financiera. Para que las solicitudes de asistencia financiera sean consideradas, se deben recibir completas en un plazo de 240 días tras la prestación de los servicios médicos de la red de salud Allegheny.

Para que una solicitud sea considerada, se debe llenar el formulario de solicitud de asistencia financiera de Allegheny Health Network y se debe aportar documentación. Se conservará durante 30 días cualquier solicitud devuelta que requiera información adicional a partir de la fecha de envío por correo postal al solicitante de una carta para pedir dicha información. También se realizará una llamada telefónica al solicitante para dar aviso sobre la información adicional necesaria. Si no se recibe la información en 30 días, se denegará la solicitud.

Las solicitudes de asistencia financiera se deben enviar a la siguiente oficina, que es la oficina responsable de efectuar las gestiones razonables destinadas a determinar si alguien es elegible para asistencia financiera:

Allegheny Health Network Revenue Cycle Operations
Customer Care Center
10th Floor, 4 Allegheny Center
Pittsburgh, PA 15212

Los pacientes que necesiten ayuda para llenar la solicitud de asistencia financiera se pueden poner en contacto con el Departamento de Servicio al Cliente de la Red AHN al número de teléfono 1-800-547-0540 o con el Centro de Atención al Cliente al número de teléfono 1-844-801-8400.

Las peticiones de asistencia financiera se procesarán con prontitud y Allegheny Health Network notificará por escrito al paciente o solicitante en un plazo de 14 días tras la recepción de la solicitud completa. Si se aprueba la elegibilidad, se otorgará asistencia financiera por un período de seis meses. La asistencia financiera también aplicará a todas las cuentas elegibles incurridas por servicios recibidos hasta seis meses antes de la fecha de solicitud.

Si se niega asistencia financiera, el paciente o el garante del paciente pueden volver a presentar la solicitud en cualquier momento en que ocurra un cambio sustancial en los ingresos o en el estado o a los seis meses de la fecha de decisión de negación.

4. Determinación de necesidad financiera en pacientes y garantes descuidados

La red AHN entiende que es posible que determinados pacientes no puedan llenar una solicitud de asistencia financiera, cumplir con las solicitudes de documentación o, de otro modo, responder al proceso de solicitud. Como resultado de esto, pueden existir circunstancias en las que se establezca la calificación de un paciente para recibir asistencia financiera sin llenar la solicitud de asistencia formal. En tales circunstancias, es posible que los hospitales de la red AHN utilicen otras fuentes de información para efectuar una evaluación individual de la necesidad financiera. Esta información permitirá que AHN decida de manera informada sobre la necesidad financiera de los pacientes que no responden sobre la base de las mejores estimaciones disponibles, a falta de información directa del paciente.

La red AHN puede recurrir a un tercero para una revisión electrónica de la información del paciente con el fin de evaluar la necesidad financiera. Esta revisión emplea un modelo reconocido por la industria de la salud que descansa en bases de datos de registros públicos. Este modelo predictivo incorpora datos de registros públicos para calcular un puntaje de capacidad socioeconómica y financiera que incluya estimaciones sobre ingresos, activos y liquidez. La tecnología electrónica está diseñada para evaluar a cada paciente con los mismos estándares y se calibra con aprobaciones históricas de asistencia financiera de AHN según el proceso de solicitud tradicional.

La tecnología electrónica se desplegará antes de la asignación de deuda incobrable, una vez agotadas todas las demás fuentes de elegibilidad y pago. Esto permite que la red AHN estudie la elegibilidad para asistencia financiera de todos los pacientes sin seguro antes de emprender alguna acción de cobro extraordinaria. Los datos devueltos en esta revisión electrónica de elegibilidad constituirán la documentación suficiente sobre la necesidad financiera en virtud de esta política.

Cuando se use la inscripción electrónica como base de elegibilidad presunta, se otorgará el máximo descuento de atención gratuita completa por los servicios elegibles solo para las fechas de servicio en retrospectiva. Si un paciente no califica en virtud del proceso de inscripción electrónica, se puede considerar al paciente en el proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera. La red AHN avisará por escrito a aquellos pacientes que no califiquen a través de este proceso sobre la asistencia financiera disponible. Incluirá un resumen simplificado de la política de asistencia financiera y de las acciones que se adoptarán si no se presenta una solicitud o si no se paga el saldo adeudado.

Las cuentas de los pacientes con elegibilidad presunta concedida se reclasificarán según la política de asistencia financiera. No se enviarán a cobro, no serán objeto de otras acciones de cobro, y no se incluirán en el gasto de deuda incobrable del hospital.

5. Consideraciones y administración de la atención caritativa

Se debe enviar la petición de descuento de las cantidades aprobadas para atención caritativa a los niveles apropiados de la administración, para que se apruebe la condonación de la deuda. Se notificará por escrito al paciente o garante la aprobación o la negación de cobertura en virtud del Programa de atención caritativa.

Para actuar en el interés superior de la red AHN y garantizar el máximo cumplimiento con respecto al conflicto de intereses, los empleados y la administración asumen la responsabilidad de comunicarse de manera proactiva con sus supervisores inmediatos (siguiente nivel de la administración) cuando los solicitantes sean colegas, parientes o amigos de los encargados de revisar y aprobar la solicitud. En tales situaciones se espera que las aplicaciones sean aprobadas por otra administración, como personas de nivel vicepresidencial, según corresponda.

Se usarán códigos de transacción por separado para dar seguimiento de las cantidades del descuento en atención caritativa.

Las solicitudes de asistencia financiera incompletas se someterán a seguimiento por parte del Supervisor o del designado ya sea por teléfono o por carta para agilizar la consideración de la solicitud. Se enviará una carta al término de la revisión y aprobación.

Responsabilidades

Las solicitudes de cobertura en virtud del Programa de asistencia financiera de la política de atención caritativa, con la documentación adjunta completa, se enviarán a la administración del Centro de Atención al Cliente o a su designado y serán revisadas y aprobadas por la administración del Centro de Atención al Cliente o por su designado. Los casos en que el reajuste supere las siguientes cantidades o que requieren de excepción debido a adversidad deben ser revisados y aprobados como se indica a continuación:

Aprobaciones de atención caritativa por parte de la administración

Representante de autopago	\$0 - \$20,000
Administrador de autopago	\$20,001 - \$50,000
Director	\$50,001 - \$75,000
Vicepresidente, Gerente Comercial	\$75,001 - \$150,000
Vicepresidente Senior, Gerente de Ganancias	> \$150,001

6. Informes de gestión de atención caritativa

Los informes y la documentación sobre atención caritativa de la red AHN se presentarán con regularidad.

- ✓ Los procesos de atención caritativa se revisarán en forma anual, para verificar que las políticas y los procedimientos se apliquen de manera regular. La revisión anual también permitirá plantear sugerencias sobre actualizaciones y cambios en las políticas y los procedimientos.
- ✓ Se requerirá que la Administración del Centro de Atención al Cliente recopile, documente y divulgue información acerca de la atención caritativa, lo cual incluye:
 - Número total de personas atendidas
 - Cobros totales condonados
 - Costo total en atención caritativa
 - Total de financiamiento recibido para sustentar el costo de la entrega de atención caritativa

Política de facturación y cobro

Las políticas de facturación y de cobro de Allegheny Health Network cumplirán con los reglamentos y las leyes federales y estatales que rigen la facturación y el cobro en la atención de salud.

No se emprenderán acciones de cobro extraordinarias (ECA) en contra de ningún paciente durante los 120 días posteriores a la emisión de la factura inicial y no sin antes efectuar gestiones razonables a fin de determinar si ese paciente es elegible para recibir asistencia financiera. Entre las gestiones razonables se cuentan:

- ✓ Verificar que el paciente adeuda facturas impagas y que Allegheny Health Network ha identificado todas las fuentes de pago de terceros y ha facturado;
- ✓ Instituir una prohibición a las acciones de cobro en contra de un paciente sin seguro (o de un paciente con probabilidad de ser infraasegurado), hasta que el paciente conozca la política de asistencia financiera de Allegheny Health Network y tenga la oportunidad de solicitarla;
- ✓ Notificar por escrito al paciente sobre cualquier información o documentación adicional que se deba presentar para una determinación de asistencia financiera;
- ✓ Confirmar si el paciente presentó una solicitud de cobertura de salud en virtud de Medicaid u otros programas de atención de salud con patrocinio público y obtener la documentación de dicha presentación. Allegheny Health Network no emprenderá acciones de cobro mientras esté pendiente esta solicitud de cobertura de atención de salud, pero una vez determinada la cobertura, se producirán las acciones de cobro normales.
- ✓ Enviar al paciente una notificación por escrito sobre las gestiones de cobro extraordinarias que puede iniciar o reanudar Allegheny Health Network si el paciente no llena la solicitud de asistencia financiera o no paga la cantidad adeudada a más tardar 30 días después de esta notificación por escrito o 30 días a contar de la fecha fijada para que el paciente llene la solicitud de asistencia financiera.
- ✓ Además, si bien la red AHN puede emprender acciones de cobro extraordinarias una vez transcurrido el período de notificación de 120 días a contar de la fecha de la primera factura emitida, AHN aceptará y procesará una solicitud de asistencia financiera de un paciente en cualquier momento de los 120 días siguientes y las gestiones de cobro extraordinarias cesarán durante ese período hasta el momento en que se determine que el paciente es elegible para asistencia financiera. En línea con lo anterior, el período total durante el cual la red AHN aceptará y procesará las solicitudes de asistencia financiera es de 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta.

La política de Allegheny Health Network con respecto a la atención de condiciones médicas de emergencia prohíbe el cobro de pagos antes de recibir los servicios o actividades de cobro que podrían interferir con la entrega de la atención médica de emergencia. Consulte la Política de la Ley sobre Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto de la red de salud, Allegheny Health Network (política estat con ID 2538428).

Allegheny Health Network puede emprender acciones de cobro normales en contra de pacientes no elegibles para recibir asistencia financiera o de pacientes que ya no cooperan de buena fe con el pago del saldo restante.

Ninguna agencia de cobros, bufete de abogados o persona natural puede iniciar una acción legal en contra de un paciente por falta de pago de una factura de Allegheny Health Network, sin la aprobación por escrito de un empleado autorizado de Allegheny Health Network.

Información sobre cobros

Allegheny Health Network se esfuerza por maximizar siempre el reembolso a terceros para disminuir la carga financiera del paciente. Si la cobertura de terceros no abarca los servicios prestados o si no existe una cobertura vigente de terceros, Allegheny Health Network espera que el paciente pague por los servicios prestados, a menos que el paciente reciba asistencia financiera mediante el proceso de solicitud o que sea presuntamente elegible.

Si la rutina de cobro prosigue y el saldo de autopago permanece impago, la oficina de ciclo de ingresos asignará o recomendará la asignación a estado de deuda incobrable de conformidad con la política y el procedimiento establecidos.

Planes de pago

Existen planes de pago disponibles, con previa aprobación, para los servicios de Allegheny Health Network. Los planes de pago son razonables para los estándares de la industria.

Quiebra

En caso de quiebra del paciente, una vez que Allegheny Health Network reciba la verificación crediticia, cesarán de inmediato las acciones de cobro sobre los saldos pendientes incurridos por todos los servicios prestados antes y hasta la fecha de declaración de quiebra.

Requisitos reglamentarios

Allegheny Health Network cumplirá con la totalidad de las leyes, las reglas y los reglamentos federales, estatales y locales y con los requisitos de información que apliquen a las actividades realizadas en virtud de esta política. Esta política exige que Allegheny Health Network lleve un seguimiento de toda la asistencia de cobro y financiera que se brinde para garantizar la exactitud de los informes.

Mantenimiento de registros

Allegheny Health Network documentará todas las acciones de cobro y toda la asistencia financiera, a fin de mantener controles adecuados y de cumplir con todos los requisitos de cumplimiento internos y externos.

Aprobación de la política

La política de asistencia financiera y de cobros de Allegheny Health Network está sometida a una revisión periódica y puede ser modificada en cualquier momento según las necesidades comerciales. Cualquier cambio en la política debe ser aprobado por el Directorio de Allegheny Health Network y por los correspondientes directorios de los hospitales de la red AHN.

APÉNDICE A: Seleccione los servicios no cubiertos por la política de asistencia financiera

Definición	Elegibilidad del programa		Definiciones de servicio y ejemplos
	Self-Pay na Diskuwento	Charity Care	
Cuentas de subvención	No	No	<ul style="list-style-type: none"> • Addison Gibson • Ryan White • Otros servicios cubiertos por subvenciones / fundaciones
Ciertos servicios, tratamientos de alto costo; tratamientos con otras opciones de tratamiento alternativo de menor costo	Sí	No	<ul style="list-style-type: none"> • Implantes cocleares • Cirugía bariátrica • LDL-aféresis • Estimulación cerebral profunda • Vasectomía o reversión de la vasectomía • Trasplantes • Dispositivo de asistencia del ventrículo izquierdo (ver trasplante) • Audífonos pediátricos • Cualquier otro procedimiento que no cumpla con la necesidad médica
Hindi Kinakailangan sa Paggagamot	Hindi	Hindi	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía cosmética / procedimiento • Fertilización in vitro • Ecografía obstétrica no médicamente necesaria, colonoscopia virtual y resonancia magnética completa / PET