TÍTULO:

ASISTENCIA FINANCIERA

ALCANCE

La asistencia financiera está disponible para los servicios elegibles prestados en Northern Arizona Healthcare Corporation, incluidas todas las instituciones de atención médica con licencia propiedad de estas entidades. (colectivamente "NAH", consulte el Anexo A)

PROPÓSITO:

En Northern Arizona Healthcare, nuestra misión y visión son: mejorar la salud, curar a las personas y brindar siempre una mejor atención. Cada persona, cada vez... juntos. Mostrar compasión, realizar un trabajo asombroso, respetar las diferencias y construir una comunidad nos permite ser mejores juntos.

Como parte de nuestra misión, NAH busca brindar atención de calidad a quienes atendemos, independientemente de su capacidad de pago. Con ese fin, NAH ha implementado las herramientas y recursos necesarios para las personas a las que servimos y que califican para recibir asistencia financiera como se describe en esta política. NAH no basa la elegibilidad para recibir asistencia financiera en la edad, color, discapacidad o desventaja, género, origen nacional, raza, sexo u orientación sexual de una persona.

La política del Programa de asistencia financiera garantiza que haya asistencia financiera disponible para los pacientes que no pueden cumplir con sus obligaciones financieras de atención según la necesidad de acuerdo con las pautas regulatorias federales y estatales.

POLÍTICA:

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera de NAH se basan en el ingreso bruto actual del hogar y el tamaño actual del hogar, así como en el estado del seguro.

Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que reciben atención médicamente necesaria y presentan necesidad financiera de acuerdo con las Pautas Federales de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) son elegibles para recibir asistencia financiera. Para ser elegible para ser considerado, un solicitante debe:

- Ser inelegible para Medicaid;
- Ser aprobado para Medicaid después de la fecha de servicio; o,
- Ser elegible para Medicaid, pero que el servicio no sea un beneficio cubierto. Y,
- Tener menos del 400% de las Pautas Federales de Pobreza (consulte el cuadro a continuación)

Una vez impreso, este documento ya no está sujeto a control.

SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA:

De conformidad con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés), NAH brindará, sin discriminación, atención médica de emergencia a las personas, independientemente de su elegibilidad para recibir asistencia financiera, lo mejor que podamos. Además, NAH tiene prohibido (1) tomar medidas que disuadan a las personas de buscar atención médica de emergencia, (2) exigir a los pacientes en el departamento de emergencias que paguen antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de emergencia, y (3) participar en actividades de cobro de deudas que interfieran con la prestación de atención médica de emergencia.

INGRESO BRUTO Y TAMAÑO DEL HOGAR:

En NAH, se ofrece un precio reducido a los pacientes o garantes elegibles.

• Se otorga asistencia financiera total o parcial a pacientes elegibles con un ingreso familiar de hasta el 400% (porcentaje) de las Pautas Federales de Pobreza según el siguiente cuadro. Los miembros del hogar se definen como todos los dependientes y adultos que residen con el paciente.

ESCALA DE ASISTENCIA FINANCIERA 2025			
% de FPL	0% - 200%	200%-300%	300%-400%
DESCUENTO	100%	75%	50%*
Núm. en el hogar			
1	$31,300	$46,950	$62,600
2	$42,300	$63,450	$84,600
3	$53,300	$79,950	$106,600
4	$64,300	$96,450	$128,600
5	$75,300	$112,950	$150,600
6	$86,300	$129,450	$172,600
7	$97,300	$145,950	$194,600
8	$108,300	$162,450	$216,600

* Para familias/hogares con más de 8 personas, añada $5,500 por cada persona adicional.

Es responsabilidad del paciente o del garante presentar la información que NAH necesita para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. A los pacientes que califiquen se les pedirá que vuelvan a presentar su solicitud cada seis meses.

Revisado:

Modificado: 28/4/2022, 23/4/2024, 30/7/2024, 1/1/2025

Una vez impreso, este documento ya no está sujeto a control.

SERVICIOS ELEGIBLES:

Los cargos por todos los servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios proporcionados por entidades cubiertas por esta política son elegibles para la consideración de asistencia financiera, **excepto** lo siguiente:

EXCLUSIONES:

Procedimientos electivos:

- Cuidado cosmético electivo
- Tratamientos y procedimientos de fertilidad e infertilidad (incluidos métodos anticonceptivos)
- Audífonos y pruebas de audición
- Programas de pérdida de peso (a menos que estén relacionados con la diabetes)
- Exámenes físicos para deportes
- Servicios bariátricos (a menos que haya complicaciones posquirúrgicas)
- Servicios de banda laparoscópica
- Exámenes físicos ejecutivos
- Pruebas genéticas (fuera del alcance del tratamiento del cáncer)
- Circuncisiones

Proveedores no cubiertos por esta política:

Es posible que la atención brindada por médicos no empleados por NAH no sea elegible para la consideración de asistencia financiera según esta política.

Otras circunstancias excluidas:

Pacientes que buscan servicios que no están cubiertos según el acuerdo de beneficios del paciente, como un paciente que busca un servicio fuera de la red o un paciente que se niega a transferirse de NAH a un centro dentro de la red. (Ya sea formalmente denegado, conocido o anticipado).

Un paciente asegurado por un tercero pagador que se niega a pagar los servicios porque el paciente no proporcionó la información necesaria para que el tercero determine la responsabilidad del pagador.

No se brinda asistencia financiera para copagos ni para montos adeudados después del seguro cuando el paciente no obtiene las remisiones o aprobaciones necesarias cuando el seguro lo requiere. Se ofrece asistencia financiera a los pacientes asegurados solo si el contrato de seguro lo permite. Se espera que los pacientes con cuentas de salud personales con ventajas impositivas, como una Cuenta de Ahorros para la Salud, un Acuerdo de Reembolso de Salud o una Cuenta de Gastos Flexible, usen estos fondos antes de ser aprobados para recibir asistencia financiera.

SITUACIÓN CATASTRÓFICA:

En el caso de que un paciente sin seguro reciba atención médica en NAH y el monto adeudado por el paciente sea el doble del ingreso anual del hogar, calificará para recibir asistencia financiera parcial. El paciente recibirá asistencia financiera después de proporcionar la documentación requerida, sin importar la residencia o el nivel federal de pobreza del paciente.

ASISTENCIA DE PRIMA DE COBRA:

Se espera que los pacientes, o garantes, soliciten programas y otras fuentes de financiación que identifique NAH, incluida la cobertura de COBRA (la extensión de los beneficios de atención médica por un tiempo limitado una vez que termina el empleo). Si NAH determina que la cobertura de COBRA es posible y el paciente no recibe Medicare o Medicaid, el paciente o garante debe proporcionarle a NAH el aviso de prima de COBRA.

ELEGIBILIDAD PRESUNTA:

- Si al paciente se le otorga cobertura del Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS, por sus siglas en inglés), pero la cobertura no es retroactiva a la fecha del servicio, se considerará que el paciente es elegible para recibir asistencia financiera;
- El paciente tenía cobertura de AHCCCS el mes anterior y el mes posterior a los servicios;
- Los servicios del paciente están cubiertos por una subvención que ha agotado los fondos;
- El paciente está encarcelado y la atención no es responsabilidad financiera de la institución local, estatal o federal;
- Pacientes cubiertos por AHCCCS que exceden el máximo de días permitidos;
- Bancarrota

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA:

Se podrá brindar asistencia financiera a los pacientes o sus garantes que cumplan con las pautas de lo que se requiere en términos de niveles de ingresos conforme a esta política. NAH espera que los pacientes o garantes cooperen solicitando asistencia u otros programas públicos que identificamos como fuentes de ayuda para cubrir el costo de los servicios y la atención. A los pacientes o garantes que opten por no cooperar se les puede denegar la asistencia financiera.

Las pautas del nivel federal de pobreza determinan si el paciente o el garante son elegibles para recibir asistencia financiera.

Los solicitantes elegibles califican para uno de los siguientes:

Asistencia financiera total o parcial: El monto total o parcial de los cargos por servicios elegibles brindados en NAH no se aplica y está cubierto para el paciente o garante, si se cumplen las siguientes pautas;

- El solicitante cumple con los criterios de elegibilidad y tiene un ingreso familiar anual que no excede el 400 por ciento de las Pautas Federales de Pobreza, y;
- Se han explorado y solicitado todas las demás fuentes de pago, incluida la cobertura privada, los programas de asistencia médica federal, estatal y local, y otras formas de asistencia financiera ofrecidas por terceros.

Para los servicios elegibles brindados en las clínicas de NAH, todos los montos adeudados por el paciente, con excepción de los copagos, se incluyen si se cumplen las siguientes pautas.

- El solicitante cumple con los criterios de elegibilidad y tiene un ingreso familiar anual que no excede el 400 por ciento de las Pautas Federales de Pobreza, y
- Se han explorado y solicitado todas las demás fuentes de pago, incluida la cobertura privada, los programas de asistencia médica federal, estatal y local, y otras formas de asistencia proporcionadas por terceros.

.

COMUNICACIÓN:

Los pacientes o garantes deben comunicarse con NAH cada vez que un plan de pago acordado no pueda pagarse a tiempo. La falta de comunicación puede resultar en que la cuenta del paciente se envíe a una agencia de cobro.

PLANES DE PAGO:

Se puede realizar un plan de pago razonable sin intereses entre el proveedor del plan de pago actual de NAH y el paciente o garante por cualquier monto adeudado que quede una vez que se hayan aplicado todos los descuentos por asistencia financiera.

Una vez impreso, este documento ya no está sujeto a control.

A los pacientes elegibles se les ajustarán los cargos totales de acuerdo con el cálculo de las Pautas del nivel federal de pobreza según el tamaño del hogar y los ingresos, de acuerdo con la escala en la página 2 de este documento. En el caso de que el paciente reciba un descuento escalonado conforme a esta política, no se le facturará más que los montos generalmente facturados por la atención, calculados usando el método de "Montos generalmente facturados" como se describe en las regulaciones aplicables del IRS (consulte más abajo).

Cualquier pago previo o depósito requerido por NAH no excederá los montos generalmente facturados por esa atención.

Cualquier monto previamente pagado sobre los montos generalmente facturados por la atención se reembolsará al paciente que califique para recibir asistencia.

MONTOS FACTURADOS A PACIENTES ELEGIBLES PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA

La base para el cálculo de los montos generalmente facturados:

Luego de una determinación de elegibilidad para recibir asistencia financiera, a una persona no se le cobrará más que los montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) a personas con seguro que cubre la misma atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

Los AGB se calculan o determinan usando el "método retroactivo", que es el siguiente:

NAH revisa todos los reclamos anteriores que han sido permitidos por el pago por servicio de Medicare y todas las aseguradoras de salud privadas que pagan reclamos a NAH por atención médicamente necesaria brindada por el hospital durante el año calendario anterior. El monto se actualiza en esta política al inicio de cada año calendario. El monto total incluye copagos, deducibles y coseguro.

Los porcentajes de AGB se calculan anualmente dividiendo la suma de los reclamos permitidos por el pago por servicio de Medicare junto con todas las aseguradoras de salud privadas a NAH por la suma de los cargos brutos asociados para esos reclamos.

Los porcentajes se aplican antes del día 120 después del final del año calendario que NAH usa para calcular el(los) porcentaje(s) de AGB.

FMC AGB CY24: 45.40%
VVMC AGB CY24: 30.88%

** Descuento de cálculo de AGB, los pacientes de Verde Valley no pueden recibir menos de un 74% de descuento. Los pacientes de Flagstaff no pueden recibir menos del 49% de descuento, los pacientes de FMC aún pueden recibir un descuento del 75% o más si califican.*

DESCUENTOS PARA PACIENTES SIN SEGURO:

Descontaremos los cargos regularmente facturados de NAH para los pacientes que no tienen seguro o un beneficio de cobertura de terceros. Esto incluye pacientes cuya situación financiera normalmente no los calificaría para recibir asistencia financiera. El descuento para todos los pacientes sin seguro es del 50% para servicios hospitalarios y profesionales.

ESTA POLÍTICA SE COMUNICA A TRAVÉS DE LO SIGUIENTE:

- Sitio web de NAH
- A través del estado de cuenta del garante
- Disponible en todas las instalaciones cubiertas y previa solicitud sin cargo por correo
- Asesores financieros y miembros del equipo de atención al cliente

COMUNICACIÓN DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA A PACIENTES DENTRO DE LA COMUNIDAD:

La notificación sobre asistencia financiera de NAH incluirá un número de contacto y será difundida por NAH por varios medios, que pueden incluir, entre otros, la publicación de avisos en las facturas de los pacientes y la publicación de avisos en las salas de emergencia, en el formulario de Condiciones de admisión, en centros de atención de urgencia, departamentos de admisión y registro, oficinas comerciales del hospital y oficinas de centros de acceso para pacientes que estén ubicados en los campus de las instalaciones y en otros lugares públicos que NAH pueda elegir. NAH también publicará y difundirá ampliamente un resumen de esta Política de asistencia financiera en los sitios web de las instalaciones, en folletos disponibles en los sitios de acceso para pacientes y en otros lugares dentro de la comunidad atendida por el hospital, según lo elija NAH. Dichos avisos e información resumida se proporcionarán en los idiomas principales que habla la población atendida por NAH. Cualquier miembro del personal de NAH o del personal médico puede derivar pacientes para recibir asistencia financiera, incluidos médicos, enfermeros, asesores de beneficios, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos. El paciente o un familiar, amigo cercano o asociado del paciente pueden realizar una solicitud de asistencia financiera, sujeto a las leyes de privacidad aplicables.

PROCESOS Y PROCEDIMIENTO:

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA:

Se informará a los pacientes sobre la Política de asistencia financiera de NAH y el proceso para presentar una solicitud para determinar si el paciente o garante es elegible para recibir asistencia financiera, NAH solicita la información y los documentos necesarios para demostrar el tamaño del hogar y los ingresos. Se debe presentar una solicitud completa de asistencia financiera dentro de los 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta o la fecha del servicio. Los solicitantes con ingresos familiares del 400% del FPL o menos pueden recibir asistencia financiera basada en un descuento escalonado (consulte la tabla de la página 2).

NAH hará esfuerzos razonables para explicar los beneficios de Medicaid, el intercambio y la cobertura del seguro médico y otras coberturas públicas y privadas que puedan aplicarse. NAH también proporcionará los detalles de estos programas y se ofrecerá a ayudar a los pacientes y garantes a solicitarlos, así como programas privados y cobertura de COBRA. Una vez que se evalúa que el paciente o el garante son potencialmente elegibles para cualquiera de estos programas, públicos o privados, NAH espera que presenten su solicitud. Si un paciente o garante decide no presentar la solicitud, se le puede denegar la asistencia financiera.

Si el paciente o el garante son potencialmente elegibles para cualquier cobertura de terceros, deben proporcionar documentación de aprobación o denegación de esa cobertura de terceros antes de que se acepte una solicitud de asistencia financiera de NAH.

La información sobre la política de asistencia financiera de NAH se comunicará a los pacientes en un idioma culturalmente apropiado. La información sobre la política se traducirá a los idiomas más predominantes en el área de servicio principal de NAH.

Las solicitudes de asistencia financiera se procesan dentro de los 15 días hábiles posteriores a su recepción.

DOCUMENTACIÓN:

Todos los solicitantes que busquen asistencia financiera deben presentar los documentos requeridos para verificar los ingresos, incluidas todas las fuentes de ingresos recibidas por la unidad familiar.

La documentación de ingresos puede incluir, entre otros, lo siguiente;

- Dinero, salarios (incluidas las horas extras) y salarios antes de cualquier deducción. Ingresos brutos provenientes de salarios recibidos por trabajo por cuenta propia no agrícola o agrícola.

- Pago regular del Seguro Social, jubilación ferroviaria, compensación por desempleo, beneficios de huelga de fondos sindicales, compensación laboral, pagos a veteranos y asistencia pública (incluida la ayuda a familias con hijos dependientes).

- Seguridad de Ingreso Suplementario, pagos de Asistencia General o Ayuda General, estipendios de capacitación, pensión alimenticia y asignaciones familiares militares u otro apoyo regular de un familiar ausente o de alguien que no vive en el hogar, así como pensiones privadas.

- Pensión de empleado del gobierno (incluido el pago de jubilación militar), seguros regulares o pagos de anualidades, así como dividendos, intereses, ingresos netos por alquiler, regalías netas, herencias y ganancias netas de juegos de azar o lotería, declaraciones de impuestos, K-1 y 1099.

- La información sobre ingresos se usará para calcular un ingreso bruto anual en el que se basará una decisión.

Los pacientes que no proporcionen la documentación necesaria para determinar la elegibilidad para AHCCCS no serán considerados para recibir asistencia financiera;

- Si el comprobante de ingresos indica que excede los límites de elegibilidad para AHCCCS, el proceso de asistencia financiera puede continuar sin que se complete la solicitud de AHCCCS.

- Si el paciente tiene AHCCCS u otra cobertura de seguro, la clase financiera se cambia en la visita/encuentro y se concluye la autorización financiera.

- Si el paciente no tiene AHCCCS u otra cobertura de seguro, y el comprobante de ingresos indica una posible elegibilidad, un asesor financiero involucrará al paciente en el proceso de solicitud de AHCCCS. (consulte el procedimiento de elegibilidad de AHCCCS de MECS)

- Si al paciente se le otorga cobertura de AHCCCS, pero la cobertura no es retroactiva a la fecha del servicio, se considerará que el paciente es elegible para recibir asistencia financiera (consulte Presunta asistencia financiera)

- Si al paciente se le niega la cobertura, el asesor financiero le proporcionará la solicitud de asistencia financiera.

La Solicitud de asistencia financiera la completa el paciente/garante. Los documentos de respaldo de la solicitud incluyen uno de los siguientes:

- Copia completa de las declaraciones de impuestos federales firmadas del año anterior;

- Carta de determinación de AHCCCS (denegación o aceptación válida de una solicitud final completa para AHCCCS) u otro programa financiado por el gobierno para el estado individual del paciente, como Medicaid o Medi-Cal o prueba de inelegibilidad basada en FPL Calculator (calculador de FPL);

El paciente/garante debe demostrar el ingreso total del hogar como se define más abajo;

- **Se requieren ingresos del hogar para todos los adultos** (mayores de 18 años o estudiantes de tiempo completo menores de 24 años);
  - 2 meses de extractos bancarios personales para todo tipo de cuentas (ahorros, corrientes, etc.);
  - Comprobante de ingresos del paciente/garante empleado;

- **Solicitantes empleados**:
  - 2 talones de cheque de pago o una carta del Departamento de Recursos Humanos del solicitante

- **Solicitantes autónomos**:
  - Una copia del formulario de impuestos federales anexo C Declaración de impuestos actual

- **Solicitante desempleado**:
  - Copias de pagos de desempleo o declaración de medios de sustento, una copia del formulario SSA 1099 si está jubilado y/o en el Seguro Social
  - Copia de cualquier carta de beneficios de pensión
  - Otros ingresos que incluyen alquiler, pensión alimenticia, manutención infantil, compensación laboral u otra fuente.

PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES Y ADQUISICIÓN DE INFORMACIÓN:

En línea:

Visite nahealth.com/billing-insurance/northern-arizona-healthcares/financial-assistance-program/ para obtener una copia de la Solicitud de asistencia financiera, la Política de asistencia financiera y/o el formulario Resumen en lenguaje sencillo de asistencia financiera núm. 0917 y (núm. 5268 - español). Las solicitudes completadas no se pueden enviar en línea en este momento.

Correo postal:

Para enviar su solicitud de asistencia financiera por correo, envíela a;

Northern Arizona Healthcare, Financial Counseling, 1200 N. Beaver St., Flagstaff, AZ 86001

O

En persona:

Si necesita ayuda para completar la Solicitud de asistencia financiera, llame al (928) 773-2025 para programar una cita con uno de nuestros asesores financieros.

La información sobre asistencia financiera y el aviso publicado en las ubicaciones del centro médico y la clínica se traducirán a cualquier idioma que sea el idioma principal hablado por 1,000 o el 5 por ciento (lo que sea menor) de los residentes en el área de servicio.

Solicitud telefónica:

Llame al 928-773-2025 para solicitar una copia de la Solicitud de asistencia financiera, la Política de asistencia financiera y/o el formulario Resumen en lenguaje sencillo de asistencia financiera núm. 0917 y (núm. 5268 - español). Se le enviará por correo sin costo alguno.

SOLICITUDES INCOMPLETAS:

Las solicitudes incompletas se devolverán al paciente/garante, junto con un aviso por escrito que identifique la información faltante o la documentación necesaria para procesar la solicitud. Este aviso debe describir las actividades de cobro que pueden ocurrir si la persona no proporciona la documentación faltante o no hace arreglos para pagar la factura. Esto ocurrirá en el último de los siguientes escenarios: (1) 30 días a partir de la fecha del aviso o (2) 120 días después de la primera factura al individuo por el episodio de atención más reciente.

- El paciente/garante tiene 30 días para proporcionar la información o documentación faltante;

- No responder a la solicitud de información o documentación faltante dentro de los 30 días puede resultar en una denegación.

PROCESOS:

Las visitas cuya atención sea responsabilidad de un tercero no son elegibles para su consideración. Si el tercero no acepta la responsabilidad por el costo de los servicios, el solicitante podrá volver a presentar la solicitud.

Las solicitudes de asistencia financiera no se procesan si se reciben después del día 240 después de la primera factura al individuo por el episodio de atención más reciente. Si se recibe una solicitud dentro de ese tiempo pero después de que la visita haya sido enviada a deudas incobrables, la cuenta se recuperará al hospital para revisar y actuar sobre la solicitud de acuerdo con esta política.

La liquidación financiera (FC) se puede realizar de forma prospectiva, simultánea y retrospectiva.

Revisión prospectiva y simultánea:

Los Servicios de Acceso al Paciente (PAS, por sus siglas en inglés) evalúan la capacidad de pago de los pacientes después de que el personal clínico confirme que el paciente ha recibido un examen de detección médico adecuado realizado por un profesional médico calificado, y ya sea que;

No exista ninguna condición médica de emergencia o;

Si existe una condición médica de emergencia y dicha condición ha sido estabilizada según lo define EMTALA. NAH brindará atención de emergencia de acuerdo con las regulaciones de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA). Todos los pacientes son atendidos y reciben atención antes de ser evaluados para determinar si reciben asistencia financiera y/o capacidad de pago en caso de emergencia. NAH no retrasará ni denegará atención médica de emergencia a una persona con la condición de que presente información para determinar si califica para cobertura de terceros o asistencia financiera por la atención que se retrasa o deniega.

El proceso de liquidación financiera se realizará de acuerdo con los requisitos procesales descritos en las ayudas laborales indicadas en la sección de referencia de esta política.

Retrospectivamente:

El personal del Ciclo de Ingresos revisa las solicitudes de asistencia presentadas después del alta.

Si el paciente no puede cumplir con su obligación financiera de atención, el asesor financiero revisa la elegibilidad del paciente para Medicaid de Arizona (AHCCCS).

Información de facturación y cobro:

NAH o una agencia de cobro contratada pueden tomar medidas para cobrar los saldos impagos de los pacientes que permanezcan pendientes después de 120 días. Estos pueden incluir enviar avisos, hacer llamadas telefónicas y realizar acciones de cobro, como reportar información a agencias de crédito o solicitar ejecuciones hipotecarias, embargos/incautaciones, arrestos, gravámenes, embargos de salario u otras acciones civiles. Estas acciones se conocen como Acciones Extraordinarias de Cobro (ECA, por sus siglas en inglés).

Antes de participar en las ECA, NAH o las agencias de cobro que actúen en su nombre harán esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera. Estos incluyen, entre otros:

- Esperar al menos 120 días hasta después de la emisión del primer estado de cuenta posterior al alta
- Proporcionar un aviso al menos 30 días antes de que ocurra cualquier ECA que:
  - Indique las ECA que NAH o la agencia de cobro pretende tomar.
  - Indique la fecha después de la cual ocurrirán las ECA (debe ser 30 días a partir de la fecha en que se proporciona el aviso)
  - Indique cómo obtener información sobre asistencia financiera

Incluya una copia del resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera
Hacer intentos razonables de notificar verbalmente a las personas sobre la disponibilidad de asistencia financiera durante el proceso de cobro
Procesar solicitudes que se presenten dentro del período de solicitud, según se define en las Regulaciones del Departamento del Tesoro §1-501(r)-1(b) (3) (B)
Suspender las ECA mientras se evalúa una solicitud y revertirlas (en la medida de lo razonablemente posible) si se determina que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera

ACCIONES DE COBRO TOMADAS EN CASO DE IMPAGO DE CUENTAS:

Si se envía un estado de cuenta a un paciente o garante y el correo se devuelve por no poder entregarse, NAH intentará encontrar una dirección correcta. Si no se puede encontrar la dirección correcta, NAH intentará comunicarse con el paciente o garante por teléfono al número indicado por el paciente o garante. Si fracasan los esfuerzos por comunicarse con el paciente o garante, las cuentas se enviarán a una agencia de cobro.

Esfuerzos razonables para informar al paciente sobre la asistencia financiera: Antes de enviar una cuenta a una agencia de cobro, el paciente o garante generalmente recibirá un mínimo de cuatro estados de cuenta escritos, incluido el primer estado de cuenta posterior al alta y tres estados de cuenta posteriores. Estos estados de cuenta incluirán un número de teléfono para obtener información sobre el pago de los saldos del paciente y un aviso sobre asistencia financiera.

Si no se ha llegado a un acuerdo para resolver la cuenta, el cuarto y último estado de cuenta se enviará al paciente o garante. Este estado de cuenta actúa como un aviso al propietario de la cuenta sobre el monto adeudado a NAH de que la cuenta se enviará a una agencia externa de cobro en 30 días. Este estado de cuenta incluirá un resumen en lenguaje sencillo y describirá cualquier acción de cobro que se pueda tomar si no se implementa un plan para liquidar la cuenta.

Hay otros momentos en los que las cuentas pueden enviarse a una agencia de cobro, incluso cuando:

- El paciente o garante no ha realizado los pagos oportunos según el plan de pago acordado.
- El paciente o garante recibió un descuento de asistencia financiera, pero ya no trabaja de buena fe con NAH para pagar el monto restante adeudado

Actividades extraordinarias de cobro: Una vez que la cuenta esté en la agencia de cobro, se pueden tomar las siguientes medidas para garantizar que se pague la deuda por servicios y atención. Estas son ***"Acciones extraordinarias de cobro" (ECA).***

- Embargo de la cuenta bancaria del paciente o garante
- Acciones civiles
- Embargos sobre la propiedad
- Embargo de salarios
- Reporte de información adversa a las agencias de crédito

Antes de que puedan comenzar las "Actividades extraordinarias de cobro", se debe revisar la cuenta, y el departamento de facturación de pacientes de NAH debe otorgar la aprobación. Cuando se deba tomar una de estas acciones contra un paciente o garante, se le dará al paciente o garante un aviso por escrito de la acción a tomar con 30 días de anticipación. El paciente o garante también será informado sobre la Política de asistencia financiera de NAH y cómo solicitarla. Se incluirá con el aviso un resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera.

ACEPTACIÓN/DENEGACIÓN DE LA SOLICITUD:

El requisito del signatario del ajuste de saldo de NAH se define en la "Política de cancelación corporativa de CBO 100-02 NAH". En ningún caso la determinación de que una persona no es elegible para recibir asistencia conforme a esta política se basará en información que haya motivos para creer que no es confiable, es incorrecta o se ha obtenido de la persona bajo coacción.

Se notifica por escrito al paciente/garante la aprobación o la denegación de la solicitud.

- La asistencia financiera inferior al 100% requiere un plan de pago establecido para mantenerse en regla;
- La asistencia se aplica a todos los saldos pendientes ELEGIBLES (consulte los servicios excluidos) durante los 6 meses posteriores a la fecha de aprobación. (*revisión retrospectiva de 240 días a partir de la fecha en que se aprueba la solicitud de asistencia financiera.*)
- El paciente/garante es responsable de notificar a la Oficina del Ciclo de Ingresos sobre los nuevos saldos elegibles para el ajuste de asistencia financiera aprobado.

DETERMINACIONES DE ELEGIBILIDAD Y RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las determinaciones de elegibilidad se realizarán de acuerdo con la Política de asistencia financiera de NAH. Se harán esfuerzos razonables para emitir una decisión oportunamente una vez que se reciba una solicitud completa. El solicitante será informado por escrito de la decisión dentro de un período de tiempo razonable a partir de la fecha en que NAH reciba una solicitud de asistencia financiera completa. Si se deniega la asistencia financiera, NAH registrará el motivo de la denegación en nuestro sistema de facturación electrónica.

La determinación de asistencia financiera se realizará después de que se hayan agotado todos los esfuerzos para calificar al paciente para Medicaid u otros programas públicos. Si se encuentra pendiente una decisión sobre dicha cobertura, NAH no iniciará acciones extraordinarias de cobro.

Los solicitantes a los que se les haya denegado la asistencia pueden volver a solicitarla si ha habido un cambio de ingresos o estado. Las solicitudes originales firmadas se mantendrán archivadas.

Como se señaló anteriormente, si una solicitud está incompleta, se notificará al solicitante por correo que necesita más información para completar el proceso de solicitud. Se informará al solicitante la fecha límite para proporcionar esta información: 30 días a partir de la fecha en que se envió la carta solicitando la información necesaria. Si el solicitante no responde dentro del plazo de 30 días, la solicitud será denegada.

Los solicitantes que no sean elegibles para recibir asistencia financiera pueden impugnar la decisión por escrito proporcionando información sobre el motivo de la controversia y cualquier información útil para describir el fundamento de la controversia o apelación. Se debe recibir una carta de controversia o apelación dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la carta de determinación.

Las controversias o solicitudes de excepciones deben presentarse por escrito a: NAH – Financial Assistance; 1200 N. Beaver ST., Flagstaff, AZ 86004.

EXCEPCIONES:

Los pacientes/garantes que soliciten excepciones pueden apelar un resultado remitiéndolo al Equipo de Asistencia Financiera;

El Equipo de Asistencia Financiera está compuesto por el Director del Sistema de Operaciones del Ciclo de Ingresos y el Director del Departamento Clínico para las áreas de atención afectadas.

- Los hallazgos del comité se documentan y se envían por correo al paciente/garante.
- Los saldos restantes después de las conclusiones del comité requieren un plan de pago establecido para mantenerse en regla.

REEMBOLSOS:

NAH reembolsará cualquier monto que la persona haya pagado por la atención que exceda el monto que se determina que es personalmente responsable de pagar como individuo elegible para la Política de asistencia financiera, a menos que dicho monto sea inferior a $24.99, excluyendo los copagos de clínica y sala de emergencias si esos pagos se realizaron dentro de los 240 días a partir de la fecha de la solicitud de asistencia financiera (o cualquier otro monto establecido mediante aviso de otra guía publicada por el Boletín de Impuestos Internos). Fuera del rango de porcentaje de descuento, no reembolsaremos los copagos de la clínica o de la sala de emergencias dentro del período de 240 días.

CUMPLIMIENTO:

Se espera que el personal de NAH mantenga los más altos estándares éticos. En ningún momento ningún miembro del personal debe usar información falsa o mentir en un intento de cobrar una cuenta. Todos los negocios deben realizarse a nombre de la persona que llama o de NAH. De ninguna manera el personal debe mentir acerca de ser empleado de una agencia de crédito, agencia de cobro, bufete de abogados, etc. Todo lo que diga un miembro del personal debe ser verdadero y correcto usando un enfoque profesional. El personal de NAH, así como todos los proveedores externos que trabajen en nombre de NAH, defenderán y cumplirán la Ley de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas.

CONFIDENCIALIDAD:

NAH protegerá la privacidad de la información financiera y de salud personal de cada paciente.

REQUISITOS REGLAMENTARIOS:

NAH cumplirá con todas las leyes, reglas y regulaciones federales, estatales y locales, así como con las necesidades de informes que puedan aplicarse al trabajo y las acciones realizadas como resultado de nuestra Política de asistencia financiera. La información agregada sobre la asistencia financiera brindada según esta política se informará una vez al año en un Formulario 990 del Servicio de Impuestos Internos, Anexo H.

DEFINICIONES:

Montos Generalmente Facturados (AGB): Porcentaje de AGB específico del hospital significa, para cada hospital, un porcentaje derivado de dividir (1) la suma de todos los reclamos por servicios médicamente necesarios brindados en dicho hospital pagados durante un período de 12 meses por todas las aseguradoras de salud privadas como pagadores primarios y pago por servicio de Medicare, junto con cualquier porción asociada de estos reclamos pagada por personas aseguradas en forma de copagos, coseguros o deducibles divididos por los cargos brutos asociados con esos reclamos. El porcentaje de AGB se calcula antes del 31 de enero y es efectivo hasta el próximo cálculo anual. El cálculo deberá cumplir con el “método retroactivo” descrito en las Regulaciones del Departamento del Tesoro §1-501(r)-5(b) (1) (B).

Deuda incobrable: Un saldo que ya no se considera cobrable.

Electivo: Servicio considerado por un médico como que no es de emergencia y seguro en caso de demora.

Condición médica de emergencia: Como se define en la Sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd), el término “condición médica de emergencia” significa: una condición médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) como para que razonablemente se pueda esperar que resulte en la ausencia de atención médica inmediata.

- Poner en grave peligro la salud de la persona (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su feto),
- Deterioro grave de las funciones corporales, o

- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o con respecto a una mujer embarazada que esté teniendo contracciones:
  - No hay tiempo adecuado para efectuar un traslado seguro a otro hospital antes del parto, o
  - El traslado puede representar una amenaza para la salud o seguridad de la mujer o del feto.

Pautas federales de pobreza: Las Pautas/Niveles Federales de Pobreza (FPG, FPL) usan umbrales de ingresos que varían según el tamaño y la composición de la familia para determinar quién se encuentra en pobreza en los Estados Unidos. Se actualiza periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos. Se puede consultar las FPG actuales en http://aspe.hhs.gov/POVERTY/.

Asistencia financiera: Asistencia brindada a pacientes elegibles o garantes, que de otro modo podrían tener dificultades financieras, para desestimar total o parcialmente sus requisitos financieros para la atención médica necesaria proporcionada por NAH.

Asistencia total o parcial: Todos los montos adeudados por los pacientes que son resultado de haber recibido servicios elegibles brindados en NAH a pacientes elegibles, o sus garantes, con ingresos familiares anuales iguales o inferiores al 400 por ciento del nivel federal de pobreza.

Garante: Una persona, distinta del paciente, que es responsable de pagar la cuenta del paciente. El garante y el paciente pueden ser la misma persona.

Cargos brutos: Cargos totales a la tarifa completa establecida para los servicios de atención al paciente antes de que se apliquen las deducciones de los ingresos.

Hogar:
Adultos: al calcular el tamaño del hogar, incluye al paciente, su cónyuge y sus dependientes. (Según lo define el Código de Rentas Internas del Servicio de Impuestos Internos)

Ingresos: Adultos: Si el paciente es un adulto, “Ingreso familiar anual” significa la suma del ingreso bruto anual total o el ingreso anual estimado del paciente y su cónyuge, y cualquier adulto reclamado en la declaración de impuestos sobre la renta.

Servicios médicamente necesarios: Atención médica requerida para garantizar el bienestar del paciente según lo define la práctica médica generalmente aceptada.

Menores: Al calcular el tamaño del hogar, incluye al paciente, la madre del paciente, el padre del paciente, los dependientes de la madre del paciente y los dependientes del padre del paciente. (Según lo define el Código de Rentas Internas del Servicio de Impuestos Internos). Si el paciente es menor, “Ingreso familiar anual” significa la suma del ingreso bruto anual total o el ingreso anual estimado del adulto que reclama al hijo menor en los impuestos sobre la renta como dependiente.

Tarifa fija de NAH: NAH ofrece tarifas fijas de pago por cuenta propia para servicios específicos a pacientes sin seguro.

Plan de pago: Un acuerdo financiero que incluye un plan de pago que NAH y el paciente o garante acuerdan para los montos de bolsillo adeudados. El plan tiene en cuenta los problemas financieros del paciente, el monto adeudado y cualquier pago anterior.

Periodo de calificación: Los solicitantes que sean elegibles para recibir asistencia financiera recibirán esta asistencia durante (6) seis meses. La asistencia también se aplicará a cuentas impagas anteriores elegibles para servicios elegibles.

Paciente sin seguro: Un paciente sin cobertura de terceros, como un seguro comercial de terceros, un plan ERISA, un programa federal de atención médica (incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), compensación laboral u otra asistencia de terceros, para ayudar a cumplir con las obligaciones de pago del paciente.

DISPONIBILIDAD DE TRADUCCIONES:

Spanish (Español)
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-928-773-2025.

Navajo

ANEXO A

Flagstaff Medical Center
Verde Valley Medical Center
Verde Valley Medical Center – Sedona Campus
Northern Arizona Healthcare Outpatient Surgery Center
EntireCare Rehabilitation & Sports Medicine
Guardian Medical Ground and Air Transportation
Northern Arizona Healthcare Medical Group Clinics incluidas las siguientes:
NAHMG – Anestesiología
NAHMG – Instituto cardiovascular
NAHMG – Centro para mujeres
NAHMG – Endocrinología
NAHMG – Cirugía general
NAHMG – Hospitalistas
NAHMG – Atención inmediata
NAHMG – Enfermedad infecciosa
NAHMG – Medicina interna
NAHMG – Oncología médica
NAHMG – Neonatal
NAHMG – Neurología
NAHMG – Instituto de ortopedia y columna vertebral
NAHMG – Cuidados paliativos
NAHMG – Atención primaria
NAHMG – Servicios de cirugía de mama
NAHMG – Servicios de emergencia
NAHMG – Clínica bariátrica (según se considere médicamente necesario)
NAHMG – Salud conductual
NAHMG – Medicina del sueño
NAHMG – Urología
NAHMG – Cuidado de heridas
NAHMG – Atención médica infantil
NAHMG – Neumología

DOCUMENTOS INCLUIDOS	Escala de asistencia financiera
DOCUMENTOS RELACIONADOS	Solicitud de asistencia financiera
REFERENCIAS	Regulaciones del Departamento del Tesoro §1-501(r)-5(b) (1) (B) Pautas Federales de Pobreza (FPL) Política de cancelación corporativa de CBO 100-02 NAH Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo Regulaciones del IRS Arizona Medicaid–Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS)