	The Johns Hopkins Health System Política y procedimiento	Número de política	FIN034H
		Fecha de vigencia	01-04-16
	Tema	Página	1 de 19
	ASISTENCIA FINANCIERA	Reemplaza	23-10-13

POLÍTICA

Esta política se aplica a las siguientes entidades de The Johns Hopkins Health System Corporation (JHHS): Howard County General Hospital (HCGH) y Suburban Hospital (SH).

Propósito

JHHS 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.

Es política de las instituciones médicas Johns Hopkins proporcionar Asistencia financiera apoyándose en motivos de indigencia o deudas médicas excesivas y a aquellos pacientes que satisfagan los criterios financieros especificados y soliciten tal asistencia. El propósito de la siguiente declaración de política consiste en describir la manera de presentar las solicitudes de Asistencia financiera y dar a conocer los criterios de elegibilidad y pasos para procesar cada solicitud.

Los hospitales JHHS *publicarán* la disponibilidad de Asistencia financiera anualmente en sus periódicos locales y colocarán avisos de disponibilidad en los centros de registro, en la Oficina de admisiones/Oficina comercial de la Oficina de facturación del paciente y en el servicio de emergencias de cada centro de atención. El Aviso de disponibilidad será colocado en el sitio web de cada hospital, se mencionará durante las comunicaciones orales y también será enviado a los pacientes en las facturas de los pacientes. Se entregará a los pacientes una Hoja de información de facturación y asistencia financiera del paciente antes de darlo de alta, la cual estará disponible a todos los pacientes, según la soliciten.


Se podrá ofrecer Asistencia financiera cuando se haya realizado y documentado una revisión de la situación económica particular de un paciente. La Revisión de la Asistencia por dificultades médicas y financieras incluirá una revisión de los gastos médicos y las obligaciones actuales del paciente (incluyendo cualquier cuenta colocada en la lista de deudas incobrables) y cualquier gasto médico proyectado. Las solicitudes de Asistencia financiera y de Asistencia por dificultades médicas y financieras 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, siempre que se cumplan otros requisitos.

AVISO DE ASISTENCIA FINANCIERA DE MÉDICOS QUE PROPORCIONAN ATENCIÓN:

Adjunto como ANEXO D se muestra una lista de médicos que proporcionan servicios de emergencia y atención médica necesaria, tal como se define en esta política en HCGH y SH. 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 los gastos médicos derivados de la atención médica necesaria facturados por el hospital JHHS en el que se presenta la solicitud. Los gastos de bolsillo no incluyen copagos, coseguros, ni deducibles, a menos que el paciente haya adquirido un seguro a través de un Plan de Salud Calificado y cumpla con los requisitos de elegibilidad. 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, o de facturación de seguro).

 <p>JOHNS HOPKINS M E D I C I N E JOHNS HOPKINS H E A L T H S Y S T E M</p>	<p>The Johns Hopkins Health System Política y procedimiento</p>	Número de política	FIN034H
		Fecha de vigencia	01-04-16
	Tema	Página	2 de 19
	ASISTENCIA FINANCIERA	Reemplaza	23-10-13


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 soporte	Talones de pago; W-2; 1099; compensaciones de trabajador, cartas de notificación 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.
Plan de salud calificado	En el marco de la Ley de atención de salud asequible, a partir de 2014, un plan de seguro que esté certificado por el mercado de seguros de la salud, proporciona beneficios de salud esenciales, se rige por los límites establecidos de costos compartidos (como deducibles, copagos y gastos máximos del bolsillo del paciente) y cumple con otros requisitos. Un plan de salud calificado tendrá una certificación para cada mercado en el que se venda.

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


 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p>The Johns Hopkins Health System Política y procedimiento</p>	<p>Número de política</p>	<p>FIN034H</p>
	<p><i>Tema</i></p>	<p>Fecha de vigencia</p>	<p>01-04-16</p>
	<p>ASISTENCIA FINANCIERA</p>	<p>Página</p>	<p>3 de 19</p>
		<p>Reemplaza</p>	<p>23-10-13</p>

- 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.
2. Cada Clínica o Unidad de negocios 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.
 3. El personal designado podrá reunirse con los pacientes que soliciten Asistencia financiera para determinar si cumplen con los criterios preliminares para obtener asistencia.
 - a. Todas las solicitudes hospitalarias serán procesadas en un lapso de dos días hábiles y se realizará una decisión para determinar la elegibilidad probable. 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, se les proporcionará una declaración de aprobación condicional que mostrará una lista de los documentos obligatorios para una determinación final de elegibilidad.
 - b. Las solicitudes recibidas serán enviadas al Departamento de servicios financieros del Paciente de HHS para su revisión; se emitirá al paciente una determinación de elegibilidad probable por escrito.
 - c. En HCGH, las solicitudes completas con toda la documentación de soporte presentada en el hospital son aprobadas a través del proceso correspondiente de autorización de firmas. Una vez aprobadas y firmadas, las solicitudes aprobadas serán enviadas al Departamento de servicios financieros del paciente de JHHS para enviar por correo al paciente una determinación de elegibilidad por escrito.
 4. Para determinar la elegibilidad final, se deben cumplir los siguientes criterios:
 - a. El paciente debe solicitar Asistencia médica o cobertura de seguro a través de un plan de salud calificado y cooperar plenamente con el equipo de Asistencia médica o con su agente designado, a menos que el representante financiero pueda determinar con rapidez que el paciente no cumple 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. Todas las posibilidades de beneficios de seguro deben haber sido agotadas.
 5. En la medida de lo posible, habrá un solo proceso de solicitud para todos los hospitales JHHS de Maryland. Al paciente se le exige proporcionar lo siguiente:
 - 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


 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p>The Johns Hopkins Health System Política y procedimiento</p>	<p>Número de política</p>	<p>FIN034H</p>
	<p><i>Tema</i></p>	<p>Fecha de vigencia</p>	<p>01-04-16</p>
	<p>ASISTENCIA FINANCIERA</p>	<p>Página</p>	<p>4 de 19</p>
		<p>Reemplaza</p>	<p>23-10-13</p>

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. Los ciudadanos no estadounidenses deben completar la Solicitud de asistencia financiera (Anexo A). Además, el Asesor financiero comunicará con el consulado de EE.UU. en el país de residencia del paciente. El consulado de EE.UU. debe estar en condiciones de proporcionar información sobre el patrimonio del paciente. Sin embargo, el nivel de detalle con que se documenta la fortaleza financiera del paciente puede variar de un país a otro. Después de obtener la información del Consulado de EE.UU., el Asesor financiero se reunirá con el Director de ciclo de ingresos y/o el CFO (HCGH) o el Director de PFS y/o CFO (SH) para determinar si se requiere información adicional.
 - h. Si está desempleado(a), prueba razonable de desempleo, como una Declaración de la Oficina de 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. La Deuda médica se define como los gastos de bolsillo, sin contar copagos, coseguros y deducibles por costos médicos facturados por un hospital JHHS, a menos que el paciente adquiera un seguro a través de un Plan de salud calificado y cumpla con los requisitos de elegibilidad. Una vez que un paciente haya presentado toda la información obligatoria, el Asesor financiero revisará y analizará la solicitud y la remitirá al Departamento de servicios financieros del paciente para la determinación final de elegibilidad, fundamentada en las directrices de JHMI. En HCGH, el Asesor financiero enviará los documentos al Director de ciclo de ingresos para su revisión y determinación final de elegibilidad basándose en 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 para su reconsideración al CFO (HCGH) o Director de PFS y CFO (SH) para su evaluación y decisión final.
 - b. Si la solicitud del paciente para recibir Asistencia financiera se basa en Deuda médica excesiva, o si existen circunstancias atenuantes identificadas por el asesor financiero o la persona designada, el Asesor financiero enviará la solicitud y los anexos al Director de ciclo ingresos y CFO (HCGH) o al Director de PFS y CFO (SH). Este comité tendrá autoridad para tomar la decisión de aprobar o rechazar solicitudes. Se espera que una solicitud de Asistencia financiera revisada por el Director de ciclo de ingresos y CFO (HCGH) o el Director de PFS y CFO (SH) tendrá una determinación final a más tardar 30 días contados a partir de la fecha en que la solicitud se considere completa. El Director de ciclo de ingresos y CFO (HCGH) o el Director de PFS y CFO (SH) basará su determinación de necesidad financiera basándose 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 prestados a los pacientes registrados como pacientes de Pago voluntario por cuenta propia no califican para Asistencia financiera.

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p>The Johns Hopkins Health System Política y procedimiento</p>	<p>Número de política</p>	<p>FIN034H</p>
	<p><i>Tema</i></p>	<p>Fecha de vigencia</p>	<p>01-04-16</p>
	<p>ASISTENCIA FINANCIERA</p>	<p>Página</p>	<p>5 de 19</p>
		<p>Reemplaza</p>	<p>23-10-13</p>

9. Un departamento que implemente programas en el marco de una subvención u otra autoridad gubernamental externa (como, por ejemplo: el Programa de Psiquiatría) podrán seguir utilizando procesos de solicitud patrocinados por el gobierno y su escala de ingresos asociada.
10. 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 haga 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, JHHS 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.
11. 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 a fin de 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 durante 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 que aparecen en la lista de la Comisión de revisión de costos de servicios de salud en COMAR 10.37.10.26 A-2 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. Tal período de 30 días podrá prorrogarse a 60 días si el paciente o el representante del paciente solicita un período adicional de 30 días. En el Anexo A-1 se ofrece una lista de las circunstancias de vida, además de las especificadas por las normas mencionadas anteriormente que califican a un paciente para Elegibilidad presunta.
12. Las solicitudes de Asistencia financiera sólo pueden ser presentadas para/por los pacientes con cuentas de hospital abiertas y pendientes de pago.
13. Los pacientes que manifiesten que están desempleados y tengan cobertura de seguro no estarán obligados a presentar una Solicitud de Asistencia financiera (Anexo A), a menos que cumplan con los criterios de elegibilidad presunta para Asistencia financiera (véase el Anexo A-1). Si el paciente califica para la cobertura COBRA, la capacidad financiera del paciente para pagar las primas de seguro COBRA será revisada por el Asesor financiero, quien hará las recomendaciones correspondientes al Director de ciclo de ingresos y CFO (HCGH) o Director de PFS y CFO (SH). 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.
14. Los pacientes amparados por la cobertura de un Plan de salud calificado y soliciten asistencia con los gastos de bolsillo (copagos y deducibles) por concepto de gastos médicos derivados de la atención médica necesaria estarán obligados a presentar una Solicitud de asistencia financiera si el paciente se encuentra en, o por debajo del 200% de las directrices del nivel federal de pobreza.
15. Si una cuenta de paciente ha sido asignada a una agencia de cobro y el paciente o fiador solicita

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p>The Johns Hopkins Health System Política y procedimiento</p>	<p>Número de política</p>	<p>FIN034H</p>
	<p>Tema</p>	<p>Fecha de vigencia</p>	<p>01-04-16</p>
	<p>ASISTENCIA FINANCIERA</p>	<p>Página</p>	<p>6 de 19</p>
		<p>Reemplaza</p>	<p>23-10-13</p>

asistencia financiera o parece calificar para asistencia financiera, la agencia de cobro deberá notificar a PFS y entregará al paciente/fiador una solicitud de asistencia financiera con las 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 instrucciones adicionales de PFS.

16. A partir del 1 de octubre de 2010, si en un lapso de dos (2) años posteriores a la fecha de servicio, se determina que un paciente es elegible para atención gratuita en la fecha de servicio (según las normas de elegibilidad aplicables en la fecha de servicio), se deberá reembolsar al paciente las cantidades que el paciente/fiador haya pagado, siempre que sean mayores que \$25. Si la documentación del hospital demuestra falta de cooperación del paciente o fiador al suministrar la información necesaria para determinar la elegibilidad para atención gratuita, el período de dos (2) años en el presente documento se podrá reducir a 30 días contados desde la fecha de la primera solicitud de información. Si el paciente está inscrito en un plan de atención de salud del gobierno con comprobación de recursos el cual exige que el paciente pague de su bolsillo los servicios hospitalarios, no serán reembolsados al paciente o fiador los montos que tenga que pagar por causa de que el paciente pierda su elegibilidad financiera para cobertura de salud.
17. 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.

REFERENCIA¹

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

Código de Normativas de Maryland COMAR 10.37.10.26 y siguientes


Código General de Salud de Maryland 19 a 214 y siguientes

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

RESPONSABILIDADES - HCGH, SH

Asesor financiero (Pre-Admisión/Admisión/Paciente admitido/Ambulatorio) Coordinador de servicio al cliente, Coordinador de admisiones	Entender los criterios actuales de la calificación para asistencia.
Cualquier representante de finanzas designado para aceptar solicitudes de Asistencia financiera	Identificar a los posibles pacientes; 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.
	El día en que se reciba la solicitud preliminar, enviarla al Departamento de Servicios Financieros del Paciente (PFS) para la

¹ 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>JOHNS HOPKINS M E D I C I N E JOHNS HOPKINS H E A L T H S Y S T E M</p>	<p>The Johns Hopkins Health System Política y procedimiento</p>	<p>Número de política</p>	<p>FIN034H</p>
	<p><i>Tema</i></p>	<p>Fecha de vigencia</p>	<p>01-04-16</p>
	<p>ASISTENCIA FINANCIERA</p>	<p>Página</p>	<p>7 de 19</p>
		<p>Reemplaza</p>	<p>23-10-13</p>

determinación de elegibilidad probable.

Revisar la solicitud preliminar (Anexo A), Cuestionario de perfil del paciente (Anexo B) y la Solicitud de asistencia por dificultades médicas y financieras (Anexo C), si se presenta, para hacer la determinación de elegibilidad probable. En un lapso de dos días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud preliminar, enviar la determinación por correo convencional a la última dirección conocida del paciente o entregarla al paciente, si el paciente actualmente es un paciente 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 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 del paciente; comunicar la determinación final por escrito al paciente en un lapso de 30 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 notificaciones a los destinatarios de elegibilidad presunta.

Personal de administración
financiera (Director Senior/Tesorero
adjunto o afiliado equivalente)
Director de CP y personal de
administración

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 acuerdo con la autoridad de firma establecida en la Política de finanzas de JHHS N° FIN017 - Autoridad de firma: Servicios financieros del paciente.

 <p>JOHNS HOPKINS M E D I C I N E JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p>The Johns Hopkins Health System Política y procedimiento</p>	<p><i>Número de política</i></p>	<p>FIN034H</p>
	<p><i>Tema</i></p>	<p><i>Fecha de vigencia</i></p>	<p>01-04-16</p>
	<p>ASISTENCIA FINANCIERA</p>	<p><i>Página</i></p>	<p>8 de 19</p>
		<p><i>Reemplaza</i></p>	<p>23-10-13</p>

PATROCINADOR

CFO (HCGH, SH)
 Director de ciclo de ingresos (HCGH)
 Director de PFS (SH)


CICLO DE REVISIÓN

Dos (2) años

APROBACIÓN


 VP Senior de Finanzas/Tesorero y CFO de JHH y JHHS

 Fecha

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p>The Johns Hopkins Health System Política y procedimiento</p>	<p><i>Número de política</i></p>	<p>FIN034H</p>
	<p><i>Tema</i></p>	<p><i>Fecha de vigencia</i></p>	<p>01-04-16</p>
	<p>ASISTENCIA FINANCIERA</p>	<p><i>Página</i></p>	<p>9 de 19</p>
		<p><i>Reemplaza</i></p>	<p>23-10-13</p>

ANEXO A
DIRECTRICES DE ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

1. Cada paciente que solicite asistencia financiera debe llenar una solicitud Asistencia financiera de JHM (también conocida como Solicitud de asistencia financiera uniforme del estado de Maryland), 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.
4. 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.
 - (e) Para los ciudadanos no estadounidenses, el Asesor financiero se comunicará con el consulado de EE.UU. en el país de residencia del paciente. El consulado de EE.UU. debe estar en condiciones de proporcionar información sobre el patrimonio del paciente. Sin embargo, el nivel de detalle con que se documenta la fortaleza financiera del paciente puede variar de un país a otro. Después de obtener la información del Consulado de EE.UU., el Asesor financiero se reunirá con el Director de ciclo de Ingresos y/o CFO para determinar si se requiere información adicional.
5. Los pacientes serán elegibles para recibir asistencia financiera si el nivel de ingresos máximo de su familia (marido y mujer, parejas casadas del mismo sexo) (como se define en las normativas de Medicaid) no excede el estándar de cada afiliado (en relación con las directrices federales de pobreza) y no poseen activos líquidos que excedan \$10.000, los cuales estarían disponibles para satisfacer sus facturas de afiliado a JHHS.
6. Se deben utilizar todos los recursos financieros 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. Si está claro que un ciudadano de EE.UU. no será elegible para recibir Asistencia médica, no será necesario un Aviso de determinación de asistencia médica.
7. 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 Pago voluntario por cuenta propia.

	The Johns Hopkins Health System Política y procedimiento	Número de política	FIN034H
		Fecha de vigencia	01-04-16
	Tema	Página	10 de 19
	ASISTENCIA FINANCIERA	Reemplaza	23-10-13

8. 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 pregunta sobre si una admisión es una "Admisión electiva" o es una "Admisión médicamente necesaria", se deberá consultar al médico que haya admitido al paciente y el asunto también será remitido al asesor médico designado por el hospital.
9. Cada afiliado determinará la elegibilidad final para Asistencia financiera en un lapso de treinta (30) días hábiles contados desde el día en que la solicitud haya sido satisfactoriamente completada y presentada. El Asesor financiero emitirá la determinación final de elegibilidad.
10. 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.
11. Una determinación de elegibilidad para Asistencia financiera basada en la presentación de una Solicitud de Asistencia financiera (Anexo A) seguirá siendo válida durante un período de seis (6) meses para todos los servicios de afiliado de JHM necesarios que se presten, 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.
12. Todas las determinaciones de elegibilidad para Asistencia financiera se realizarán únicamente a discreción del afiliado a JHHS.

Excepciones

El Vicepresidente de Finanzas/CFO puede hacer excepciones de acuerdo a las circunstancias individuales.


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

TABLA PARA DETERMINAR LAS ASIGNACIONES DE ASISTENCIA FINANCIERA						
Con entrada en vigencia el 1 de febrero de 2015						
Número de personas en la familia	Nivel de ingresos*	límites superiores de los ingresos para la gama de asignaciones				
1	\$23.540	\$25.894	\$28.248	\$30.602	\$32.956	\$35.310
2	\$31.860	\$35.046	\$38.232	\$41.418	\$44.604	\$47.790
3	\$40.180	\$44.198	\$48.216	\$52.234	\$56.252	\$60.270
4	\$48.500	\$53.350	\$58.200	\$63.050	\$67.900	\$72.750
5	\$56.820	\$62.502	\$68.184	\$73.866	\$79.548	\$85.230
6	\$65.140	\$71.654	\$78.168	\$84.682	\$91.196	\$97.710
7	\$73.460	\$80.806	\$88.152	\$95.498	\$102.844	\$110.190
8*	\$81.780	\$89.958	\$98.136	\$106.314	\$114.492	\$122.670
**Monto por cada miembro	\$8.120	\$8.932	\$9.744	\$10.556	\$11.368	\$12.180
Asignación que se proporcionará:	100%	80%	60%	40%	30%	20%

*200% de las Directrices de pobreza

**Para grupos familiares de más de ocho (8) miembros

EJEMPLO: Ingresos familiares anuales de \$54.000
Número de personas en la familia 4
Nivel de ingresos de pobreza aplicable \$47.700
Límites superiores de los rangos de asignación \$57.240 (rango de 60%)
(\$54.000 es menos que el límite superior de ingresos, por lo que el paciente es elegible para recibir Asistencia financiera.)

 <p>JOHNS HOPKINS M E D I C I N E JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p>The Johns Hopkins Health System Política y procedimiento</p>	<p>Número de política</p>	<p>FIN034H</p>
	<p><i>Tema</i></p>	<p>Fecha de vigencia</p>	<p>01-04-16</p>
	<p>ASISTENCIA FINANCIERA</p>	<p>Página</p>	<p>11 de 19</p>
		<p>Reemplaza</p>	<p>23-10-13</p>

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 durante 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
- 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 de Maryland
- afiliados activos del Chase Brexton Health Center (vea el Anexo C) (aplicable para los pacientes de HCGH)
- Participación Programas para mujeres, infantes y niños (WIC)*
- Programa de asistencia nutricional complementaria (SNAP) o elegibilidad para Cupones de alimentos *
- Hogares con niños en el programa de Almuerzo gratis o con costo reducido *
- Participación en programas de asistencia energética para hogares con bajos ingresos*
- Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales que tengan elegibilidad financiera de, o por debajo de, 200% del FPL
- pacientes remitidos al Suburban Hospital por organizaciones que se han asociado con Suburban (consulte el Anexo E)
- El paciente ha fallecido sin sucesión patrimonial conocida
- Madres del Departamento de Salud - Para consultas ambulatorias que no sean de emergencia que no estén cubiertas por la asistencia médica
- Los pacientes a quienes se determine que satisfacen los criterios de elegibilidad establecidos en virtud del antiguo Programa de Asistencia médica proveniente sólo del estado
- Los pacientes devueltos por SRT por no cumplir los criterios de discapacidad, pero que cumplen con los requisitos financieros para Asistencia médica

*Estas circunstancias de vida se exponen en COMAR 10.37.10.26 A-2. El paciente debe presentar un comprobante de inscripción en estos programas en un lapso de 30 días posteriores al tratamiento, a menos que el paciente solicite un período adicional de 30 días.

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 en el marco de la sección principal de esta política, sino para quienes:

- 1.) Hayan generado 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.) que 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, JHHS 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 gastos de bolsillo para los gastos médicos de la Atención médica necesaria 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, salvo que el paciente se encuentre por debajo del 200% del nivel federal de pobreza.

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 JHM/financiera, también conocida como Solicitud de asistencia financiera uniforme del Estado de Maryland (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 las Admisiones electivas, ni a procedimientos electivos o 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 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 que estarían disponibles para satisfacer sus facturas de afiliado de 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 JHM, o es elegible, pero el

 <p>JOHNS HOPKINS M E D I C I N E JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p>The Johns Hopkins Health System Política y procedimiento</p>	<p>Número de política</p>	<p>FIN034H</p>
	<p><i>Tema</i></p>	<p>Fecha de vigencia</p>	<p>01-04-16</p>
	<p>ASISTENCIA FINANCIERA</p>	<p>Página</p>	<p>13 de 19</p>
		<p>Reemplaza</p>	<p>23-10-13</p>

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:


- La 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 de JHHS 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

Excepciones

El Vicepresidente de Finanzas/CFO o su designado puede hacer excepciones de acuerdo a las circunstancias individuales.

Método y proceso de evaluación

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 notificación y aprobación se utilizarán los mismos procedimientos descritos en la sección del Programa de asistencia financiera de esta política.


 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p>The Johns Hopkins Health System Política y procedimiento</p>	<p>Número de política</p>	<p>FIN034H</p>
	<p><i>Tema</i></p>	<p>Fecha de vigencia</p>	<p>01-04-16</p>
	<p>ASISTENCIA FINANCIERA</p>	<p>Página</p>	<p>14 de 19</p>
		<p>Reemplaza</p>	<p>23-10-13</p>

CUADRÍCULA DE DIFICULTADES MÉDICAS Y FINANCIERAS

Límites superiores del ingreso de la familia para el rango de asignaciones

TABLA PARA DETERMINAR LAS ASIGNACIONES DE ASISTENCIA FINANCIERA			
Con entrada en vigencia el 1 de febrero de 2015			
Número de personas en la familia	Nivel de ingresos**		
Número de personas en la familia	*300% de FPL	400% de FPL	500% de FPL
1	\$35.310	\$47.080	\$58.850
2	\$47.790	\$63.720	\$79.650
3	\$60.270	\$80.360	\$100.450
4	\$72.750	\$97.000	\$121.250
5	\$85.230	\$113.640	\$142.050
6	\$97.710	\$130.280	\$162.850
7	\$110.190	\$146.920	\$183.650
8*	\$122.670	\$163.560	\$204.450
Asignación que se proporcionará:	50%	35%	20%

*Para familias con más de 8 miembros, sume \$12.480 por cada persona adicional a 300% del FPL, \$16.640 a 400% de FPL; y \$20.800 a 500% del FPL.

	The Johns Hopkins Health System Política y procedimiento	Número de política	FIN034H
		Fecha de vigencia	01-04-16
	Tema	Página	15 de 19
	ASISTENCIA FINANCIERA	Reemplaza	23-10-13

ANEXO C (solamente HCGH)
ASISTENCIA FINANCIERA PARA PACIENTES DE CHASE BREXTON

Propósito

Chase Brexton Health Services, Inc. es una organización sin fines de lucro de base comunitaria que ofrece una amplia gama de servicios médicos, psicológicos y sociales sin que medie discriminación de ninguna clase; dichos servicios se prestan en la ciudad de Baltimore, Condado de Baltimore y en el Condado de Howard. Chase Brexton ofrece servicios a todos, independientemente de su capacidad de pago. Chase Brexton se preocupa por quienes no cuentan con seguro médico o el mismo es insuficiente, quienes tienen Medicare y Medicaid; y quienes tienen seguro comercial. Chase Brexton tiene Gerentes de caso que trabajan con los pacientes para determinar la elegibilidad para la atención a una baja tarifa mínima y/o para programas y derechos a beneficios adecuados, disponibles para personas con recursos limitados.

Este procedimiento es para los centros de registro, verificación y programación y de Servicios financieros del paciente de Howard County General Hospital. Describe el tratamiento de los pacientes que ha calificado para Chase Brexton Health Services. Es política de HCGH aceptar a pacientes previamente seleccionados por Chase Brexton para recibir asistencia financiera. Los pacientes no tendrán que solicitar asistencia, pero tendrán que notificar a HCGH sobre su participación en este programa.


Casos de pacientes hospitalizados/ambulatorios

Todos los pacientes hospitalizados de Chase Brexton son evaluados por el Asesor financiero del Howard County General Hospital para determinar sus posibilidades de asistencia médica. Para el proceso de solicitud, se programan citas con el Trabajador interno de casos de asistencia médica de Howard County General Hospital. Si el paciente recibe asistencia médica, la reivindicación de pago se factura a Asistencia médica. Si el paciente no es elegible para recibir asistencia médica, al caso se le asignará el plan de seguro de FAR.PENDIN, FARB20, FARN40, FARN50, FARN70 FARN80 y FAR100 y la reclamación se anulará automáticamente invocando el código de asignación de atención de salud con asistencia financiera/atención caritativa cuando se libere la factura final. La asignación de código de seguro se basa en el nivel de atención caritativa para la que haya calificado el paciente.


El seguro aparece como:	Atención caritativa	Paciente pagará:
FAR.PENDIN	Verificación pendiente	
FARB20	20% de los cargos	80% de los cargos
FARN40	40% de los cargos	60% de los cargos
FARN50	50% de los cargos	50% de los cargos
FARN70	70% de los cargos	30% de los cargos
FARN80	80% de los cargos	20% de los cargos
FAR100	100% de los cargos	0% de los cargos

PROCEDIMIENTO

1. Cuando un paciente se presenta para recibir servicios en HCGH y manifiesta que está asociado(a) con el centro de salud Chase Brexton Health Center, el personal de registro introducirá el Código de seguro FAR.PENDIN en Meditech si el paciente no ha sido examinado en los últimos 6 meses. Si el paciente se encuentra en el sistema con una fecha de servicio dentro de los últimos 6 meses y el paciente ya fue identificado como un paciente de Chase Brexton que cumple con cierto nivel para recibir atención caritativa, el registrador puede asignar el código de seguro (FARB20, FARN40 etc.) para poder dar luz verde al paciente.
2. El Asesor financiero sénior recibe un informe diario con todos los pacientes registrados con un código FAR.

 <p>JOHNS HOPKINS M E D I C I N E JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	The Johns Hopkins Health System Política y procedimiento	<i>Número de política</i>	FIN034H
		<i>Fecha de vigencia</i>	01-04-16
	<i>Tema</i>	<i>Página</i>	16 de 19
	ASISTENCIA FINANCIERA	<i>Reemplaza</i>	23-10-13

3. El Asesor financiero sénior hará una revisión de todos los pacientes en el informe diario para validar que estén activos en Chase Brexton Health Center y para cuál nivel de atención caritativa califican.
4. El Asesor financiero sénior es responsable de la actualización del código de seguro para que refleje el nivel adecuado de atención caritativa y cobrar el saldo del paciente (si existe).
5. El Asesor financiero sénior es responsable de introducir un formulario y una fecha de vencimiento en Meditech hasta la cual el paciente será elegible para recibir este nivel de atención caritativa.
6. El Asesor financiero sénior es responsable de identificar errores de registro y enviarlos al Gerente de admisión para que este tome medidas correctivas. Estas cuentas serán cambiadas a régimen de pago por cuenta propia y/o a otros seguros, según el caso.

	The Johns Hopkins Health System Política y procedimiento	Número de política	FIN034H
		Fecha de vigencia	01-04-16
	<i>Tema</i>	Página	17 de 19
	ASISTENCIA FINANCIERA	Reemplaza	23-10-13

ANEXO D (sólo Suburban Hospital)
ASISTENCIA FINANCIERA PARA EL CONDADO DE MONTGOMERY Y PROGRAMAS LOCALES A FAVOR DE PACIENTES SIN SEGURO Y DE BAJOS INGRESOS

Propósito

Suburban Hospital está asociado con varios programas del Condado de Montgomery, MD y con otros programas locales que ofrecen servicios de atención primaria y/o conexiones con especialidades y atención de salud locales proporcionadas en hospitales locales. Apoyándose en acuerdos con estos programas asociados, Suburban Hospital brinda acceso a la atención hospitalaria y ambulatoria a pacientes que, de otro modo, no podrían acceder o pagar la atención médica necesaria.

Política

Suburban Hospital acepta remisiones caritativas por escrito para la atención médica necesaria de los siguientes proveedores: Catholic Charities, Mobile Med, Inc., Montgomery County Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Project Access y Proyecto Salud. La atención se presta a los pacientes beneficiados en función de si cumplen con los requisitos de elegibilidad de uno de los programas locales antes mencionados.

Para recibir atención, los pacientes deben proporcionar una remisión por escrito generada por el programa, como prueba de su inscripción en uno de los programas anteriores, a fin de que puedan calificar para una presunción de aprobación para atención 100% gratuita. Para la aceptación de tales remisiones, Suburban Hospital utilizará como soporte la inscripción de los pacientes en los programas que emiten la remisión, los cuales aplicarán sus requisitos de elegibilidad basados en los ingresos, los cuales deberán encontrarse en, o por debajo de, un máximo de 250% de las directrices del nivel federal de pobreza.

Procedimiento

1. Cuando se programa un paciente para servicios en SH y/o el paciente se presenta para recibir servicios, el paciente debe proporcionar un formulario de remisión de uno de los programas anteriores como prueba de la inscripción.
2. Una vez recibido el formulario de remisión, el Planificador o Registrador aplicará a la cuenta un nemónico de seguro designado para el programa asociado que realiza la remisión.
3. Si el paciente no recibe un formulario de remisión, la cuenta se registrará como «de pago por cuenta propia». El paciente tiene 30 días para obtener una remisión o prueba de inscripción en uno de los programas asociados. Se concederán 30 días adicionales a petición del paciente.
4. Un asesor financiero y/o Registrador verificará la elegibilidad en tiempo real en el sistema EVS de Maryland para verificar la inscripción en Medicaid de Maryland. Si está inscrito, Medicaid prevalecerá y la presunción de aprobación para atención gratuita no se aplicará.
5. Cada cuenta de hospital con un nemónico de seguro designado para uno de los programas asociados estará sujeta a revisión final para comprobar la existencia de una remisión de programa antes de la aplicación del ajuste impulsado por el programa caritativo. La aprobación de presunción para atención 100% gratuita se aplica únicamente a un solo episodio de atención (cuenta).

Nombre	Edad	Relación
Nombre	Edad	Relación

¿Ha solicitado Asistencia médica Sí No
 En caso afirmativo, ¿en qué fecha hizo su solicitud? _____
 En caso afirmativo, ¿qué se determinó? _____
 ¿Recibe usted algún tipo de ayuda estatal o de condado? Sí No

I. Ingresos de la familia

Indique la cantidad de todas sus fuentes de ingresos mensuales. Posiblemente se le exija suministrar una prueba de ingresos, activos y gastos. Si usted no tiene ingresos, por favor, proporcione una carta de apoyo de la persona que le proporciona alojamiento y comidas.

	Cantidad mensual
Empleo	_____
Beneficios de jubilación/pensión	_____
Beneficios de Seguro Social	_____
Beneficios de asistencia pública	_____
Beneficios por discapacidad	_____
Beneficios de desempleado	_____
Beneficios para veteranos	_____
Pensión alimenticia	_____
Ingresos por propiedades en alquiler	_____
Beneficios de huelga	_____
Adjudicación militar	_____
Empleo en granja o autoempleo	_____
Otras fuentes de ingresos	_____
Total	_____

II. Activos líquidos

	Saldo actual
Cuenta corriente	_____
Cuenta de ahorros	_____
Acciones, bonos, certificados de depósito o en el mercado monetario	_____
Otras cuentas	_____
Total	_____

III. Otras activos

Si es propietario de cualquiera de los siguientes elementos, indique el tipo y valor aproximado.

Vivienda	Saldo del préstamo _____	Valor aproximado _____
Automóvil	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Vehículo adicional	Marca _____ Año _____	Valor aproximado _____
Otros bienes		Valor aproximado _____
Total		_____

IV. Gastos mensuales

	Cantidad
Alquiler o hipoteca	_____
Servicios públicos	_____

Pago(s) de automóvil _____
Tarjeta(s) de crédito _____
Seguro de automóvil _____
Seguro de salud _____
Otros gastos médicos _____
Otros gastos _____
Total _____

¿Tiene otras facturas médicas sin pagar? Sí No

¿Por cuál servicio? _____

Si ha acordado un plan de pago, ¿cuál es el pago mensual? _____

Si solicita que el hospital le extienda asistencia financiera adicional, el hospital podría solicitarle información adicional con el fin de tomar una determinación complementaria. Al firmar este formulario, usted certifica que la información proporcionada es verdadera y se compromete a notificar al hospital acerca de cualquier cambio en la información proporcionada en un lapso de diez días posteriores al cambio.

Firma del solicitante

Fecha

Relación con el paciente

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