

Creación **04/2025**
Última aprobación **N/C**

Área **CICLO DE INGRESOS**
Aplicabilidad **USA Health**



Vigente desde **04/2025**
Última revisión **07/2025**
Próxima revisión **A los 3 años de la aprobación**

Política de asistencia financiera de pacientes

DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA:

- A. **Declaración general de la política:** el objeto de esta política es dar un método justo y uniforme para que los pacientes sin seguro y/o con un seguro deficiente soliciten y sean considerados para recibir asistencia financiera destinada a pagar una parte de la cantidad que les corresponde de la factura (después de que se hayan agotado todas las fuentes de financiamiento, incluidos los pagos del seguro/asignaciones) por la atención de emergencia y demás atención necesaria por razones médicas que recibieron en hospitales y clínicas de USA Health. Los procedimientos de libre elección están excluidos de la consideración en virtud de esta política. Aunque no todos los servicios de USA Health son elegibles en virtud de la Política de asistencia financiera (Financial Assistance Policy, FAP), esta política respeta las leyes vigentes locales, estatales y federales. Todos los empleados, profesores y personal de USA Health deben cumplir esta política. Esta rige para todos los pacientes, independientemente de su raza, creencia religiosa, edad, sexo o capacidad de pago.
- B. **Aviso al público general:** los hospitales de USA Health publicarán un aviso en lugares visibles de las áreas de admisión y registro (incluido el Emergency Department [Departamento de Emergencias]) que dirá lo siguiente: “Es posible que sea elegible para recibir asistencia financiera en virtud de los términos y condiciones de la Política de asistencia financiera de USA Health que se ofrece a los pacientes que reúnen los requisitos. Para obtener más información, comuníquese con los asesores financieros por teléfono, al (251) 434-3505, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. Todas las consultas, como también todas las solicitudes y documentos justificativos, son confidenciales”.
1. USA Health entregará un aviso de la FAP, un resumen de la FAP en lenguaje claro y una solicitud con instrucciones sobre cómo presentarla en lugares visibles de su sitio web a través de un enlace de acceso/en formato papel en las áreas de Access Registration (Registro de Acceso) y ED Registration (Registro del Departamento de Emergencias).
 2. USA Health incluirá una declaración en cada factura del paciente que dirá que los pacientes que cumplen ciertos requisitos de ingresos podrían calificar para la asistencia financiera en virtud de la FAP. Se incluirá un número de teléfono y un sitio web con información adicional.

- C. **Cantidades generalmente facturadas (Amounts Generally Billed, AGB):** a todos los pacientes de USA Health se les cobra la misma cantidad por los servicios prestados. Cuando se determine que un paciente reúne los requisitos para la asistencia financiera en virtud de esta política, los cargos se reducirán a la cantidad correspondiente de la asignación
1. Si la asignación es del 100 %, se avisará al paciente, y la cantidad cobrada por esos servicios se reducirá a cero y ya no se facturará.
 2. Si una asignación de asistencia financiera no cubre el 100 % de los cargos del servicio, las cantidades cobradas a pacientes elegibles para la atención con descuento no serán mayores que las cantidades generalmente facturadas (AGB) a pacientes en virtud del “método retroactivo” del Internal Revenue Service (Servicio de Impuestos Internos), que es el porcentaje de los cargos que los hospitales de USA hubieran recibido de un conjunto combinado de pacientes con cobertura de Medicare y de todas las aseguradoras privadas.
 - a. El porcentaje retroactivo se calculará por separado para cada hospital, pero se considerará como un promedio de todas las entidades cubiertas para determinar las AGB de pacientes hospitalizados y las AGB de pacientes ambulatorios, respectivamente, y se revisará en conjunto con esta política.
- D. **Definiciones:** 501(r): sección 501(r) del Código de Impuestos Internos (Internal Revenue Code) y las normas promulgadas en virtud de este.
1. **Cantidad generalmente facturada (AGB):** una cantidad que no excede las cantidades generalmente facturadas a personas con un seguro que cubre tal atención, según se define en la sección 501(r)(5)(A) del IRS.
 2. **Solicitante:** un paciente u otra persona responsable del pago de la atención del paciente que solicita la asistencia financiera.
 3. **Período de solicitud:** empieza en la fecha de prestación de la atención médica y termina 240 días después del primer resumen de cuenta posterior al alta médica o 30 días después de que el hospital o el tercero autorizado presente un aviso escrito de las acciones de cobro extraordinarias que el hospital planea iniciar, lo que ocurra más tarde.
 4. **Deuda incobrable:** los cargos adeudados por la atención de pacientes que pueden pagar el total o una parte de las facturas médicas de las que son responsables, pero que no están dispuestos a hacerlo.
 5. **Charity Committee (Comisión de Caridad):** una comisión designada por el director de Finanzas de USA Health encargada de revisar las solicitudes de asistencia financiera, las recomendaciones de asistencia, las certificaciones y declaraciones juradas de pacientes, las aprobaciones previas de la comisión y/o las aprobaciones de atención para indigentes. Esta comisión analizará las apelaciones en caso de que un paciente o su representante desee que se reconsidere la denegación de una asistencia total o parcial. La Charity Committee (Comisión de Caridad) será la máxima autoridad de revisión de las Políticas de asistencia financiera y/o las Aprobaciones de atención de indigentes, además de todas las apelaciones, a los efectos de garantizar que se han tomado las medidas razonables para determinar la elegibilidad de una persona.
 6. **Proveedores cubiertos:** todos los servicios de atención de emergencia y demás servicios hospitalarios necesarios por razones médicas prestados en USA Health University Hospital, USA Health Children’s & Women’s Hospital y en Providence Hospital de Mobile, Alabama, además de los departamentos del hospital y clínicas de los condados de Mobile y Baldwin.
 7. **Política de cobro de USA Health:** la Política de cobro de USA Health, también conocida como la Política de “Seguimiento y cobro de saldos por cuenta del paciente”, detalla las medidas que puede tomar el centro en caso de falta de pago y se puede consultar en el sitio web de USA Health, con la FAP y los anexos.

8. **Atención de emergencia:** la atención o el tratamiento de una afección médica de emergencia, según se define en la EMTALA.
9. **EMTALA:** Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y de Trabajo de Parto (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act) (sección 1395dd del título 42 del Código de los Estados Unidos).
10. **Nivel de Pobreza Federal (FPL):** el nivel de pobreza federal (Federal Poverty Level, FPL) es el ingreso mínimo establecido que necesita una familia para comida, vestimenta, transporte, refugio y demás necesidades (también se lo conoce como Directrices federales de pobreza) y se actualiza todos los años. La cantidad se ajusta según el tamaño de la familia y se puede ajustar regionalmente para determinar la elegibilidad para ciertos programas y beneficios. Puede obtener la información del FPL en: <https://www.healthcare.gov/glossary/federal-poverty-level-FPL/> (Este sitio web es administrado por el gobierno federal y está sujeto a cambios a su discreción).
11. **Asistencia financiera:** el costo de dar atención gratuita o con descuento a personas que no pueden pagar el total o una parte de sus facturas médicas del hospital según las reglas de elegibilidad dispuestas en esta política.
12. **Cargos brutos:** el precio total establecido para la atención médica que se presta a pacientes.
13. **Atención necesaria por razones médicas:** servicios o productos de atención médica que un médico cauteloso prestaría a un paciente a los efectos de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión o sus síntomas de una manera que:
 - a. respeta los estándares generalmente aceptados de la práctica médica;
 - b. corresponde clínicamente en términos de tipo, frecuencia, alcance, lugar y duración;
 - c. no es principalmente para el beneficio económico de los planes médicos y adquirentes o para la comodidad del paciente, el médico tratante u otro proveedor de atención médica;
 - d. reúne los requisitos de la atención de caridad, según se define en esta política;
 - e. no reúne los requisitos para la atención de caridad, pero sí para algún descuento de sus cargos por servicios hospitalarios, en función de una evaluación considerable de su capacidad de pago; o
 - f. tiene algunos medios de pago, pero reúne los requisitos para un descuento en función de esta política.
14. **Organización:** un centro o clínica de USA Health.
15. **Paciente:** una persona que recibe atención en USA Health y que es financieramente responsable de la atención del paciente.
16. **Saldo por cuenta del paciente:** la cantidad adeudada a un proveedor u hospital después de la prestación de los servicios y de que se hayan agotado las restantes opciones de pago o los métodos de reembolso.
17. **Política de seguimiento y cobro de saldos por cuenta del paciente:** la Política y el procedimiento que se utilizan para el cobro de saldos por cuenta del paciente adeudados después de que haya pagado el seguro o en caso de que no haya seguro. En ocasiones, esta política se denomina Política de cobro de hospitales de USA Health.
18. **Paciente sin seguro:** una persona sin seguro o que de otra manera reúne los requisitos para cualquier programa privado o gubernamental que ofrece cobertura para cualquiera de los servicios prestados y:

- a. reúne los requisitos de la atención de caridad, según se define en esta política;
- b. no reúne los requisitos para la atención de caridad, pero sí para algún descuento de sus cargos por servicios del hospital, en función de una evaluación considerable de su capacidad de pago; o
- c. tiene algunos medios de pago, pero reúne los requisitos para un descuento en función de esta política.

PROCEDIMIENTO:

- A. **Periodo de calificación:** en general, los pacientes son elegibles para la asistencia financiera cuando reciben atención de emergencia o necesaria por razones médicas en un centro de USA Health y el ingreso familiar del paciente es igual o menor que el 400 % del nivel federal de pobreza (FPL).
1. La cantidad de asistencia se determina mediante una escala variable y puede estar sujeta a revisiones o cambios periódicos.
 2. La aprobación de la asistencia financiera se realiza según cada caso y cada alta médica, y según cambien las circunstancias. Es posible que los pacientes deban solicitar o volver a solicitar la asistencia financiera. Cada centro de USA Health se reserva el derecho de exigir una nueva presentación de la solicitud.

- B. **Directrices de elegibilidad:** las solicitudes del paciente se pueden presentar para su consideración hasta 240 días después del resumen de cuenta del paciente posterior al alta.

Consideración del nivel federal de pobreza (FPL)/grupo familiar	Porcentaje de asistencia otorgado
Hasta el 200 %	100 % del ajuste de la FAP
200 %-300 %	85 % del ajuste de la FAP
300 %-400 %	76 % del ajuste de la FAP

- C. **Período de aprobación:** después de que se aprueba la asistencia financiera, la solicitud aprobada del paciente seguirá vigente para los servicios de emergencia y los servicios hospitalarios necesarios por razones médicas durante un plazo de 180 días, salvo que desde la Business Office (Oficina Comercial) del hospital envíen un aviso que disponga lo contrario. Para las aprobaciones de pacientes oncológicos, este período comprenderá todo el tratamiento, independientemente de la extensión.
- D. **Información de contacto:** para saber si reúne los requisitos para la asistencia financiera, complete el Formulario de solicitud y adjunte los documentos solicitados para justificar los ingresos, activos u otros recursos disponibles. Si necesita ayuda para completar la solicitud, comuníquese con los asesores financieros disponibles de las siguientes maneras:
1. **Teléfono:** (251) 434-3505, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.
 2. **Correo postal:** USA Health
Attention: Business Office - Financial Counselor
P.O. Box 40010
Mobile, AL 36640-0010
- E. **Proceso de solicitud:** un paciente puede reunir los requisitos para la asistencia financiera mediante la elegibilidad por calificación presunta o mediante la solicitud de asistencia financiera presentando una Solicitud de la FAP completada. La Solicitud de la FAP y sus instrucciones están disponibles en el sitio web de USA Health, en cualquier Registration Office (Oficina de Registro) o en la Business Office (Oficina Comercial) de USA Health. USA Health solicitará:

1. El trabajo de la persona sin seguro con un asesor financiero para solicitar programas de asistencia de Medicaid u otros programas públicos para los que el paciente se considere que es potencialmente elegible para calificar para la asistencia financiera (salvo cuando sea elegible y reciba la aprobación mediante calificación presunta).
2. La presentación de información precisa por parte del paciente en una Solicitud de la FAP o de información relacionada con el proceso de elegibilidad por calificación presunta.

F. Requisitos de verificación de documentación: junto con la solicitud, un paciente tendrá que presentar una verificación de los ingresos de su grupo familiar y de todos los activos a nombre de cualquier miembro del grupo familiar. Algunos ejemplos de comprobantes de ingresos y activos son los siguientes:

1. Copias de 3 talones de pago más recientes emitidos por el empleador.
2. Copias de la declaración de impuestos presentada más recientemente (si es trabajador independiente, debe incluir todas las declaraciones complementarias).
3. Carta de otorgamiento del seguro social y/o de la pensión por jubilación.
4. Declaración de impuestos presentada más recientemente por el padre, la madre o el tutor legal, si el solicitante es un dependiente incluido en el formulario de declaración de impuestos y es menor de 25 años.
5. Copia de los recibos de beneficios por desempleo.
6. Aprobación/denegación de la elegibilidad para Medicaid y/o para la asistencia médica financiada por el estado.
7. Otros documentos de validación de ingresos.
8. Si el paciente recibe asistencia de familiares o amigos o vive en una casa con ellos, debe solicitarles que completen el formulario adjunto denominado “Carta de apoyo”.

USA Health podría considerar que las facturas médicas adeudadas reúnan los requisitos para que un paciente reciba la asistencia financiera. Presente documentación de todo costo médico y de farmacia/medicamentos mensual adeudado, como las facturas vigentes o estados de saldos de cuenta. Para la consideración, se debe presentar lo siguiente:

1. Solicitud completada con
2. Prueba de ingresos
3. Lista de activos
4. Facturas médicas adeudadas (si corresponde)

G. Requisitos de calificación de activos: es posible que un paciente no sea elegible para la asistencia financiera si se considera que tiene suficientes activos convertibles en efectivos para pagar de acuerdo con una “Prueba de activos”. La Prueba de activos comprende una evaluación integral de la capacidad de pago de un paciente en función de las categorías de activos calculadas en la Solicitud de la FAP. Un paciente con tales activos que supere el 25 % de la cantidad de sus ingresos familiares podría no ser elegible para la asistencia financiera. USA Health analizará los activos a los que tengan acceso los miembros del grupo familiar sin penalidades. Algunos ejemplos de comprobantes de activos son los siguientes:

1. Estados de cuentas bancarias vigentes de los últimos 3 meses (cuentas corrientes y de ahorros)
2. Inversiones, incluidas las acciones y los bonos
3. Fideicomisos

4. Cuentas de mercado de dinero

5. Fondos comunes de inversion

H. **Asistencia presunta:** la elegibilidad para la asistencia financiera se podría determinar en cualquier momento del ciclo de ingresos mediante la calificación presunta de un paciente con un saldo impago suficiente y sin solicitud de la FAP. Si al paciente se le otorga una asistencia financiera del 100 % sin presentar una solicitud de la FAP completada y únicamente mediante la calificación presunta, la cantidad de la asistencia financiera para la que será elegible se limitará al saldo adeudado del paciente después de que se consideren todos los pagos realizados de la cuenta del paciente. Una determinación de elegibilidad en función de la calificación presunta se aplica únicamente al episodio de atención para el que se realizó la calificación presunta. USA Health se reserva el derecho de excluir Medicaid estatal de la Asistencia presunta. El porcentaje del FPL para el ajuste total en virtud del proceso de Asistencia presunta que se produce después de una acción razonable de cobro y antes de acciones de cobro externas está establecido en el 100 % del FPL.

I. **Asistencia en situaciones catastróficas:** un paciente con ingresos de más del 400 % del FPL puede ser elegible para la asistencia financiera en virtud de una "Prueba de medios". Un paciente será elegible para la asistencia financiera de conformidad con la Prueba de medios, si el paciente tiene una deuda médica total en exceso, que incluye la deuda médica a USA Health, por la atención de emergencia y demás atención necesaria por razones médicas, por un total igual o mayor que el ingreso bruto del grupo familiar del paciente. La asistencia financiera mediante la Prueba de medios es la misma que se otorga a un paciente con ingresos del 400 % del FPL, si el paciente presenta una Solicitud a los 240 días o antes de la primera factura tras el alta y la Organización aprueba la solicitud. La cantidad de asistencia financiera disponible para un paciente de esta categoría se limita al saldo adeudado del paciente. No se le cobrará a un paciente elegible de esta categoría de asistencia financiera una cantidad mayor que los cargos de AGB calculados.

Los pacientes que no sean elegibles para la asistencia financiera, según se describió previamente, pueden reunir los requisitos para otros tipos de asistencia que ofrece USA Health.

1. Se hará un descuento a los pacientes sin seguro que no son elegibles para la asistencia financiera según, por lo menos, la cantidad del descuento que se otorga a quienes más pagan a USA Health.
2. A los pacientes sin seguro que no sean elegibles para la asistencia financiera se les pueden ofrecer otras soluciones de acuerdo con los programas especiales que otorga USA Health.

J. **Derechos de apelación:** el paciente puede apelar toda denegación de elegibilidad para la asistencia financiera, mediante la presentación de información adicional a USA Health dentro de los 14 días calendario de la recepción del aviso de denegación. Una comisión de apelaciones revisará las apelaciones. El proceso de apelación de decisiones de USA Health sobre la elegibilidad para la asistencia financiera de pacientes y familias es de la siguiente manera:

1. Si el paciente considera que se excluyó información fundamental de la declaración financiera original, puede apelar por escrito, presentando la información adicional y documentación justificativa, e indicando el motivo por el que esta no se presentó inicialmente. La apelación se debe enviar a:

Attn: Business Office - Financial Counselor
P.O. Box 40010
Mobile, AL 36640-0010

Si la determinación final confirma la denegación previa de asistencia financiera, se enviará al paciente un aviso escrito.

K. **Cargos/actividad de cobro:** USA Health dará un tiempo razonable para que el paciente o su representante presente las pruebas e información razonables que se requieran para determinar si el paciente reúne los requisitos para la asistencia financiera. El paciente o su representante debe comunicarse con la Business Office (Oficina Comercial) del hospital o con el asesor financiero del paciente si su intención es solicitar la asistencia financiera. La Business Office (Oficina Comercial) del hospital no ejercerá acciones de cobro externas (outside collection efforts, ECA) durante los primeros 120 días posteriores a la primera factura. Durante el plazo de 120 a 240 días después de la primera factura emitida al paciente, la Business Office (Oficina Comercial) suspenderá las acciones de cobro externas si recibe una solicitud de asistencia financiera. Si se recibe una solicitud para la que se requiere información adicional, el solicitante tendrá 30 días para complementar su solicitud antes de que se reanuden las actividades de cobro. Si la agencia de cobro determina que un paciente es elegible, la cuenta del paciente puede seguir siendo considerada para la asistencia financiera. La agencia de cobro avisará a la Business Office (Oficina Comercial) de USA y, tras la aprobación de esta oficina, se suspenderá la actividad de cobro sobre estas cuentas hasta que los asesores financieros de los hospitales de USA Health hayan revisado la cuenta del paciente. Si se ajusta todo el saldo de cuenta, se devolverá la cuenta a los hospitales de USA. Si se produce un ajuste parcial, el paciente no coopera con el proceso de asistencia financiera o si el paciente no es elegible para la asistencia financiera, se podrán reanudar las actividades de cobro.

L. **Exclusiones:**

1. Tenga en cuenta lo siguiente: la asistencia financiera que se ofrece en virtud de este programa no aplica para los honorarios de médicos u otros profesionales externos a grupos de médicos de USA Health a los que se haya emitido una factura aparte de las tarifas del hospital y que no tengan contratos laborales con USA Health.
2. Si un paciente participa en determinados planes de seguro que USA Health considera que están “fuera de la red”, USA Health podrá reducir o denegar la asistencia financiera que estuviera disponible de otra manera para el paciente en función de una revisión de la información del seguro del paciente y de otros hechos y circunstancias del paciente.