Política de Asistencia Financiera (501r) **Holzer Health System**	Fecha original de emisión:	23/12/2009
	Fecha de modificación:	22/01/10, 04/17, 02/18, 01/19, 12/19, 01/20, 08/20, 01/21, 10/21, 01/22, 10/22, 01/23
	Fecha de revisión sin modificaciones:	
	Fecha de entrada en vigencia:	24/01/2023
	Número de política	
Departamento: Ciclo de ingresos		
Alcance y aplicación: A los efectos de esta política, el sistema de salud Holzer Health System (HHS) incluye Holzer Clinic LLC, Holzer Hospital Foundation dba Holzer y Holzer Medical Center Jackson.		
Política: Holzer Health System se dedica a brindar, cuando corresponda, asistencia financiera para la atención de emergencia y/o médicamente necesaria a pacientes que solicitan y/o requieren asistencia para determinar si califican para recibir la asistencia financiera.		
Propósito: Brindar un trato justo e imparcial en los procedimientos de facturación y cobro.		

Definiciones:

- **501(r):** la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos y los reglamentos promulgados en virtud de la misma.
- **Programa de Asistencia Financiera (FAP):** un programa patrocinado por Holzer que brinda asistencia financiera temporal a pacientes elegibles que reciben atención médica de emergencia o médicamente necesaria.
- **De emergencia:** afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad como para que pueda esperarse razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata provoque: (i) poner en grave peligro la salud de la persona, (ii) un deterioro grave de las funciones corporales, o (iii) una disfunción grave de algún órgano del cuerpo.
- **De urgencia:** afección médica que no se considera de emergencia, pero que requiere atención en un plazo de 24 horas, y en la que una demora prolongada en la administración del tratamiento puede poner en peligro la salud del paciente.
- **Electiva:** afección médica para la cual el paciente o el prestador elige el tratamiento por considerarlo ventajoso para el paciente, pero no es urgente ni de emergencia.

Introducción: HHS emplea los siguientes procedimientos como guía para establecer la elegibilidad para el FAP. No se denegará a un paciente el derecho al FAP por motivos de raza, credo, color, sexo, origen nacional, orientación sexual, discapacidad o edad. La elegibilidad requiere que tanto el servicio como el paciente sean elegibles.

Servicios elegibles: El FAP se aplica a los servicios de atención médica de emergencia, de urgencia y/u otros servicios médicamente necesarios que se brindan en el HHS. Holzer brindará, sin discriminación, atención médica de emergencia (dentro del significado de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo [EMTALA], Sección 1867 de la Ley de Seguridad Social [42 U.S.C. 1395dd]) a personas, independientemente de su elegibilidad para el FAP de HHS.

Programa de Garantía de Atención Hospitalaria de Ohio (HCAP)

El Código Administrativo de Ohio (OAC) 5160-2-07, establecido por el Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) brinda orientación a los hospitales que prestan servicios hospitalarios médicamente necesarios sin cargo.

Elegibilidad:

1) El paciente debe vivir en Ohio voluntariamente y no participar en un programa del ODM u otro programa de asistencia pública.
2) El HCAP no cubre los procedimientos cosméticos o electivos.
3) Los ingresos del hogar del paciente deben ser iguales o inferiores a las Pautas Federales de Pobreza (FPG) vigentes en el momento de la prestación de los servicios médicos.
4) El paciente y/o el representante legal debe completar la solicitud para el HCAP en su totalidad, enumerando a todos los miembros que viven en el hogar.

5) El comprobante de ingresos se utilizará para determinar la elegibilidad para el HCAP y Medicaid a través de una de estas dos metodologías: (i) tres (3) meses de ingresos anteriores a la fecha del servicio, multiplicados por cuatro (4) o (ii) 12 meses de ingresos anteriores a la fecha del servicio, multiplicados por uno (1).
6) Las solicitudes relacionadas con un incidente catastrófico o excepcional se remiten al director de Ciclo de Ingresos o al director de Finanzas para su consideración.
7) Las solicitudes para el HCAP caducan a los noventa (90) días de la fecha del servicio en el caso de los servicios ambulatorios, y a los cuarenta y cinco (45) días de la fecha del servicio en el caso de los servicios hospitalarios, incluidas las readmisiones, siempre que el diagnóstico de admisión sea el mismo que la afección subyacente de la admisión inicial.

Programa de Asistencia Financiera (FAP) del HHS:

El paciente debe tener la capacidad y estar dentro de los requisitos del Gobierno Federal para solicitar Medicaid de Ohio y/o cualquier otro programa de asistencia pública dentro de su estado de residencia. Para ser elegible para el FAP del HHS, deben haberse agotado todas las demás fuentes de financiación.

Elegibilidad:

1) Los ingresos familiares del paciente deben ser iguales o inferiores al 300 % de las FPG a la fecha del servicio. El importe de la asistencia financiera disponible en función de los ingresos se establece en el Anexo A, a continuación.
2) Los procedimientos cosméticos y/o electivos no aprobados no son elegibles para el FAP del HHS. Los procedimientos electivos pueden considerarse caso por caso de acuerdo con esta política.
3) Los servicios médicos no cubiertos o basados en investigación, de acuerdo con las determinaciones de cobertura de Medicaid o Medicare, no son elegibles para el FAP del HHS.
4) El paciente o el representante legal/autorizado debe solicitar y completar una solicitud de FAP dentro de los 120 días a partir del primer estado de facturación posterior al alta. Las solicitudes se aceptan por 120 días a partir de la primera factura posterior al alta.
5) Los pacientes son responsables de realizar los pagos en las cuentas hasta el momento en que se apruebe la asistencia financiera. Los pagos realizados sobre los saldos de las cuentas de los pacientes antes de la recepción y la determinación de elegibilidad para el FAP se aplicarán al saldo de la cuenta, si corresponde. Los pagos realizados que den lugar a un crédito en la cuenta se reembolsarán al paciente.
6) Todos los miembros del hogar menores de dieciocho (18) años se incluirán en la solicitud para el FAP.
7) En el caso de pacientes menores de dieciocho (18) años, la familia debe incluir al paciente, sus progenitores naturales o adoptivos y a los hijos naturales o adoptivos de tales progenitores menores de dieciocho (18) años que vivan en el hogar. Si el paciente es hijo de un padre menor de edad que reside en el hogar de los abuelos del paciente, la familia debe incluir solo a los progenitores y a todos los hijos de los progenitores, naturales o adoptivos.
8) El comprobante de ingresos se utilizará para determinar la elegibilidad para el FAP a través de una de estas dos metodologías:
(i) (i) tres (3) meses de ingresos anteriores a la fecha del servicio, multiplicados por cuatro (4) o (ii) 12 meses de ingresos anteriores a la fecha del servicio, multiplicados por uno (1).
9) Los pacientes que presenten un reclamo a su aseguradora primaria contratada con/sin cobertura de aseguradora secundaria no son elegibles para el FAP del HHS para ese servicio.
10) Las solicitudes relacionadas con un incidente catastrófico o excepcional se remiten al vicepresidente de Ciclo de Ingresos o al director de Finanzas para su consideración.
11) En la sección 501(r)(5)(A) se establece que los hospitales deben limitar los montos que se cobran por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria brindada a personas elegibles para recibir asistencia en virtud del FAP de la organización (individuos elegibles para el FAP) a no más de los montos generalmente facturados (AGB) a las personas que tienen un seguro que cubre esa atención. Holzer utiliza el método retrospectivo para Medicare y el seguro comercial, tal como se define en las regulaciones federales.

Revisión del nivel de aprobación

Todos los tipos de cuenta	**Autoridad de aprobación/Montos**
Todos los pagadores	Director de Finanzas = >$50 000 Vicepresidente del Ciclo de Ingresos = $10 001 - $50 000 Gerente de Cuentas de Pacientes = $1 - $10 000

Políticas relacionadas

Facturación y cobro:
Consulte la Política de facturación y cobro.

Saldos de crédito:
Consulte la Política de saldos de crédito.

Programa de medicamentos 340B:
Consulte la Política del programa de medicamentos 340B.

ANEXO A

Pautas Federales de Pobreza 2023 para los 48 estados contiguos y el distrito de Columbia Para familias/hogares con más de 8 personas, sume $5140 por cada persona adicional.			
	100 %	**101 % - 200 %**	**201 % - 300 %**
	HCAP	**75 % de asistencia**	**71 % de asistencia**
Cant. de miembros en el hogar	Saldo de cuenta ajustado 100 %	El saldo de la cuenta se convierte en el 25 % de los cargos totales. El paciente paga el 5 % del saldo inicialmente y sigue la tabla del plan de pagos de la Política de liquidación financiera.	El saldo de la cuenta se convierte en el 29 % de los cargos totales. El paciente paga el 10 % del saldo inicialmente y sigue la tabla del plan de pagos de la Política de liquidación financiera.
1	$14 580	$29 160	$43 740
2	$19 720	$39 440	$59 160
3	$24 860	$49 720	$74 580
4	$30 000	$60 000	$90 000
5	$35 140	$70 280	$105 420
6	$40 280	$80 560	$120 840
7	$45 420	$90 840	$136 260
8	$50 560	$101 120	$151 680

ANEXO B

Proveedores cubiertos y no cubiertos

Grupos de práctica de proveedores cubiertos:
Audiología de Holzer, Salud Conductual de Holzer, Cardiología de Holzer, Quiropraxia de Holzer, Clínica de Coagulación de Holzer, Departamentos de Emergencias, ORL de Holzer, Endocrinología de Holzer, Medicina Familiar de Holzer, Gastroenterología de Holzer, Cirugía de Holzer, Hemato-oncología/Oncología de Holzer, Servicios para Pacientes Hospitalizados, Servicios Psiquiátricos para Pacientes Hospitalizados, Medicina Interna de Holzer, Servicios de Laboratorio, Servicios de Radiología, Nefrología de Holzer, Neurología de Holzer, Ginecología y Obstetricia de Holzer, Medicina del Trabajo de Holzer, Oftalmología de Holzer, Ortopedia de Holzer, Pediatría de Holzer, Podología de Holzer, Neumonología de Holzer, Oncología Radioterápica de Holzer, Urgencias de Holzer, Urología de Holzer, Centro Venoso de Holzer, Cuidado de Heridas de Holzer.

Proveedores no cubiertos:
Rehabilitación de Pacientes Hospitalizados de Holzer, Laboratorio del Sueño de Holzer, Fisioterapia, Clínicas Minoristas, Tratamiento del Dolor de Holzer, Cirugía Plástica de Holzer, Salud a Domicilio de Holzer, Cuidados Paliativos, Cuidados Extraordinarios, Cuidados para la Tercera Edad de Holzer, Cuidados Posagudos, Clínica Odontológica/Socios de Salud Dental de Holzer y Vanguardia de Holzer.

Servicios no cubiertos:
- Cirugía cosmética/electiva no aprobada
- Exámenes de la vista/anteojos/cirugía ocular con láser
- Audífonos y suministros
- Servicios odontológicos preventivos
- Equipo médico duradero (DME), que incluye aparatos ortopédicos y ajuste de aparatos ortopédicos
- Prótesis, incluidas las que se reemplazan órganos internos del cuerpo.
- Servicios de infertilidad
- Pérdida de peso (servicios previos y posteriores)
- Servicios/procedimientos para el tratamiento del dolor
- Pruebas de alergia/alergistas