 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<b>The Johns Hopkins Health System</b>	<i>Número de política</i>	FIN034E
	<b>Política y procedimiento</b>	<i>Fecha de vigencia</i>	01-04-16
	<i>Tema</i>	<i>Página</i>	1 de 24
	ASISTENCIA FINANCIERA	<i>Reemplaza</i>	28-06-13

## **POLÍTICA**

**Esta política se aplica a las siguientes entidades de The Johns Hopkins Health System Corporation (JHHS): Sibley Memorial Hospital (SMH).**

Sibley Memorial Hospital tiene el compromiso de proporcionar asistencia financiera a los pacientes que tienen necesidades de atención de la salud y no tienen seguro médico, tienen un seguro insuficiente, no son elegibles para un programa gubernamental o quienes, de otro modo, no pueden pagar su atención médica necesaria por causa de su situación financiera particular. Sibley Memorial Hospital no se involucra en acción de cobro extraordinaria alguna antes de hacer esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir la asistencia financiera formalizada en esta política. No se espera que las personas elegibles para asistencia financiera paguen más por una emergencia u otros cuidados médicos necesarios que las cantidades generalmente cobradas a las personas que tienen seguro de salud para cubrir tales cuidados.

El propósito de esta política es establecer un programa de asistencia financiera de conformidad con los requisitos estatutarios de atención no compensada del Distrito de Columbia descritos en el Capítulo 44 del Reglamento Municipal de DC, Título 22 y proporcionar asistencia financiera a las personas que presenten una solicitud de asistencia, pero que no cumplen con las directrices para la "Prestación de atención no compensada" del Capítulo 44 del Reglamento Municipal de DC, Título 22.

Sibley Memorial Hospital (el "Hospital") realizará un esfuerzo de buena fe para proporcionar servicios no compensados al nivel de cumplimiento anual exigido por la sección 4404 del Capítulo 44 del Reglamento Municipal del Distrito de Columbia, Título 22 "Prestación de atención no compensada."


En ningún caso Sibley negará servicios de emergencia a persona alguna, de modo que no mediará discriminación en razón de que la persona no sea capaz de pagar por los servicios. Sibley podrá dar de alta a la persona que haya recibido servicios de emergencia o podrá trasladar a la persona a otro centro de atención cuando, a juicio razonable del personal médico correspondiente, tal medida sea clínicamente apropiada y se antepongan los máximos intereses del paciente y el hospital.

Sibley proporcionará atención médica no compensada de conformidad con la Sección 4400.2 del Capítulo 44 de los Reglamentos Municipales del Distrito de Columbia, Título 22, "Prestación de atención no compensada", a las personas elegibles. Esta atención no compensada a ser prestada se basará en estas normas o en las obligaciones contractuales entre Sibley y el Gobierno del Distrito de Columbia y prevalecerá la norma que implique el valor en dólares más alto.

La atención no compensada se define en la legislación por la que se rige el certificado de necesidad (Código de DC 44-401 en la sección de definiciones). La ley define "atención no compensada" como el costo de los servicios de atención a la salud prestados a los pacientes, por los que el centro de atención médica no recibe pagos. El término "atención no compensada" incluye deudas incobrables y atención caritativa, pero no incluye asignaciones contractuales.

"Deuda incobrable" significa una cuenta por cobrar generada por servicios de personal médico y del centro de servicios médicos prestados a cualquier paciente de quien se espera realice pagos, pero es considerada como incobrable, después de haberse agotado todos los esfuerzos de cobro razonables; y no medien obligaciones de unidad alguna del gobierno federal, estatal o local. El término "deuda incobrable" no incluye la atención caritativa.

"Atención caritativa" significa los servicios provistos por el personal médico y los servicios hospitalarios prestados a personas que no pueden pagar el costo de los servicios, especialmente aquellas personas

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<b>The Johns Hopkins Health System</b>	<i>Número de política</i>	FIN034E
	<b>Política y procedimiento</b>	<i>Fecha de vigencia</i>	01-04-16
	<i>Tema</i>	<i>Página</i>	2 de 24
	ASISTENCIA FINANCIERA	<i>Reemplaza</i>	28-06-13

de bajos ingresos, no poseen seguro o su seguro es insuficiente, pero que excluyen aquellos servicios para los que se determine que hayan sido causados por, o categorizados como, deuda incobrable.

**Para los efectos de esta política, la atención no compensada a ser prestada se calcula de la siguiente manera:**

**Nivel de cumplimiento anual:**

Una cantidad no menor que tres (3%) por ciento del gasto anual de funcionamiento de Sibley, menos el monto de los reembolsos que recibe de los Títulos XVIII y XIX de la Ley de Seguridad Social (Medicaid y Medicare), sin tener en cuenta las asignaciones contractuales. Asimismo, Sibley deberá cumplir todas las obligaciones de atención no compensada exigidas de conformidad con la Ley en un CON (certificado de necesidad) anterior.

Si en cualquier año fiscal Sibley no cumple con su obligación anual de atención médica no compensada, deberá esforzarse por prestar atención médica no compensada en una cantidad suficiente para compensar el déficit en un año o años siguientes, de conformidad con un plan de cumplimiento aprobado por el Organismo de Planificación y Desarrollo de Salud del Estado (en adelante SHPDA), pero a más tardar tres (3) años contados a partir del año en que se produjera el déficit.

Si Sibley presta atención médica no compensada durante un año fiscal en una cantidad superior a su nivel de cumplimiento anual, Sibley podrá solicitar que el Director aplique la cantidad excedentaria como crédito para cubrir un déficit existente o su nivel de cumplimiento anual para cualquier año fiscal subsiguiente. Para ser elegible para un crédito, se debe haber cumplido el valor excedentario en dólares por encima del nivel de cumplimiento anual, de conformidad con los requisitos de este capítulo.

**Aviso publicado de obligación de atención no compensada:**


Antes del comienzo de su año fiscal, Sibley publicará un aviso de disponibilidad de su obligación de atención no compensada en un periódico de circulación masiva en el Distrito de Columbia. Sibley también presentará una copia de dicho aviso al SHPDA. El Vicepresidente Sénior/Director de Finanzas es responsable de la publicación y presentación de este aviso. El aviso deberá incluir:

- a) El valor en dólares de la atención no compensada que Sibley tiene previsto poner a disposición durante el año fiscal, o una declaración en el sentido de que Sibley prestará atención médica no compensada a todas las personas que no puedan pagar su tratamiento y que soliciten atención médica no compensada;
- b) Una explicación de la diferencia entre la cantidad de atención no compensada que Sibley proponga para que esté a disposición del público y el nivel de cumplimiento anual de Sibley, según corresponda; y
- c) Una declaración que indique si Sibley ha satisfecho todas las obligaciones de atención no compensada pendientes desde períodos reportados anteriores, o una declaración en la que indique que satisfará, durante un período determinado, cualquier obligación pendiente.

**Aviso de publicado de disponibilidad de atención no compensada:**

También se exhibirá un aviso en el que se notifique la disponibilidad de atención médica no compensada, que estará visible en los centros de registro de pacientes, el Departamento de admisión, la Oficina comercial y el Departamento de emergencias. Sibley deberá publicar el siguiente aviso:

"De conformidad con las leyes del Distrito de Columbia, este proveedor de servicios de la salud debe poner sus servicios a disposición a todas las personas de la comunidad. Queda prohibido a este proveedor de servicios de la salud discriminar a una persona en razón de su raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, estado civil, aspecto personal, orientación sexual,

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<b>The Johns Hopkins Health System</b>	<i>Número de política</i>	FIN034E
	<b>Política y procedimiento</b>	<i>Fecha de vigencia</i>	01-04-16
	<i>Tema</i>	<i>Página</i>	3 de 24
	ASISTENCIA FINANCIERA	<i>Reemplaza</i>	28-06-13

responsabilidades familiares, matrícula, afiliación política, discapacidad física, origen de sus ingresos o lugar de residencia o actividad económica, o en virtud de que una persona esté amparada por un programa como Medicare o Medicaid."

"También es obligatorio para este proveedor de servicios de la salud prestar un volumen razonable de servicios sin cobro alguno o con reducción de costos a las personas que no puedan pagarlos. Pregunte al personal si usted es elegible para recibir servicios, bien sea gratuitamente o con reducción de costos. Si usted cree que le han negado servicios o no se le haya considerado para que se le brinde tratamiento de manera gratuita o con reducción de costos sin que medie una buena razón, comuníquese con la oficina de Admisión o la oficina comercial de este proveedor de atención de la salud y llame al Organismo de Planificación y Desarrollo de Salud del Estado a través del Centro de Llamadas para toda la ciudad (Citywide Call Center) al 202-727-1000".

"Si usted desea presentar una reclamación, están disponibles formularios en el Organismo de Planificación y Desarrollo de Salud del Estado".


Este aviso también incluirá un resumen de los criterios de elegibilidad de Sibley para brindar atención no compensada. Dicho aviso se publicará en inglés y español y en cualquier otro idioma que sea el idioma habitual de los hogares pertenecientes a grupos poblacionales que constituyan el diez (10%) por ciento o más de la población del Distrito de Columbia, según las cifras más recientes publicadas por la Oficina de censos. Sibley comunicará el contenido del aviso publicado a cualquier persona tal, que Sibley tenga razones para creer no pueda leer dicho aviso.

**Aviso por escrito sobre la disponibilidad de atención no compensada:**

En cualquier período durante un año fiscal en el cual esté disponible atención no compensada en Sibley, Sibley deberá dar un aviso por escrito acerca de la disponibilidad de los servicios a cada persona que solicite servicios del hospital en nombre de sí mismo(a) o en nombre de otra persona. Sibley proporcionará este aviso por escrito antes de la prestación de servicios, salvo que la naturaleza urgente de los servicios cause que un aviso previo sea impracticable. En situaciones de emergencia, Sibley proporcionará el aviso por escrito al paciente o a sus familiares, tan pronto como sea posible. Dicho aviso se entregará a más tardar al momento de presentarle la primera factura de servicios. En este aviso individual por escrito se deberá leer lo siguiente:

"De conformidad con las leyes del Distrito de Columbia, este proveedor de servicios de la salud debe poner sus servicios a disposición a todas las personas de la comunidad. Queda prohibido a este proveedor de servicios de la salud discriminar a una persona en razón de su raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, estado civil, aspecto personal, orientación sexual, responsabilidades familiares, matrícula, afiliación política, discapacidad física, origen de sus ingresos o lugar de residencia o de su ejercicio económico, o en virtud de que una persona esté amparada por un programa como Medicare o Medicaid."

"También es obligatorio para este proveedor de servicios de la salud prestar un volumen razonable de servicios sin cobro alguno o con reducción de costos a las personas que no puedan pagarlos. Pregunte al personal si usted es elegible para recibir servicios, bien sea gratuitamente o con reducción de costos. Si usted cree que le han negado servicios o consideración para que se le brinde tratamiento de manera gratuita o con reducción de costos sin que medie una buena razón, comuníquese con la oficina de Admisión o la oficina comercial de este proveedor de atención de la salud y llame al Organismo de Planificación y Desarrollo de Salud del Estado a

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<b>The Johns Hopkins Health System</b>	<i>Número de política</i>	FIN034E
	<b>Política y procedimiento</b>	<i>Fecha de vigencia</i>	01-04-16
	<i>Tema</i>	<i>Página</i>	4 de 24
	ASISTENCIA FINANCIERA	<i>Reemplaza</i>	28-06-13

través del Centro de Llamadas para toda la ciudad (Citywide Call Center) al 202-727-1000"

"Si usted desea presentar una reclamación, están disponibles formularios en el Organismo de Planificación y Desarrollo de Salud del Estado".

Este aviso también incluirá un resumen de los criterios de elegibilidad de Sibley para atención médica no compensada, la ubicación de la oficina en la que cualquier persona en búsqueda de atención médica no compensada puede solicitar dicha atención y debe declarar que Sibley deberá tomar una determinación por escrito con respecto a si la persona recibirá, o no recibirá, atención médica no compensada y el período dentro del cual se hará tal determinación. Para un ejemplo de este formulario, consulte el Anexo D.

**Determinación de elegibilidad por escrito para atención no compensada:**


Sibley dará un aviso por escrito sobre su determinación de elegibilidad para atención médica no compensada en respuesta a cada solicitud de atención médica no compensada a la persona que solicite tal atención de la salud. Este aviso se entregará en persona al momento en que se solicite la atención médica no compensada, o por correo ordinario, enviado a la dirección de la persona que solicite el servicio prestado. Si la persona no está disponible para recibir el aviso en persona y no ha proporcionado una dirección, Sibley podrá publicar en sus instalaciones, y en un lugar visible, un aviso en el sentido de que está disponible el estatus de elegibilidad de la persona en la oficina administrativa de Sibley.

Cada determinación de elegibilidad por escrito de atención médica no compensada para un solicitante deberá efectuarse sin demoras. Cada determinación de elegibilidad de atención médica no compensada deberá incluir las siguientes declaraciones:

- a) Que Sibley: proporcionará, proporcionará con condiciones, o no proporcionará, atención médica no compensada;
- b) Que no habrá cargo alguno por la atención médica no compensada;
- c) La fecha en que la persona solicitó la atención de la salud;
- d) La fecha en que se tomó la determinación;
- e) El ingreso anual de la persona o familia, según sea el caso, y el tamaño de la familia de la persona que solicita atención médica no compensada;
- f) La fecha en la que se prestaron o se prestarán los servicios; y
- g) La razón de la denegación, según corresponda.

Si se presenta una solicitud antes de la prestación del servicio, Sibley deberá hacer una determinación de elegibilidad para atención médica no compensada en un lapso de cinco (5) días hábiles contados desde la entrega de una solicitud completa para servicios ambulatorios, o antes del alta, para servicios hospitalarios. Si la solicitud es presentada después de que el hospital preste servicios ambulatorios, o después del alta de un paciente hospitalizado, Sibley hará una determinación de elegibilidad antes de la finalización del siguiente ciclo de facturación. Normalmente, el aviso de la determinación se entregará en un lapso de 5 días contados desde la siguiente reunión del Comité de atención a la comunidad. Sibley podrá emitir una determinación de elegibilidad condicional. Tal determinación deberá especificar las condiciones que debe cumplir la persona solicitante de atención médica no compensada para ser elegible.

El Vicepresidente Sénior/Director de Finanzas es responsable de implementar esta política. Dicho funcionario deberá preparar un plan de asignaciones que cumpla con los requisitos de los reglamentos y supervisar su aplicación. El Vicepresidente Sénior/Director de Finanzas preparará un informe para el SHPDA en un lapso de 120 días contados desde la fecha de cierre de cada año fiscal. Los documentos que respaldan la determinación de Sibley se pondrán a disposición del público y se reportarán al SHPDA. Tales documentos deberán ser conservados por el Vicepresidente Sénior/Director financiero

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<b>The Johns Hopkins Health System</b>	<i>Número de política</i>	FIN034E
	<b>Política y procedimiento</b>	<i>Fecha de vigencia</i>	01-04-16
	<i>Tema</i>	<i>Página</i>	5 de 24
	ASISTENCIA FINANCIERA	<i>Reemplaza</i>	28-06-13

durante un período de cinco (5) años contados desde la fecha de la última entrada para un año fiscal determinado. El Presidente y el Tesorero de la Junta deberán ser informados periódicamente acerca del cumplimiento de Sibley con la política.

### **Definición de la Comunidad del Hospital**

Sibley Memorial Hospital pone a disposición sus servicios, incluidos los servicios obligatorios, según requisitos legales de atención no compensada del Distrito de Columbia "a todas las personas de la comunidad." Esta comunidad se extiende a aquellas personas que viven o trabajan en el área de servicio del hospital o que, de otro modo, requieran servicios de emergencia mientras estén de visita dentro del área de servicio. Quedan excluidas de manera específica del Programa de Asistencia a la Comunidad aquellas personas que soliciten servicios electivos y que claramente residan fuera del área de servicio del hospital. El área de servicio del hospital abarca el Distrito de Columbia y la mayor parte de Maryland y Virginia, aunque también se prestan servicios limitados a los residentes de West Virginia, Delaware y Pennsylvania. El hospital puede pedir al solicitante que proporcione documentación que demuestre el cumplimiento de la definición de «comunidad» del hospital.

Sibley Memorial Hospital publicará la disponibilidad de Asistencia financiera anualmente en sus periódicos locales y colocará avisos de disponibilidad en los centros de registro del paciente, en la Oficina de admisiones/Oficina comercial de la Oficina de facturación del paciente y en el Departamento de emergencias. El Aviso de disponibilidad será colocado en el sitio web del hospital, se mencionará durante las comunicaciones orales y también será enviado a los pacientes o junto con las facturas de los pacientes. Se entregará a los pacientes hospitalizados un resumen de la Política de asistencia financiera antes de darlo de alta, el cual estará disponible a todos los pacientes, según lo soliciten.


Se podrá ofrecer Asistencia financiera cuando se haya realizado y documentado una revisión de la situación económica particular de un paciente. Esta evaluación incluirá una revisión de los gastos médicos y las obligaciones actuales del paciente (incluyendo cualquier cuenta colocada en la lista de deudas incobrables, excepto aquellas para las que se haya entablado una disputa judicial y cuyo correspondiente fallo haya sido emitido), además de cualquier gasto médico proyectado. Las solicitudes de Asistencia financiera pueden ser ofrecidas a los pacientes cuyas cuentas estén en una agencia de cobro y se aplicarán sólo a aquellas cuentas para las que no se haya emitido un dictamen.

### **AVISO DE ASISTENCIA FINANCIERA DE MÉDICOS QUE PROPORCIONAN ATENCIÓN:**

Adjunto como **ANEXO E** se muestra una lista de médicos que proporcionan servicios de emergencia y atención médica necesaria, tal como se define en esta política en SMH. Estas listas indican si el médico está incluido en esta política. Si el médico no está incluido en esta política, los pacientes deben comunicarse con la oficina de consulta del médico para determinar si el médico ofrece asistencia financiera y, si es así, qué estipula la política de asistencia financiera del médico.


### **Definiciones**

**Deuda médica** La deuda médica se define como los gastos de bolsillo para cubrir los gastos médicos derivados de la atención médica necesaria facturada por el hospital Hopkins en el que se presente la solicitud. Los gastos de bolsillo no incluyen copagos, coseguros ni deducibles. La deuda médica no incluye aquellas facturas de hospital para las que el paciente haya elegido ser registrado como paciente de Pago voluntario por cuenta propia (exclusión voluntaria de la cobertura de seguro,

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> M E D I C I N E JOHNS HOPKINS H E A L T H S Y S T E M</p>	<b>The Johns Hopkins Health System</b>	<i>Número de política</i>	FIN034E
	<b>Política y procedimiento</b>	<i>Fecha de vigencia</i>	01-04-16
	<i>Tema</i>	<i>Página</i>	6 de 24
	ASISTENCIA FINANCIERA	<i>Reemplaza</i>	28-06-13

o de facturación de seguro).

Activos líquidos	Efectivo, valores, pagarés, acciones, bonos, bonos de ahorro de Estados Unidos, cuentas corrientes, cuentas de ahorro, fondos mutuales, certificados de depósito, pólizas de seguros de vida con valores de rescate en efectivo, cuentas por cobrar, beneficios de pensión u otra propiedad inmediatamente convertible en efectivo. Una garantía de protección legal de \$150.000 en el patrimonio de la residencia principal del paciente no se considerará como activo convertible en efectivo. El patrimonio en cualesquiera otros bienes inmuebles podrá ser objeto de liquidación. Los activos líquidos no incluyen los activos de jubilación para los que el Servicio de Impuestos Internos (IRS) haya concedido trato fiscal preferencial, tales como una cuenta de jubilación incluyendo, sin sentido limitativo, los planes de compensación diferidos que hayan calificado en el marco del Código de Impuestos Internos o los planes de compensación diferidos no calificados..
Familia inmediata	Si el paciente es menor de edad, el miembro de la familia inmediata se define como la madre, el padre, los hermanos solteros menores de edad, naturales o adoptados, que residan en el mismo hogar. Si el paciente es un adulto, un miembro de la familia inmediata se define como el cónyuge o los hijos menores solteros naturales o adoptivos que residan en el mismo hogar.
Atención médica necesaria	Tratamiento médico que sea absolutamente necesario para proteger el estado de salud de un paciente y pueda afectar negativamente la condición del paciente si tal tratamiento se omitiera, de conformidad con las normas aceptadas de práctica médica y que no sea principalmente para la comodidad del paciente. La atención médica necesaria, para los efectos de esta política, no incluye los procedimientos electivos o cosméticos.
Ingresos familiares	Sueldos, salarios, ganancias, propinas, intereses, dividendos, distribuciones de réditos en empresas, ingresos por alquiler, jubilación/ingresos de pensión, prestaciones de la Seguridad Social y otros ingresos del paciente y/o la parte responsable, tal como los define el Servicio de Impuestos Internos (IRS), para todos los miembros de su familia inmediata que residan en el hogar.
Documentación de respaldo	Talones de pago; W-2; 1099; compensaciones de trabajador, cartas de aviso de beneficios de seguridad social o por discapacidad; estados de cuenta bancarios o de corretaje; declaraciones de impuestos; pólizas de seguro de vida; tasaciones de bienes raíces e informes de oficinas de crédito, explicación de beneficios para respaldar la deuda médica.  Las personas elegibles para asistencia financiera que reciban la atención de emergencia u otros cuidados médicos necesarios no tendrán que pagar cantidades que excedan las cantidades que generalmente se cobran a las personas con seguros de salud capaces de cubrir tal atención de la salud.


 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<b>The Johns Hopkins Health System</b>	<i>Número de política</i>	FIN034E
	<b>Política y procedimiento</b>	<i>Fecha de vigencia</i>	01-04-16
	<i>Tema</i>	<i>Página</i>	7 de 24
	ASISTENCIA FINANCIERA	<i>Reemplaza</i>	28-06-13

### **PROCEDIMIENTOS**

- Una evaluación de Asistencia financiera puede comenzar de diversas maneras:


Por ejemplo:

- Un paciente con un saldo de pago por cuenta propia vencido notifica al cobrador de pagos por cuenta propia o a una agencia de cobro en sentido de que no está en capacidad de pagar la factura y por ello solicita asistencia.
  - Un paciente se presenta en un área clínica sin seguro y afirma que no está en capacidad de pagar los gastos médicos asociados con sus servicios médicos actuales o anteriores.
  - Un médico u otro profesional clínico remite a un paciente para una Evaluación de asistencia financiera para servicios, o bien como paciente interno, o externo.
  - Un paciente es remitido al hospital para recibir servicios en el marco del programa de Asistencia financiera por una clínica caritativa u otras organizaciones, tales como Catholic Charities.
- Cada Clínica o Unidad comercial designará a una persona o personas que será responsable de tomar las solicitudes de Asistencia financiera. Estos miembros del personal pueden ser Asesores financieros, especialistas en pagos por cuenta propia, personal administrativo, de servicio al cliente, etc.
  - El personal designado se reunirá con los pacientes que soliciten asistencia financiera para determinar si cumplen con los criterios preliminares para la asistencia.
    - a. Todas las solicitudes hospitalarias serán procesadas en un lapso de cinco (5) días hábiles después de introducida una solicitud completa para un servicio ambulatorio, o antes del alta, para el caso de las hospitalizaciones, y se tomará una decisión para determinar la elegibilidad probable. Si la solicitud es presentada después que el hospital haya prestado un servicio ambulatorio, o después del alta de un paciente hospitalizado, Sibley hará una determinación de elegibilidad antes de la finalización del siguiente ciclo de facturación. Normalmente, el aviso de la determinación se entregará en un lapso de 5 días contados desde la siguiente reunión del Comité de atención a la comunidad. Sibley podrá emitir una determinación de elegibilidad condicional. Tal determinación indicará las condiciones que debe cumplir la persona que solicita la atención médica no compensada para ser elegible. Para facilitar este proceso, cada solicitante debe proporcionar información sobre el tamaño e ingresos de la familia, (como se definen en las normativas de Medicaid). Para ayudar a los solicitantes a completar el proceso, el Hospital proporcionará una declaración de aprobación condicional que les permita saber qué documentos se requieren para una determinación final de elegibilidad.
    - b. Las solicitudes recibidas serán enviadas a los Asesores financieros de Sibley o a la línea de solicitud de asistencia financiera dedicada del Departamento de servicios financieros del paciente de JHHS para su revisión; al paciente se le emitirá una determinación probable de elegibilidad por escrito.

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<b>The Johns Hopkins Health System</b>	<i>Número de política</i>	FIN034E
	<b>Política y procedimiento</b>	<i>Fecha de vigencia</i>	01-04-16
	<u>Tema</u>	<i>Página</i>	8 de 24
	ASISTENCIA FINANCIERA	<i>Reemplaza</i>	28-06-13


4. Para determinar la elegibilidad final, se deben cumplir los siguientes criterios:
  - a. El paciente debe solicitar Asistencia médica y cooperar plenamente con el equipo de Asistencia médica o su agente designado, a menos que el representante financiero pueda determinar con facilidad que el paciente no podría cumplir con los requisitos de elegibilidad. El Cuestionario de perfil del paciente (Anexo B) se utiliza para determinar si el paciente debe solicitar Asistencia médica. En los casos en que el paciente tenga cobertura de farmacia con asistencia médica activa o cobertura QMB, no sería necesario volver a solicitar Asistencia médica, a menos que el representante financiero tenga razones para creer que el paciente puede ser beneficiario de Asistencia médica completa.
  - b. Considerar su elegibilidad para otros recursos, tales como fondos de dotación, recursos de fundaciones externas, etc.
  - c. Todas las posibilidades de beneficios de seguro deben haber sido agotadas.
5. En la medida de lo posible, habrá un solo proceso de solicitud. Al paciente se le exige proporcionar lo siguiente, si corresponde:
  - a. Una Solicitud de Asistencia financiera completada (Anexo A) y el Cuestionario de perfil del paciente (Anexo B).
  - b. Una copia de su más reciente Declaración Federal de Impuestos (si es casado(a), y presenta una solicitud por separado, también debe entregar una copia de la declaración de impuestos del cónyuge y una copia de la declaración de impuestos de cualquier otra persona cuyo ingreso se considere parte de los ingresos de la familia, como se define en las normativas de Medicaid).
  - c. Una copia de los tres (3) últimos talones de pago (si tiene empleo) o prueba de ingresos de cualquier otra persona cuyo ingreso se considere parte de los ingresos de la familia, tal como se define en normativas de Medicaid.
  - d. Un Aviso de determinación de asistencia médica (si corresponde).
  - e. Prueba de ingresos por incapacidad (según corresponda).
  - f. Prueba razonable de otros gastos declarados.
  - g. Si no está trabajando, prueba razonable de desempleo, como una Declaración de la oficina del seguro de desempleo, una declaración de la fuente actual de apoyo financiero, etc....
6. Un paciente puede solicitar Asistencia financiera, o bien por falta de seguro suficiente, o por deudas médicas excesivas. El término «deuda médica» se define en la sección de definiciones. Una vez que un paciente haya presentado toda la información exigida, el Asesor financiero revisará y analizará la solicitud y la remitirá al Departamento de servicios financieros del Paciente para la determinación final de elegibilidad, de conformidad con las directrices de JHMI.
  - a. Si la solicitud es rechazada, el paciente tiene el derecho de solicitar que la solicitud sea examinada nuevamente. El Asesor financiero enviará la solicitud y los anexos al Comité de Asistencia de la



 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<b>The Johns Hopkins Health System</b>	<i>Número de política</i>	FIN034E
	<b>Política y procedimiento</b>	<i>Fecha de vigencia</i>	01-04-16
	<i>Tema</i>	<i>Página</i>	9 de 24
	ASISTENCIA FINANCIERA	<i>Reemplaza</i>	28-06-13


Comunidad para su evaluación final y tomar la decisión final correspondiente.

- b. Si la solicitud del paciente para recibir Asistencia financiera se apoya en deuda médica excesiva, o si hay circunstancias atenuantes identificadas por el Asesor financiero o la persona designada, el Asesor financiero enviará la solicitud y los anexos al Comité de Asistencia de la Comunidad. Este comité tendrá autoridad para tomar la decisión de aprobar o rechazar solicitudes. Se espera que para una solicitud de asistencia financiera revisada por el Comité se dicte una resolución definitiva en un lapso de los 30 días contados a partir de la fecha en que la solicitud se considere completa. El Comité de Asistencia de la Comunidad basará su determinación de necesidad financiera apoyándose en las directrices de JHHS.
7. Cada departamento clínico tiene la opción de designar ciertos procedimientos electivos para los que no se dará ninguna opción de Asistencia financiera.
  8. Los servicios proporcionados a los pacientes registrados como pacientes de Pago voluntario por cuenta propia no califican para asistencia financiera.
  9. Una vez que a un paciente se le haya aprobado Asistencia financiera, la cobertura de Asistencia financiera se hará efectiva para el mes en que se emita la determinación y para los siguientes seis (6) meses calendario. Si al paciente se le aprueba una asignación porcentual debido a dificultades financieras, se recomienda que el paciente realice un pago de buena fe al comienzo del período de asistencia financiera. A petición de un paciente que no tenga seguro y cuyo nivel de ingresos se ubique dentro de la Cuadrícula de ingresos de dificultades médicas y financieras incluida en el Anexo B, Sibley deberá poner un plan de pago a disposición del paciente. Cualquier cronograma de pagos desarrollado a través de esta política normalmente no durará más de dos años. En circunstancias extraordinarias y con la aprobación del gerente designado podrá prorrogarse un cronograma de pagos.
  10. Presunción de elegibilidad para asistencia financiera. Hay casos en que un paciente pueda aparecer como elegible para asistencia financiera, pero no existe un formulario de asistencia financiera consignado. Es frecuente que haya información adecuada proporcionada por el paciente u otras fuentes, lo que podría aportar evidencia suficiente para conceder Asistencia financiera al paciente. En caso de que no haya evidencia para respaldar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera, JHHS se reserva el derecho de recurrir a agencias externas para determinar las cantidades de ingresos estimados, a efectos de determinar la elegibilidad para asistencia financiera y las posibles tarifas de atención con reducción de costos. Una vez determinada, debido a la naturaleza inherente de las circunstancias presuntas, la única asistencia financiera que se puede conceder es una anulación del 100% del saldo de la cuenta. La Elegibilidad para asistencia financiera presunta sólo será válida para la fecha específica del servicio del paciente y no será efectiva por un período de seis (6) meses. La elegibilidad presunta puede determinarse basándose en las circunstancias de vida individuales. A menos que sea elegible para Medicaid o CHIP, los pacientes que son beneficiarios/destinatarios de programas de servicio social con comprobación de recursos se consideran presuntamente elegibles para la atención gratuita, siempre que el paciente presente una prueba de inscripción en un lapso de 30 días posteriores a la fecha del servicio. En el Anexo A-1 se ofrece una lista de las circunstancias de vida que califican a un paciente para Elegibilidad presunta.
  11. Los pacientes que indiquen que están desempleados y no tengan cobertura de seguro estarán obligados a presentar una Solicitud de asistencia financiera, a menos que cumplan los criterios de elegibilidad presunta para asistencia financiera. Si el paciente califica para la cobertura COBRA, la capacidad financiera del paciente para pagar las primas del seguro COBRA serán revisadas por el

 <b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE <hr/> JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM	<b>The Johns Hopkins Health System</b>	<i>Número de política</i>	FIN034E
	<b>Política y procedimiento</b>	<i>Fecha de vigencia</i>	01-04-16
	<u>Tema</u>	<i>Página</i>	10 de 24
	ASISTENCIA FINANCIERA	<i>Reemplaza</i>	28-06-13

Asesor financiero y se harán las recomendaciones respectivas al Comité de evaluación de Asistencia financiera. Se exhortará a las personas con capacidad financiera a que adquieran una póliza de seguro de salud, para asegurarse de contar con acceso a servicios de salud y para efectos de su salud personal en general.

12. Si la cuenta de un paciente ha sido asignada a una agencia de cobro y el paciente o el fiador solicita Asistencia financiera o parece calificar para Asistencia financiera, la agencia de cobro deberá notificar a PFS y deberá entregar al paciente/fiador una solicitud de asistencia financiera con instrucciones de devolver la solicitud completada a PFS para su revisión y determinación y deberá colocar la cuenta en suspenso durante 45 días en espera de más instrucciones de PFS.
13. Esta Política de asistencia financiera no se aplica a pacientes fallecidos o para quienes se haya abierto, o deba abrirse, una herencia en virtud de los activos pertenecientes a un paciente fallecido. Johns Hopkins presentará una reclamación en el acervo hereditario del difunto y dicha reclamación estará sujeta a la administración del estado y sus leyes sucesorales y fiduciarias aplicables.

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> M E D I C I N E JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<b>The Johns Hopkins Health System</b>	<i>Número de política</i>	FIN034E
	<b>Política y procedimiento</b>	<i>Fecha de vigencia</i>	01-04-16
	<i>Tema</i>	<i>Página</i>	11 de 24
	ASISTENCIA FINANCIERA	<i>Reemplaza</i>	28-06-13

## **REFERENCIA**<sup>1</sup>

### **Manual de Políticas y Procedimientos Financieros de JHHS**

Política N° FIN017 - Firma Autoridad: Servicios Financieros del Paciente

Política No. FIN033 - Pagos a plazos

Atención caritativa y deudas incobrables, Guía AICPA de auditoría de atención a la salud

Directrices del nivel federal de pobreza (actualizado anualmente) en el Registro Federal

## **RESPONSABILIDADES – SMH**

Asesor financiero (Pre-Admisión/Admisión/Paciente admitido/Ambulatorio) Coordinador de servicio al cliente Coordinador de admisiones  
Cualquier representante de finanzas designado para aceptar solicitudes de Asistencia financiera

Entender los criterios actuales de la calificación para asistencia.

Identificar a los candidatos prospecto; iniciar el proceso de solicitud cuando sea necesario. Si es necesario, ayudar a los pacientes a completar la solicitud o el formulario específico para el programa.

En la fecha en que se reciba la solicitud preliminar, enviar por fax a la línea de fax dedicada del Departamento de servicios financieros al paciente para la determinación de elegibilidad probable.


Revisar la solicitud preliminar, el Cuestionario de perfil del paciente y la Solicitud de dificultades médicas y financieras (si son presentadas) para hacer la determinación de elegibilidad probable. En un lapso de cinco días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud inicial, (o antes del alta para el caso de una solicitud recibida durante una admisión) enviar la determinación por correo convencional a la última dirección conocida del paciente o entregarla al paciente, si para dentro de ese lapso el paciente está hospitalizado. Tome en cuenta los comentarios del paciente.

Si no es necesaria una Solicitud de asistencia financiera, debido a que el paciente cumple con los criterios específicos, tome en cuenta los comentarios del paciente sobre la cuenta y reenvíe al Personal de administración para su revisión.

Revisar y asegurarse que la solicitud final haya sido completada.

Entregar la solicitud final completada a la gerencia

<sup>1</sup>NOTA: Se han desarrollado solicitudes estandarizadas para la Asistencia financiera, Cuestionario de perfil de paciente y Dificultades médicas y financieras. Para obtener información sobre cómo realizar un pedido de las mismas, comuníquese con el Departamento de servicios financieros del Paciente. Se adjuntan copias a esta política como Anexos A, B y C.

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<b>The Johns Hopkins Health System</b>	<i>Número de política</i>	FIN034E
	<b>Política y procedimiento</b>	<i>Fecha de vigencia</i>	01-04-16
	<i>Tema</i>	<i>Página</i>	12 de 24
	ASISTENCIA FINANCIERA	<i>Reemplaza</i>	28-06-13

correspondiente.

Documentar todas las transacciones en todos los comentarios de cuenta de paciente que correspondan.

Identificar candidatos retroactivos; iniciar el proceso de solicitud final.

Personal de administración  
(Supervisor/Gerente/Director)

Revisar la solicitud final completada; supervisar aquellas cuentas para las cuales no se requiera solicitud; determinar la elegibilidad de los pacientes; comunicar la determinación final por escrito al paciente en un lapso de 5 días laborales posteriores a la recepción de solicitud completada. Si el paciente es elegible para atención con reducción de costos, aplicar la reducción más favorable en los cargos para los que califique el paciente.

Asesorar a los pacientes no elegibles sobre otras alternativas disponibles para ellos, incluidos los pagos a plazos, préstamos bancarios o la consideración en el marco del programa de Dificultades médicas y financieras, si no han presentado la solicitud suplementaria, Anexo C. [Consultar el Anexo B - Directrices de asistencia por dificultades médicas y financieras]

No se enviarán avisos a los destinatarios de Elegibilidad presunta o de Asistencia financiera.

Personal de administración  
financiera (Director Sénior/Tesorero  
adjunto o afiliado equivalente)  
El Comité de Asistencia a la  
Comunidad

Revisar y aprobar las solicitudes de asistencia financiera y las cuentas para las que no se requiere solicitud y que no se anulan automáticamente de conformidad con la autoridad de firma establecida en la Política de finanzas de JHHS N° FIN017 - Autoridad de firma: Servicios financieros del paciente.

### **PATROCINADOR**

Director Sénior de Finanzas del Paciente (JHHS)  
Director Sénior de Ciclo de Ingresos (SMH)


### **CICLO DE REVISIÓN**

Dos (2) años

### **APROBACIÓN**


\_\_\_\_\_  
VP Sénior de Finanzas/Tesorero y CFO de JHH y JHHS

\_\_\_\_\_  
Fecha

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<b>The Johns Hopkins Health System</b>	<i>Número de política</i>	FIN034E
	<b>Política y procedimiento</b>	<i>Fecha de vigencia</i>	01-04-16
	<i>Tema</i>	<i>Página</i>	13 de 24
	ASISTENCIA FINANCIERA	<i>Reemplaza</i>	28-06-13

**ANEXO A**  
**DIRECTRICES DE ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

1. Cada paciente que solicite asistencia financiera debe llenar una solicitud Asistencia financiera de Sibley, Anexo A, y el Cuestionario de perfil del paciente, Anexo B. Si el paciente desea ser considerado para Dificultades médicas y financieras, el paciente debe presentar la Solicitud de asistencia por dificultades médicas y financieras, Anexo C.
2. Se aceptará una solicitud preliminar que indique el tamaño de la familia y los ingresos familiares (tal como se definen en las normativas de Medicaid) y se hará una determinación de elegibilidad probable en un lapso de dos días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud.
3. El paciente debe solicitar Asistencia médica y cooperar plenamente con el equipo de Asistencia médica o su agente designado, a menos que el representante financiero pueda determinar con facilidad que el paciente no podría cumplir con los requisitos de elegibilidad. Se ha desarrollado un cuestionario del perfil del paciente (consulte el Anexo B) para determinar si el paciente debe solicitar Asistencia médica. En los casos en que el paciente tenga cobertura de farmacia con asistencia médica activa o cobertura QMB, no sería necesario volver a solicitar Asistencia médica, a menos que el representante financiero tenga razones para creer que el paciente puede ser beneficiario de Asistencia médica completa.
5. La prueba de ingresos debe estar provista de la solicitud final. Entre las pruebas aceptables figuran las siguientes:
  - (a) Declaración de impuestos del año anterior;
  - (b) Talones de pago actuales;
  - (c) Carta del empleador o, si presenta documentación de desempleo, verificación del estado de desempleo; y
  - (d) Un informe de agencia de crédito obtenido por los afiliados de JHM y/o por el Departamento de servicios financieros del paciente.
6. Los pacientes serán elegibles para recibir asistencia financiera si el nivel de ingresos máximo de su familia (marido y mujer - como se define en las normativas de Medicaid) no excede los estándares de Sibley (en relación con las directrices federales de pobreza).
7. Se deben utilizar todos los recursos de seguros y otros recursos de programas financieros similares para poder solicitar la Asistencia financiera. Esto incluye seguros, Asistencia médica y todos los demás programas de asistencia social para los cuales el paciente pueda calificar.
8. Los pacientes que opten por pasar a ser pacientes de Pago voluntario por cuenta propia no califican para Asistencia financiera para la cantidad adeudada en ninguna cuenta registrada como


 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> M E D I C I N E JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<b>The Johns Hopkins Health System</b>	<i>Número de política</i>	FIN034E
	<b>Política y procedimiento</b>	<i>Fecha de vigencia</i>	01-04-16
	<u>Tema</u>	<i>Página</i>	14 de 24
	ASISTENCIA FINANCIERA	<i>Reemplaza</i>	28-06-13

Pago voluntario por cuenta propia.

9. La asistencia financiera no es aplicable a servicios no esenciales, tales como cirugía estética, artículos de comodidad y alojamiento en una habitación privada que no sea médicamente necesaria. Los cargos no hospitalarios serán responsabilidad del paciente. En caso de que surja una duda sobre si una admisión es una "Admisión electiva" o es una "Admisión médicamente necesaria", se deberá consultar al médico que haya admitido al paciente. Las preguntas en relación con situación de «necesidad» serán remitidas al asesor médico designado por el hospital.
10. Cada afiliado determinará la elegibilidad final para Asistencia financiera en un lapso de cinco (5) días hábiles contados desde el día en que la solicitud haya sido satisfactoriamente llenada y presentada.
11. La documentación de la determinación final de elegibilidad se realizará en todas las cuentas del paciente (saldos abiertos). Se enviará al paciente un aviso de determinación.
12. Una determinación de elegibilidad para Asistencia financiera basada en la presentación de una Solicitud de asistencia financiera seguirá siendo válida durante un período de seis (6) meses para todos los servicios de afiliado a JHM necesarios prestados, basándose en la fecha de la carta de determinación. Los pacientes que actualmente estén recibiendo Asistencia financiera de uno de los afiliados a JHM no tendrán que volver a solicitar la Asistencia financiera de otro afiliado. Sin embargo, los criterios de elegibilidad y nivel de beneficios pueden variar según el afiliado.
13. Todas las determinaciones de elegibilidad para Asistencia financiera se realizarán únicamente a discreción de Sibley Memorial Hospital


#### Excepción

El Director Sénior de Ciclo de Ingresos (o su equivalente en un afiliado) puede hacer excepciones de acuerdo a las circunstancias individuales.

 <b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM	<b>The Johns Hopkins Health System</b>	<i>Número de política</i>	FIN034E
	<b>Política y procedimiento</b>	<i>Fecha de vigencia</i>	01-04-16
	<i>Tema</i>	<i>Página</i>	15 de 24
	ASISTENCIA FINANCIERA	<i>Reemplaza</i>	28-06-13


**TABLA CUADRÍCULA DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA ATENCIÓN GRATUITA O CON REDUCCIÓN DE COSTOS**

<b>PARA LA DETERMINACIÓN DE LA ASIGNACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA</b>				
Número de personas en la familia	Límites superiores del ingreso de la familia para el rango de asignaciones			
	FPL X 1	FPL X 2	FPL X 3	FPL X 4
1	\$ 11.880	\$ 23.760	\$ 35.640	\$ 47.520
2	\$ 16.020	\$ 32.040	\$ 48.060	\$ 64.080
3	\$ 20.160	\$ 40.320	\$ 60.480	\$ 80.640
4	\$ 24.300	\$ 48.600	\$ 72.900	\$ 97.200
5	\$ 28.440	\$ 56.880	\$ 85.320	\$ 113.760
6	\$ 32.580	\$ 65.120	\$ 97.740	\$ 130.320
7	\$ 36.730	\$ 73.460	\$ 110.190	\$ 146.920
8*	\$ 40.890	\$ 81.780	\$ 122.670	\$ 163.560
Por cada miembro adicional de la familia, sume:	\$ 4.160	\$ 8.320	\$ 12.480	\$ 16.640
Asignación	100%	100%	100%-.95AGB	100% - AGB
Pago esperado	0%	0%	95% de AGB	AGB

 <b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE <hr/> JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM	<b>The Johns Hopkins Health System</b>	<i>Número de política</i>	FIN034E
	<b>Política y procedimiento</b>	<i>Fecha de vigencia</i>	01-04-16
	<u>Tema</u>	<i>Página</i>	16 de 24
	ASISTENCIA FINANCIERA	<i>Reemplaza</i>	28-06-13

Las cantidades que generalmente se cobran a las personas con seguro "AGB" se calcularán utilizando el "método de revisión retrospectiva", que se define como todas las reclamaciones de emergencia y otros servicios médicos necesarios que hayan sido pagados en su totalidad al hospital por parte de Medicare y todos los aseguradores salud privada juntos, en calidad de pagadores principales de estas reclamaciones, en cada caso teniendo en cuenta las cantidades pagadas al hospital en forma de coseguros o deducibles. Sibley calculará el porcentaje(s) de AGB al menos anualmente revisando todas las reclamaciones pagadas en su totalidad durante un período anterior de 12 meses. Una vez determinados, el porcentaje(s) de AGB se aplicará a más tardar 45 días contados desde el final de un período de 12 meses.




 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> M E D I C I N E JOHNS HOPKINS H E A L T H S Y S T E M</p>	<b>The Johns Hopkins Health System</b>	<i>Número de política</i>	FIN034E
	<b>Política y procedimiento</b>	<i>Fecha de vigencia</i>	01-04-16
	<i>Tema</i>	<i>Página</i>	17 de 24
	ASISTENCIA FINANCIERA	<i>Reemplaza</i>	28-06-13

## Anexo A-1

### Elegibilidad para asistencia financiera presunta

Hay casos en que un paciente pueda aparecer como elegible para asistencia financiera, pero no existe un formulario de asistencia financiera consignado. A menudo, hay información adecuada proporcionada por el paciente o por medio de otras fuentes, lo que podría bastar como evidencia para proporcionar Asistencia financiera al paciente. En caso de que no haya evidencia para respaldar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera, JHHS se reserva el derecho de recurrir a agencias externas para determinar las cantidades de ingresos que le sirva como base a fin de estimar la elegibilidad para asistencia financiera y las posibles tarifas de atención con reducción de costos. Una vez determinada, debido a la naturaleza inherente de las circunstancias presuntas, la única asistencia financiera que puede concederse es una anulación del 100% del saldo de la cuenta. La Elegibilidad para asistencia financiera presunta sólo será válida para la fecha específica del servicio del paciente y no será efectiva por un período de seis (6) meses. La presunta elegibilidad puede determinarse basándose en las circunstancias de vida individuales, entre las que podrían figurar:

- Cobertura de farmacia con asistencia médica activa
- Cobertura QMB/cobertura SLMB
- Cobertura del Programa de atención primaria para adultos (PAC, Primary Adult Care)
- Carencia de vivienda
- Pacientes con Asistencia médica y Medicaid Managed Care por servicios prestados en la sala de emergencias que superen la cobertura de estos programas
- Pacientes de emergencia por petición del Sistema de Salud Pública
- Participación en Programas para mujeres, infantes y niños (WIC)
- Programa de asistencia nutricional complementaria (SNAP) o elegibilidad para Cupones de alimentos
- Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales que tengan elegibilidad financiera de, o por debajo de, 200% del FPL
- El paciente ha fallecido sin sucesión patrimonial conocida

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE</p> <p>JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<b>The Johns Hopkins Health System</b>	<i>Número de política</i>	FIN034E
	<b>Política y procedimiento</b>	<i>Fecha de vigencia</i>	01-04-16
	<u>Tema</u>	<i>Página</i>	18 de 24
	ASISTENCIA FINANCIERA	<i>Reemplaza</i>	28-06-13

## ANEXO B DIRECTRICES DE ASISTENCIA POR DIFICULTADES MÉDICAS Y FINANCIERAS

### Propósito

Estas directrices están destinadas a proporcionar una determinación separada, complementaria, de la Asistencia financiera. Esta determinación se ofrecerá a todos los pacientes que soliciten Asistencia financiera.

La Asistencia por dificultades médicas y financieras está disponible para los pacientes que no son elegibles para la Asistencia financiera de 100% en el marco de la sección principal de esta política, sino para quienes:

- 1.) Hayan incurrido en una deuda médica durante un período de doce (12) meses que supere el 25% de los ingresos familiares, lo cual les haya creado dificultades médicas y financieras; y
- 2.) cumplan con los estándares de ingresos para este nivel de asistencia.


Para aquellos pacientes que sean elegibles para la atención con reducción de costos según los criterios de Asistencia financiera y también califiquen según las directrices de Asistencia por dificultades médicas y financieras, Sibley aplicará la cantidad de reducción en los cargos que sea más favorable para el paciente.

Las Dificultades médicas y financieras se definen como la deuda médica por tratamiento médicamente necesario incurrido por una familia durante un período de doce (12) meses, la cual supere el 25% de los ingresos de esa familia.

La deuda médica se define como los gastos de bolsillo para cubrir los costos del tratamiento médico necesario que hayan sido facturados por el hospital Hopkins en el que se presente la solicitud; los gastos de bolsillo mencionados anteriormente no incluyen los copagos, coseguros, ni deducibles.

El paciente/fiador puede solicitar que se haga tal determinación presentando una Solicitud de Asistencia por dificultades médicas y financieras (Anexo C), al presentar la Solicitud de Asistencia de financiera de Sibley, (Anexo A) y el Cuestionario de perfil del paciente (Anexo B). El fiador del paciente también debe presentar la documentación financiera de los ingresos familiares para los doce meses (12) calendario anteriores a la fecha de la solicitud y la documentación que acredite una deuda médica de al menos 25% de los ingresos familiares.

Una vez que a un paciente se le haya aprobado la Asistencia financiera por dificultades médicas, la cobertura de Asistencia financiera por dificultades médicas se hará efectiva a partir del mes del primer servicio calificado y los siguientes doce (12) meses calendario. Se cubrirá a los miembros de la familia inmediata del paciente que residan en el mismo hogar. El paciente y los miembros de la familia inmediata seguirán siendo elegibles para la atención médica necesaria con reducción de costos cuando posteriormente busquen atención en el mismo hospital durante doce (12) meses calendario a partir de la fecha en que inicialmente se haya recibido la atención médica necesaria con reducción de costos. La cobertura no se aplicará a procedimientos cosméticos. Sin embargo, el paciente o el miembro de la familia inmediata del paciente que resida en el mismo hogar debe notificar al hospital acerca de su

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<b>The Johns Hopkins Health System</b>	<i>Número de política</i>	FIN034E
	<b>Política y procedimiento</b>	<i>Fecha de vigencia</i>	01-04-16
	<i>Tema</i>	<i>Página</i>	19 de 24
	ASISTENCIA FINANCIERA	<i>Reemplaza</i>	28-06-13

elegibilidad para la atención médica necesaria con reducción de costos al momento de registrarse o al ser admitido(a).

Condiciones generales para la Solicitud de asistencia por dificultades médicas y financieras:

1. El ingreso del paciente es inferior a 500% del nivel federal de pobreza.
2. El paciente ha agotado toda la cobertura de seguro.
3. Los saldos de las cuentas del paciente para los pacientes que optaron por inscribirse como pacientes de pago voluntario por cuenta propia no se cuentan para deuda médica para Asistencia por dificultades médicas y financieras.
4. El paciente/fiador no posee activos líquidos \*que excedan \$10.000, los cuales estarían disponibles para satisfacer sus facturas de afiliados a JHHS.
5. El paciente no es elegible para ninguna de las asistencias siguientes:
  - Asistencia médica
  - Otras formas de asistencia disponibles a través de afiliados a JHM
6. El paciente no es elegible para el Programa de Asistencia financiera de Sibley, o es elegible, pero el Programa de dificultades médicas y financieras pudiera ser más favorable para el paciente.
7. El afiliado tiene derecho a solicitar que el paciente presente la documentación de respaldo actualizada.
8. El período de tiempo máximo permitido para pagar la cantidad no cubierta por la Asistencia financiera es de tres (3) años.
9. Si un paciente de Medicaid calificado a nivel federal requiriese un tratamiento que no haya sido aprobado por Medicaid, pero puede ser elegible para cobertura en el marco del programa de Asistencia por dificultades médicas y financieras, el paciente, de cualquier modo, deberá presentar una Solicitud de Asistencia por dificultades médicas y financieras de JHHS, pero no tiene que presentar la documentación de apoyo por duplicado.

Factores a considerar


Los siguientes factores se tendrán en cuenta en la evaluación de una solicitud de Asistencia por dificultades médicas y financieras:

- Deuda médica incurrida durante los doce (12) meses anteriores a la fecha de la Solicitud de Asistencia por dificultades financieras en el centro de tratamiento Hopkins donde se presentó la solicitud.
- Activos Líquidos (dejando un residuo de \$10.000)
- Ingresos familiares de los meses de doce (12) anteriores a la fecha de la solicitud de Asistencia por dificultades financieras
- Documentación de respaldo

Excepción

El Director Sénior de Ciclos de Ingresos o su designado de Servicios financieros al paciente (o su equivalente en un afiliado) pueden hacer excepciones según las circunstancias individuales.

Método y proceso de evaluación

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<b>The Johns Hopkins Health System</b>	<i>Número de política</i>	FIN034E
	<b>Política y procedimiento</b>	<i>Fecha de vigencia</i>	01-04-16
	<i>Tema</i>	<i>Página</i>	20 de 24
	ASISTENCIA FINANCIERA	<i>Reemplaza</i>	28-06-13

1. El Asesor financiero revisará la Solicitud de Asistencia por dificultades médicas y financieras y la documentación de las garantías aportadas por el paciente/parte responsable.
2. El Asesor financiero luego completará una Hoja de cálculo de Asistencia por dificultades médicas y financieras (que se encuentra en la parte inferior de la solicitud) para determinar la elegibilidad para una consideración especial en virtud de este programa. En el proceso de aviso y aprobación se utilizarán los mismos procedimientos descritos en la sección del Programa de asistencia financiera de esta política.

#### TABLA CUADRÍCULA DE DIFICULTADES MÉDICAS Y FINANCIERAS

<b>PARA LA DETERMINACIÓN DE LAS ASIGNACIONES DE ASISTENCIA FINANCIERA</b> en vigencia desde el 1/3/16			
Número de personas en la familia	Nivel de ingresos**		
	*300% de FPL	400% de FPL	500% de FPL
1	\$ 35.640	\$ 47.520	\$ 59.400
2	\$ 48.060	\$ 64.080	\$ 80.100
3	\$ 60.480	\$ 80.640	\$ 100.800
4	\$ 72.900	\$ 97.200	\$ 121.500
5	\$ 85.320	\$ 113.760	\$ 142.200
6	\$ 97.740	\$ 130.320	\$ 162.900
7	\$ 110.190	\$ 146.920	\$ 183.650
8*	\$ 122.670	\$ 163.560	\$ 204.450
Por cada miembro adicional de la familia, sume:	\$ 12.480	\$ 16.640	\$ 20.800
Se espera un tope de pago a:	25% del ingreso familiar bruto		



3910 Keswick Road, Suite S-5100  
Baltimore, MD 21211

# **SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS NO COMPENSADOS**

## **AVISO: DISPOSICIONES DE LA ATENCIÓN NO COMPENSADA Y SERVICIOS A LA COMUNIDAD**

De conformidad con las leyes del Distrito de Columbia, este proveedor de servicios de la salud debe poner sus servicios a disposición de todas las personas de la comunidad. Está prohibido a este proveedor de servicios de la salud discriminar a una persona por su raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, estado civil, aspecto personal, orientación sexual, responsabilidades familiares, matrícula, afiliación política, discapacidad física, fuente de ingresos o lugar de residencia o negocio, o en virtud de que sea una persona amparada por un programa como Medicare o Medicaid.

También se exige a este proveedor de servicios de la salud proporcionar un volumen razonable de servicios gratuitamente o con reducción de costos a las personas que no puedan pagarlos. Pregunte al personal si usted es elegible para recibir servicios gratuitamente o con reducción de costos. Si usted cree que le han negado servicios o la consideración para tratamiento de forma gratuita o con reducción de costos sin que medie una buena razón, comuníquese con la Oficina de admisiones o la Oficina comercial de este proveedor de atención de la salud y llame al Organismo de Planificación y Desarrollo de Salud del Estado a través del Centro de Llamadas de toda la ciudad (Citywide Call Center) al 202-727-1000.

Si desea presentar una reclamación, están disponibles formularios en el Organismo de Desarrollo del Plan de Salud del Estado.

# SOLICITUD PARA LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS NO COMPENSADOS

FECHA DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CÓNYUGE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE: \_\_\_\_\_

## PERSONAS DEPENDIENTES:

NOMBRE	EDAD	RELACIÓN CON EL PACIENTE

## INGRESOS (MENSUALES)

SUELDOS: \_\_\_\_\_

PENSIONES: \_\_\_\_\_

ASISTENCIA PÚBLICA: \_\_\_\_\_

INTERÉS: \_\_\_\_\_

SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_\_

DIVIDENDOS: \_\_\_\_\_

COMPENSACIÓN DE DESEMPLEO \_\_\_\_\_

COMPENSACIÓN DE TRABAJADOR \_\_\_\_\_

PENSIÓN ALIMENTICIA: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

MANUTENCIÓN DE HIJOS: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

RENTAS: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

**EMPLEO:**

**NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE TELÉFONO EMPLEADOR DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE:** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE:** \_\_\_\_\_

**SEGURO HOSPITALARIO: (INCLUYENDO MEDICARE, MEDICAID, SEGURO COMERCIAL)**

**NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE GRUPO:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE PÓLIZA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE GRUPO:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE PÓLIZA:** \_\_\_\_\_

**BIENES:** (POR FAVOR MARQUE LOS QUE CORRESPONDAN)

\_\_\_\_\_ **EFFECTIVO / CUENTAS CORRIENTES / DE AHORROS** VALOR: \$ \_\_\_\_\_  
.....

\_\_\_\_\_ **ACCIONES / BONOS / CERTIFICADOS** VALOR: \$ \_\_\_\_\_  
.....

\_\_\_\_\_ **BIENES RAÍCES** VALOR: \$ \_\_\_\_\_  
.....

\_\_\_\_\_ **OTROS (AUTOMÓVIL, VIVIENDA, EMBARCACIONES, ETC.,)** VALOR: \$ \_\_\_\_\_  
.....

**DESCRIPCIÓN DE "OTROS":** \_\_\_\_\_

**OBLIGACIONES MENSUALES:**

**HAGA UNA LISTA DE TARJETAS DE CRÉDITO,  
PRÉSTAMOS, GASTOS DE MANUTENCIÓN:**

<b>NOMBRE DEL ACREEDOR</b>	<b>PAGO MENSUAL</b>	<b>SALDO DEUDOR</b>

YO, EL ABAJO FIRMANTE, SOLICITO A SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL HACER UNA DETERMINACIÓN DE MI ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS NO COMPENSADOS.

AUTORIZO A SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL PARA QUE INVESTIGUE, POR CUALQUIER MEDIO, INCLUYENDO A MI EMPLEADOR Y CONFIRMACIONES DE CRÉDITO A TRAVÉS DE AGENCIAS DE INFORMES, ACERCA DE MIS CONDICIONES FINANCIERAS.

TAMBIÉN ENTIENDO QUE SI SE DETERMINA QUE CUALQUIER INFORMACIÓN QUE ENVÍE ES FALSA, TAL DETERMINACIÓN PUEDE OCASIONAR EL RECHAZO DE LA SOLICITUD Y ESTERÉ OBLIGADO A PAGAR TODOS LOS CARGOS.

LA ACEPTACIÓN DE ESTA SOLICITUD POR PARTE DE SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL NO GARANTIZA LA CONCESIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD NO COMPENSADA.

**FIRMA DEL SOLICITANTE:**

\_\_\_\_\_

**FECHA:**

\_\_\_\_\_



## **Anexo D**

### **Atención médica para quienes no puedan pagarla Programa de Asistencia a la Comunidad de Sibley Memorial Hospital**

De conformidad con las leyes del Distrito, Sibley Memorial Hospital tiene la obligación de poner sus servicios a disposición de todas las personas de la comunidad. Está prohibido a Sibley Memorial Hospital discriminar a un paciente o solicitante de servicios por causa de su raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, estado civil, aspecto personal, orientación sexual, responsabilidades familiares, matrícula, afiliación política, discapacidad física, fuente de ingresos o lugar de residencia o ejercicio económico o en virtud de que el paciente o solicitante de servicios esté amparado por un programa como Medicare o Medicaid. Sibley Memorial Hospital también está obligado a prestar un volumen razonable de servicios sin costo o con reducción de costos a las personas que no puedan pagarlos.

Si desea solicitar asistencia financiera en relación con la factura del hospital, por favor, comuníquese con los asesores financieros ubicados en el Departamento de Admisiones al 202-537-4160 o 202-537-4161. Se le pedirá que llene una solicitud que incluye información sobre el tamaño de su familia, ingresos familiares, gastos familiares y otros datos personales. Esta información será revisada y un comité tomará la decisión correspondiente. Los criterios del hospital se remitirán a las directrices federales de pobreza para determinar su elegibilidad para asistencia financiera. A usted le será enviada una determinación de su elegibilidad por escrito en un lapso de 30 días contados desde la fecha en que el hospital reciba una solicitud completa, con toda la documentación exigida. Para recibir sus servicios de emergencia u otros cuidados médicos necesarios, las personas elegibles para asistencia financiera no tendrán que pagar cantidad alguna que exceda las cantidades que generalmente se cobran a las personas que tienen seguro de salud con capacidad para cubrir dicha atención de la salud.

Si usted cree que se le ha negado indebidamente los servicios, comuníquese con la Oficina de Asesores Financieros de Sibley Memorial Hospital al 202-537-4160 o 202-537-4161, o llame al Organismo de Planificación y Desarrollo de Salud del Distrito (SHPDA) al 202-442-5875 (o cualquier otro número de teléfono que el SHPDA pueda designar mediante aviso por escrito al proveedor de atención de la salud).

**ANEXO B CUESTIONARIO DEL PERFIL DE SERVICIOS FINANCIEROS DEL PACIENTE**

NOMBRE DEL HOSPITAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

(Incluya el código Zip)

REGISTRO MÉDICO #: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es la edad del paciente?  
\_\_\_\_\_
2. ¿Es el paciente un ciudadano de EE.UU. o un residente permanente? Sí o No
3. ¿Está la paciente embarazada? Sí o No
4. ¿El paciente tiene hijos menores de 21 años de edad que viven en casa? Sí o No
5. ¿El paciente es ciego o ha estado potencialmente inhabilitado durante 12 meses, o más, para un empleo remunerado? Sí o No
6. ¿El paciente está recibiendo actualmente beneficios de SSI o SSDI? Sí o No
7. ¿El paciente (y, si es casado, su cónyuge) tiene cuentas bancarias o activos totales convertibles en efectivo que no superen las siguientes cantidades? Sí o No  
**Tamaño de la familia:**  
Individual: \$2.500.00  
Dos personas: \$3.000,00  
Por cada miembro adicional de la familia, sume \$100,00  
(Ejemplo: Para una familia de cuatro, si usted tiene activos líquidos totales menores a \$3.200,00, le conviene contestar SÍ).
8. ¿Es el paciente un residente del estado de Maryland?  
Si no es residente de Maryland, ¿en qué estado reside el paciente? Sí o No  
\_\_\_\_\_
9. ¿El paciente carece de vivienda? Sí o No
10. ¿El paciente participa en WIC? Sí o No
11. ¿El hogar tiene niños en el programa de almuerzo gratuito o de costo reducido? Sí o No
12. ¿El hogar participa en el programa de asistencia energética por bajos ingresos? Sí o No
13. ¿El paciente recibe SNAP/cupones para alimentos? Sí o No
14. ¿Está el paciente inscrito en Healthy Howard y fue remitido a JHH? Sí o No
15. ¿Tiene el paciente actualmente...?  
Asistencia médica sólo farmacia Sí o No  
Cobertura QMB/cobertura SLMB Sí o No
16. ¿Está empleado el paciente? Sí o No  
Si no, determine la fecha en que quedó desempleado. \_\_\_\_\_  
¿Es elegible para cobertura de seguro de salud COBRA? Sí o No

**ANEXO C SOLICITUD POR DIFICULTADES MÉDICAS FINANCIERAS**

NOMBRE DEL HOSPITAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

DIRECCION DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

(Incluya el código Zip)

REGISTRO MÉDICO #: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Ingresos de la familia de doce (12) meses calendario precedentes a la fecha de esta solicitud: \_\_\_\_\_

Deuda médica incurrida en el Hospital Johns Hopkins (sin incluir coaseguros, copagos o deducibles) para los doce (12) meses anteriores a la fecha de esta solicitud:

Fecha del servicio	Cantidad adeudada
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Toda la documentación presentada pasa a ser parte de esta solicitud.

Toda la información presentada en la solicitud es verdadera y exacta a mi mejor saber y entender.

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante:

\_\_\_\_\_

Relación con el paciente

**Para uso interno:**

---

Revisada por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Ingresos: \_\_\_\_\_ 25% de los ingresos = \_\_\_\_\_

Deuda médica: \_\_\_\_\_ Porcentaje de la asignación: \_\_\_\_\_

Reducción: \_\_\_\_\_ Saldo adeudado: \_\_\_\_\_

Monto mensual del pago: \_\_\_\_\_ Duración del plan de pagos: \_\_\_\_\_ meses