


| | | | |
|--|--|---------------------------|-------------|
|  | Johns Hopkins Medicine Finance Manual General de Políticas de Asistencia Financiera | Número de política | PFS035 |
| | | Fecha de entrada en vigor | 01/Oct/2021 |
| | | Fecha de aprobación | N/A |
| | Asunto | Página | 1 de 9 |
| | Asistencia financiera | Sustituye a Fecha | 01/Feb/2020 |

Este documento se aplica a las siguientes organizaciones participantes:

| | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Johns Hopkins All Children's Health System | Howard County General Hospital | Johns Hopkins Bayview Medical Center |
| Johns Hopkins Community Physicians | Johns Hopkins Surgery Centers Series | The Johns Hopkins Hospital |
| Johns Hopkins University School of Medicine | Sibley Memorial Hospital | Suburban Hospital |

Palabras clave: asistencia, factura, deuda, finanzas, médicas

| Tabla de contenido | Número de página |
|--|---------------------------------------|
| I. PROPÓSITO | 1 |
| II. POLÍTICA | 1 |
| III. PROCEDIMIENTOS | 2 |
| IV. DEFINICIONES | 7 |
| V. REFERENCIA | 8 |
| VI. PATROCINADOR | 9 |
| VII. CICLO DE REVISIÓN | 9 |
| VIII. APROBACIÓN | 9 |
| Apéndice A: DISPOSICIONES DE ASISTENCIA FINANCIERA DE SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (UNICAMENTE) ADAPTADAS ESPECÍFICAMENTE A LOS REGLAMENTOS DE DC | Haga clic aquí |
| Apéndice B: Solicitud de Asistencia Financiera | Haga clic aquí |
| Apéndice C: DISPOSICIONES DE ASISTENCIA FINANCIERA DE JOHNS HOPKINS ALL CHILDREN'S HOSPITAL | Haga clic aquí |

I. PROPÓSITO

Johns Hopkins Medicine se compromete a prestar asistencia financiera a pacientes que tienen necesidades de atención de salud pero no tienen una póliza de seguro, su seguro es insuficiente, no son elegibles para un programa gubernamental o, de cualquier modo, no pueden pagar la atención de salud médicamente necesaria por causa de su situación financiera personal.

II. POLÍTICA


Esta política contiene y describe los criterios, el proceso y las directrices que se aplicarán al momento de determinar la elegibilidad de un paciente para obtener Asistencia financiera y explica al paciente cómo realizar el proceso de solicitud correspondiente. Esta política rige la provisión de Asistencia financiera para pacientes que no están asegurados, no tienen una póliza de seguro suficiente, no son elegibles para un programa gubernamental o, de cualquier modo, no pueden pagar la atención médicamente necesaria por causa de su situación financiera personal.

El Sibley Memorial Hospital se encuentra en el Distrito de Columbia. El Apéndice A de esta política establece disposiciones adicionales concernientes a la Atención no compensada exigida por los reglamentos y las leyes del Distrito de Columbia, las cuales se aplican al Sibley Memorial Hospital. El Apéndice A solo se aplica al Sibley Memorial Hospital. Si existe una contradicción entre el Apéndice A y esta política en relación con la asistencia financiera y la atención de salud no compensada en el Sibley Memorial Hospital, se aplicarán las disposiciones del Apéndice A.

Johns Hopkins All Children's Hospital se encuentra en Florida. El Apéndice C de esta política establece disposiciones adicionales concernientes al Estatuto 395.301, F.S. de Florida referente a la política de asistencia financiera para pacientes o futuros pacientes y explica la metodología para determinar los montos generalmente facturados (AGB, en inglés) y los descuentos relacionados otorgados teniendo en cuenta la aprobación de la solicitud. Si existe una contradicción entre el Apéndice C y esta política en relación con la asistencia financiera y la atención de salud no compensada en Johns Hopkins All Children's Health System, se aplicarán las disposiciones del Apéndice C.

En consecuencia, esta política por escrito:

- Incluye criterios de elegibilidad para la asistencia financiera: atención de salud gratuita y con descuento (asistencia parcial)
- Describe la base para calcular los montos cobrados a los pacientes elegibles para asistencia financiera en el marco de esta política
- Describe el método mediante el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera
- Describe cómo el hospital dará a conocer ampliamente la política dentro de la comunidad atendida por el hospital

| | | | | |
|---|--|----------------------------------|--------------------------|-------------|
|  | Johns Hopkins Medicine Finance Manual General de Políticas de Asistencia Financiera | <i>Número de política</i> | PFS035 | |
| | | <i>Fecha de entrada en vigor</i> | 01/Oct/2021 | |
| | | <i>Fecha de aprobación</i> | N/A | |
| | <i>Asunto</i> | Asistencia financiera | <i>Página</i> | 2 de 9 |
| | | | <i>Sustituye a Fecha</i> | 01/Feb/2020 |

- Limita los montos que el hospital cobrará por la Atención de emergencias u otros cuidados médicamente necesarios proporcionados a las personas elegibles para asistencia financiera a los montos generalmente facturados (cobrados por) el hospital para pacientes con pólizas comerciales o Medicare.

AVISO SOBRE LOS MÉDICOS QUE PROVEEN ATENCIÓN MÉDICA CONFORME A ESTAS POLÍTICAS

Publicada en cada sitio web del hospital está una lista completa de los médicos que proveen atención de emergencia y médicamente necesaria, tal como se define en esta política en JHH, JHBMC, HCGH, SH y SMH. La lista indica si un médico o Consultorio Médico está sujeto a esta política. Si el médico no está sujeto a esta política, los pacientes deben comunicarse con el consultorio del médico para determinar si el médico ofrece asistencia financiera y, si es así, que beneficios ofrece la política de asistencia financiera del médico. Los médicos que son empleados de The Johns Hopkins School of Medicine y Johns Hopkins Community Physicians se registrarán por los procedimientos descritos en esta política.

Esta política de Asistencia financiera no se aplica a los pacientes fallecidos para los que se haya abierto, o se deba abrir, una cuenta de patrimonio de difunto en virtud de activos propiedad de un paciente fallecido. Johns Hopkins presentará una reclamación sobre el patrimonio del difunto y dicha reclamación estará sujeta a la administración patrimonial y a las leyes de Patrimonio y Fideicomiso aplicables.

Las medidas judiciales que los hospitales Johns Hopkins pueden tomar en caso de impago se describen en una política de facturación y cobros por separado (PFS046). Para obtener una copia gratuita de esta política, comuníquese con servicio al cliente al 1-855-662-3017 (llamada gratuita) o envíe un correo electrónico a: pfscs@jhmi.edu o visite a un asesor financiero en cualquier hospital Johns Hopkins.

Las Solicitudes de Asistencia financiera y de Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas pueden ofrecerse a pacientes cuyas cuentas estén en una agencia de cobro y se aplicarán solo a aquellas cuentas para las que no se haya emitido una determinación, siempre y cuando se cumplan otros requisitos. La Revisión para la Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas incluirá una revisión de los gastos y obligaciones médicas existentes del paciente (incluyendo las cuentas que hayan sido calificadas como incobrables) y cualquier gasto médico proyectado.


III. PROCEDIMIENTOS

A. Servicios elegibles en el marco de esta Política


1. La Asistencia financiera solo es aplicable a la atención médicamente necesaria según se define en esta política. La Asistencia financiera es no aplicable a elementos de comodidad, alojamiento en habitaciones privadas o cirugía estética no esencial. En el caso de que se plantee la pregunta de si una orden de admisión es una "Admisión electiva" o una "Admisión médicamente necesaria", se consultará al médico de admisión del paciente y el asunto también será planteado al asesor médico designado por el Hospital.

B. Elegibilidad para la asistencia financiera

1. Se considerará la elegibilidad para la Asistencia financiera para aquellas personas que no estén aseguradas, su seguro sea insuficiente, sean no elegibles para los programas de beneficios de atención de salud del gobierno y no puedan pagar su atención, sobre la base de una determinación de necesidad financiera, de conformidad con esta Política. La concesión de la asistencia se basará en una determinación individualizada de la necesidad financiera y no tendrá en cuenta la edad, el sexo, la raza o ascendencia ni el estatus social o de ciudadanía, la orientación sexual, identidad de género, información genética, afiliación religiosa o discapacidades de la persona. La necesidad financiera se determinará de acuerdo con los procedimientos que impliquen una evaluación individual de la necesidad financiera y pueden:
 - a. Incluir un proceso de solicitud, en el que el paciente o el garante del paciente está obligado a cooperar y a suministrar la información personal, financiera y de otro tipo, así como la documentación pertinente para que la institución pueda emitir una determinación sobre la necesidad financiera de la persona
 - b. Incluir el uso de fuentes de datos externas públicamente disponibles que aporten información sobre la capacidad de pago de un paciente o del garante de un paciente (como las puntuaciones de crédito)
 - c. Incluir esfuerzos razonables por parte de JHM para explorar fuentes de pago alternas adecuadas y cobertura de programas de pago públicos y privados y ayudar a los pacientes al pedir ayuda a dichos programas


| | | | |
|--|--|---------------------------|-------------|
|  | Johns Hopkins Medicine Finance Manual General de Políticas de Asistencia Financiera | Número de política | PFS035 |
| | | Fecha de entrada en vigor | 01/Oct/2021 |
| | | Fecha de aprobación | N/A |
| | Asunto | Página | 3 de 9 |
| | Asistencia financiera | Sustituye a Fecha | 01/Feb/2020 |

- d. Tener en cuenta los activos disponibles del paciente y todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, además de incluir una revisión de los saldos de cualquier cuenta pendiente del paciente por servicios previamente prestados y el historial de pago del paciente
- C. Método mediante el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera
1. Se prefiere, pero no se exige, la presentación de una solicitud de asistencia financiera, junto con la correspondiente determinación de necesidad financiera, antes de que se preste la atención de salud médicamente necesaria. Una copia de la solicitud en está disponible en la Internet, en https://www.hopkinsmedicine.org/patient_care/billing-insurance/assistance-services/. Se enviará una copia impresa, si la solicita, llamando al número gratuito 1-855-662-3017 o 443-997-3370. Sin embargo, una determinación de elegibilidad podrá emitirse en cualquier momento del ciclo de cobranza. La necesidad de asistencia financiera se evaluará nuevamente en cada ocasión posterior de prestación de servicios, si la última evaluación financiera fue realizada más de un año antes, o si en cualquier momento llega a conocerse información adicional pertinente que permita determinar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia.
- D. Determinación de la elegibilidad para la asistencia financiera
- Se seguirá el siguiente proceso de dos pasos cuando un paciente o el representante de un paciente solicite Asistencia financiera, Asistencia médica o ambas:
1. Paso uno: Determinación de la elegibilidad probable
- a. En el lapso de los dos días hábiles siguientes a la solicitud inicial de Asistencia financiera, la solicitud de Asistencia médica, o ambas, los hospitales: (1) emitirán una determinación de elegibilidad probable y (2) comunicarán dicha determinación al paciente y/o al representante del paciente. Para determinar la elegibilidad probable, el paciente o su representante debe aportar información sobre el tamaño de la familia y las pólizas de seguro y los ingresos de la familia. La determinación de elegibilidad probable se hará únicamente apoyándose en esta información. No se solicitará ni exigirá ningún formulario de solicitud, verificación o documentación de elegibilidad para la determinación de la elegibilidad probable.
2. Paso dos: Determinación final de elegibilidad
- a. Después de una determinación de elegibilidad probable, los hospitales harán una determinación final de elegibilidad para Asistencia financiera basándose en los ingresos, el tamaño de la familia y los recursos que esta tiene a su disposición. Es necesario que se hayan agotado todos los beneficios de seguro. Al preparar la determinación final de elegibilidad, se evaluarán todos los recursos financieros disponibles. Esto incluye recursos de otras personas y entidades que sean legalmente responsables por el paciente. A los efectos de esta política, las siguientes partes interesadas se considerarán Garantes. Para determinar su elegibilidad, a los pacientes con una visa de viaje activa se les podrá solicitar información adicional sobre su residencia y recursos financieros disponibles.
- b. Salvo que se disponga de otra manera en esta política, el paciente debe completar lo siguiente: (a) la Solicitud de Asistencia financiera Uniforme de Maryland, (b) el Cuestionario del Perfil del Paciente de JHHS. El paciente también deberá dar un Aviso de Determinación de Asistencia Médica (si corresponde), pruebas razonables de otros gastos declarados, documentación de respaldo y, si está desempleado, una prueba razonable de desempleo, como una declaración de la Oficina de seguro por desempleo o una declaración de la fuente actual de apoyo financiero.
- c. El paciente/garante deberá indicar todas las fuentes de ingresos mensuales y anuales (teniendo en cuenta los incrementos y/o disminuciones temporales en los ingresos, como p. ej. el empleo estacional) del paciente/garante. Además, debe presentar información actual sobre ingresos y gastos de su negocio. Si no están disponibles los ingresos y gastos corrientes, debe presentar la declaración de impuestos 1040 del año anterior y el Anexo C. Ejemplos de fuentes de ingresos:
- | | |
|--|--|
| i. Ingresos por salarios | v. Pensión alimenticia |
| ii. Beneficios de jubilación/pensiones | vi. Manutención de niños |
| iii. Ingresos o beneficios de empleo por cuenta propia | vii. Asignaciones para familiares de militares |
| iv. Pensión | viii. Asistencia pública |

| | | | | |
|---|--|----------------------------------|--------------------------|-------------|
|  | Johns Hopkins Medicine Finance Manual General de Políticas de Asistencia Financiera | <i>Número de política</i> | PFS035 | |
| | | <i>Fecha de entrada en vigor</i> | 01/Oct/2021 | |
| | | <i>Fecha de aprobación</i> | N/A | |
| | <i>Asunto</i> | Asistencia financiera | <i>Página</i> | 4 de 9 |
| | | | <i>Sustituye a Fecha</i> | 01/Feb/2020 |

- ix. Seguridad social
- x. Beneficios de huelga
- xi. Compensación por desempleo
- xii. Compensación de trabajadores
- xiii. Beneficios para veteranos de guerra
- xiv. Otras fuentes, como ingresos y dividendos, intereses o ingresos provenientes de propiedades en alquiler.
- d. Un solicitante que pueda calificar para la cobertura de seguro a través de un Plan de salud calificado o que pueda calificar para Asistencia médica deberá solicitar un Plan de salud calificado o Asistencia médica y cooperar plenamente, a menos que el representante financiero pueda determinar fácilmente que el paciente no cumpliría con los requisitos de elegibilidad. Mientras la solicitud de Asistencia médica de un paciente esté pendiente, se considerará provisionalmente que el paciente está amparado por la Asistencia Médica y no se le exigirá que llene la Solicitud de Asistencia Financiera Uniforme de Maryland. Si se rechaza la solicitud de Asistencia médica, el paciente deberá llenar la Solicitud de Asistencia financiera Uniforme de Maryland.
- e. JHM utilizará una determinación de elegibilidad basándose en los ingresos del hogar y en las más recientes Directrices Federales de Pobreza al determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.
 - i. Los pacientes serán elegibles para recibir Asistencia financiera si el nivel máximo de ingresos de su familia (esposo y esposa, parejas casadas del mismo sexo) (según lo definido por las regulaciones de Medicaid) no excede el estándar de ingresos por nivel (relacionado con las Directrices federales de pobreza) y no poseen Activos Líquidos que excedan \$10.000, que estarían disponibles para satisfacer sus facturas del JHM.
 - ii. Las Directrices Federales de Pobreza (FPL) son actualizadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
 - iii. Si el ingreso familiar del paciente es de, o está por debajo de, la cantidad indicada a continuación, la asistencia financiera será concedida en forma de atención de salud gratuita (un ajuste del 100%) o atención de salud con un ajuste a costo reducido (35%-75%) para saldar las cuentas del JHM. Los ajustes se realizarán de la siguiente manera:
 - Ingresos del hogar hasta el 200% del FPL (ajuste de 100%)
 - Ingresos del hogar entre 201% y 250% de FPL (ajuste de 75%)
 - Ingresos del hogar entre 251% y 300% de FPL (ajuste de 50%)
 - Ingresos del hogar entre 301% y 400% de FPL (ajuste de 35%)
- f. A los pacientes que ya han calificado para asistencia financiera para ser atendidos por uno de los proveedores enumerados en esta política no se les exigirá volver a presentar la solicitud y se considerarán elegibles.
- g. El paciente/garante será informado por escrito sobre la determinación final de elegibilidad para la Asistencia financiera, junto con una breve explicación; asimismo, el paciente/garante será informado sobre su derecho a apelar cualquier decisión final de elegibilidad con respecto a la asistencia financiera. Está disponible la Unidad de Educación y Defensa de la Salud de la Administración de Seguros de Maryland para ayudar al paciente/garante o al representante autorizado del paciente a presentar una apelación y servir como mediador en la misma. La carta de determinación contendrá la dirección, el número de teléfono, el número de fax, la dirección de correo electrónico, la dirección postal y el sitio web de la Dependencia de Educación y Promoción de la Salud (Health Education and Advocacy Unit).
- h. Toda la información suministrada por los pacientes y familiares se tratará como confidencial. A los pacientes se les garantizará la confidencialidad de su información, tanto en las comunicaciones por escrito, como en las verbales.
- i. Una vez que se apruebe a un paciente, la cobertura de Asistencia financiera será efectiva para el mes de la determinación y los siguientes seis (6) meses calendario.

- j. Una vez que un paciente haya sido aprobado, si quedara algún saldo pendiente después que se aplique la asignación de asistencia financiera, a dicho paciente se le propondrá un plan de pago. 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 calendario de pagos.
- k. Un departamento que tenga programas que funcionen con subvenciones u otra autoridad externa (por ejemplo, Psiquiatría) podrán continuar utilizando un proceso de solicitud patrocinado por el gobierno y una escala de ingresos asociada a fin de determinar la elegibilidad para servicios específicos.
- l. Los pacientes que indiquen que están desempleados y no tengan cobertura de seguro deberán presentar una Solicitud de asistencia financiera, a menos que cumplan con los criterios de presunción de elegibilidad para asistencia financiera. Si el paciente califica para la cobertura COBRA, la capacidad financiera del paciente para pagar las primas del seguro COBRA será

| | | | | |
|---|--|----------------------------------|--------------------------|-------------|
|  | Johns Hopkins Medicine Finance Manual General de Políticas de Asistencia Financiera | <i>Número de política</i> | PFS035 | |
| | | <i>Fecha de entrada en vigor</i> | 01/Oct/2021 | |
| | | <i>Fecha de aprobación</i> | N/A | |
| | <i>Asunto</i> | Asistencia financiera | <i>Página</i> | 5 de 9 |
| | | | <i>Sustituye a Fecha</i> | 01/Feb/2020 |


revisada por el Asesor Financiero y se harán recomendaciones al Comité de Evaluación de Asistencia financiera. Se exhortará a las personas con capacidad financiera para que adquieran un seguro de salud, como un recurso para garantizar el acceso a los servicios de atención de la salud y para su salud personal en general.

- m. Los pacientes que tengan la cobertura de un Plan de Salud Calificado y soliciten ayuda para cubrir los gastos de su propio bolsillo (copagos y deducibles) para pagar los costos médicos de la atención médicamente necesaria deberán presentar una Solicitud de Asistencia financiera.
- n. Si se ha asignado una cuenta de paciente a una agencia de cobro y el paciente o garante solicita la Asistencia financiera o parece calificar para la asistencia financiera, la agencia de cobro notificará a la Gerencia de Ciclo de Ingresos y dará al paciente/garante una solicitud de asistencia financiera con instrucciones para que devuelva la solicitud completa a la Gerencia de Ciclo de Ingresos para su revisión y determinación y pondrá la cuenta en espera durante 45 días, en espera de instrucciones adicionales.
- o. Los servicios prestados a pacientes registrados como dispuestos a Pago voluntario por cuenta propia (que opten por prescindir de cobertura de seguro, o facturación a seguros) no califican para la Asistencia financiera.
- p. El vicepresidente de la Gerencia de Ciclo de Ingresos o su personal designado podrá hacer excepciones de conformidad con las circunstancias particulares de cada caso

E. Presunción de elegibilidad para asistencia financiera

1. Se parte del supuesto de que algunos de los pacientes son elegibles para asistencia financiera en la modalidad de descuentos, para los que se tomarán en cuenta las circunstancias de vida particulares de cada paciente. Los pacientes que sean beneficiarios/receptores de los siguientes programas de servicios sociales sujetos a comprobación de recursos serán considerados elegibles para la atención de salud gratuita, una vez que se llene una solicitud de asistencia financiera y se consigne una prueba de inscripción en un lapso de 30 días (se permiten 30 días adicionales si se solicitan):
 - a. Hogares con niños en el programa de almuerzo gratuito o de costo reducido
 - b. Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
 - c. Programa de Asistencia para el pago de servicios públicos de energía para hogares de bajos ingresos
 - d. Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
 - e. Otros programas de servicios sociales sujetos a comprobación de recursos que el Departamento de Salud e Higiene Mental (DHMH) y la Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud (HSCRC) consideren elegibles para políticas de atención gratuita, de acuerdo con la reglamentación del HSCRC COMAR 10.37.10.26
2. Se concederá la presunción de elegibilidad para la asistencia financiera en las siguientes circunstancias, sin necesidad de llenar una solicitud de asistencia financiera, pero con prueba o verificación de la situación descrita:
 - a. Un paciente con cobertura de Farmacia de Asistencia Médica Activa;
 - b. Cobertura QMB/Cobertura SLMB
 - c. Pacientes con Petición de Servicios de Emergencia del Sistema de Salud Pública de Maryland
 - d. Un paciente que haya fallecido sin que se hayan presentado diligencias de herencia
 - e. Un paciente que se considere como persona sin hogar
 - f. Un paciente que presente una escala de tarifas móviles o la aprobación de asistencia financiera de un centro de salud, un Departamento de salud de una ciudad o condado que esté federalmente calificado
 - g. Pacientes con Asistencia Médica y de Medicaid Managed Care para servicios prestados en Salas de emergencia que excedan la cobertura de estos programas
 - h. Madres del Departamento de Salud: para visitas ambulatorias que no sean de emergencia no cubiertas por Asistencia Médica
 - i. Inscritos activos del Chase Brexton Health Center
 - j. Inscritos activos del Programa Healthy Howard


- k. Un paciente con una remisión a SH desde un programa local (Catholic Charities, Mobile Med, Inc., Montgomery County Cancer Crusade, Montgomery Cares, Primary Care Coalition, Project Access y Proyecto Salud) que haya convenido una alianza con SH para permitir el acceso a la atención de pacientes internos y externos de bajos ingresos que no tengan seguro médico.
3. La presunción de elegibilidad para la asistencia financiera sólo se concede para los servicios actuales y las cuentas pasadas, no se extiende a los servicios futuros.

| | | | |
|--|---|---------------------------|-------------|
|  <p>FINANCE</p> <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p> | <p>Johns Hopkins Medicine Finance Manual</p> <p>General de Políticas de Asistencia Financiera</p> | Número de política | PFS035 |
| | | Fecha de entrada en vigor | 01/Oct/2021 |
| | | Fecha de aprobación | N/A |
| | Asunto | Página | 6 de 9 |
| | Asistencia financiera | Sustituye a Fecha | 01/Feb/2020 |

4. JHM utilizará una determinación de elegibilidad basándose en los ingresos del hogar y en las más recientes Directrices Federales de Pobreza al determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.
 - a. Las Directrices Federales de Pobreza (FPL) son actualizadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
 - b. Si el ingreso familiar del paciente es de, o está por debajo de, la cantidad indicada a continuación, la asistencia financiera será concedida en forma de atención de salud gratuita (un ajuste del 100%) o atención de salud con un ajuste a costo reducido (35%-75%) para saldar las cuentas del JHM. Los ajustes se realizarán de la siguiente manera:
 - i. Ingresos del hogar hasta el 200% del FPL (ajuste de 100%)
 - ii. Ingresos del hogar entre 201% y 250% de FPL (ajuste de 75%)
 - iii. Ingresos del hogar entre 251% y 300% de FPL (ajuste de 50%)
 - iv. Ingresos del hogar entre 301% y 400% de FPL (ajuste de 35%)
- F. Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas
1. La consideración de la Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas pudiera estar disponible para aquellos pacientes que, aunque sean elegibles para Asistencia financiera, se ha considerado que atraviesan dificultades para pagar facturas médicas. JHM proporcionará Atención médicamente necesaria de costo reducido a aquellos pacientes con ingresos familiares superiores al 400% del FPL, pero por debajo del 500% de dicha escala de Nivel Federal de Pobreza.
 2. Una dificultad financiera para pagar facturas médicas significa una deuda médica por atención de salud médicamente necesaria que haya contraído una familia durante un período de 12 meses a 2 años tal, que exceda el 25% de los ingresos familiares. La Deuda Médica se define como los gastos de bolsillo para cubrir los costos médicos de la Atención Médicamente Necesaria facturados por un hospital de Johns Hopkins, así como por la atención prestada por los proveedores de Johns Hopkins; los gastos de bolsillo mencionados anteriormente no incluyen copagos, coseguros y deducibles, a menos que el paciente esté por debajo del 200% en la escala de las Directrices Federales de Pobreza. Los pacientes con ingresos familiares de hasta el 500% de FPL y con dificultades financieras recibirán un ajuste del 25%.
 3. Factores considerados en la concesión de Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas:
 - a. Deuda médica contraída durante los doce (12) meses anteriores a la fecha de la Solicitud de Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas en el centro de tratamiento de Hopkins donde se presentó la solicitud
 - b. Activos líquidos (dejando un residuo de \$10,000)
 - c. Ingresos del hogar durante los doce (12) meses calendario anteriores a la fecha de la Solicitud de Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas
 - d. Documentación de respaldo.
 4. Una vez que a un paciente se le apruebe la Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas, la cobertura de la Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas será efectiva a partir del mes del primer servicio calificado y los siguientes doce (12) meses calendario. 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 de salud médicamente necesaria de costo reducido cuando procuren atención de salud posterior en los hospitales Johns Hopkins en el marco de esta política durante doce (12) meses calendario contados a partir de la fecha en que inicialmente hayan recibido Atención médicamente necesaria de costo reducido. La cobertura no se aplicará a las Admisiones electivas ni a los 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 su elegibilidad para la atención de salud médicamente necesaria de costo reducido al registrarse o ser admitido(a).
 5. Si al paciente se le aprueba una asignación porcentual debido a dificultades financieras para pagar facturas médicas, se recomienda que el paciente haga un pago de buena fe al comienzo del período de Asistencia financiera por

dificultades para pagar facturas médicas. A petición de un paciente que no esté asegurado y cuyo nivel de ingresos esté dentro de las directrices de ingresos por dificultades financieras para pagar facturas médicas, JHHS propondrá al paciente un plan de pago.

6. Cualquier plan de pago 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 calendario de pagos.
7. Para aquellos pacientes que sean elegibles para atención de salud con costos reducidos en el marco de los criterios de la Asistencia financiera y también califiquen para las Pautas de Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas, JHM aplicará la reducción en los montos por cobrar que sea más favorable para el paciente.

| | | | |
|--|--|---------------------------|-------------|
|  | Johns Hopkins Medicine Finance Manual General de Políticas de Asistencia Financiera | Número de política | PFS035 |
| | | Fecha de entrada en vigor | 01/Oct/2021 |
| | | Fecha de aprobación | N/A |
| | Asunto | Asistencia financiera | Página |
| | | Sustituye a Fecha | 01/Feb/2020 |

G. Aviso de la Política de Asistencia financiera, Educación del Paciente, Comunicación y Extensión

1. A cada persona que acuda al hospital para recibir servicios se le dará un aviso personalizado sobre la política de asistencia financiera del hospital al momento de la preadmisión o al momento de la admisión. JHM abordará con el paciente o la familia del paciente cualquier inquietud financiera que pueda tener.
2. Los hospitales Johns Hopkins difundirán información sobre su política de Asistencia financiera anualmente mediante la publicación de un aviso sobre esta política en un periódico de circulación general en las jurisdicciones a las que sirve, con un formato que sea comprensible para las poblaciones del área de servicio.
3. El Aviso a los Pacientes sobre la Disponibilidad de Asistencia Financiera se publicará en las oficinas de registro de pacientes, las oficinas de admisión/comerciales, oficinas de facturación y en el departamento de emergencias de cada centro. El aviso se publicará en cada sitio web del hospital, se mencionará durante las comunicaciones orales y se enviará a los pacientes en las facturas del paciente. Se publicará una copia de la política de Asistencia financiera en el sitio web de cada centro y se entregará a cualquier persona que la solicite.
4. También se proporcionará un aviso individual sobre la disponibilidad de asistencia financiera en virtud de esta política a los pacientes obstétricos que procuren servicios en los hospitales en el marco de esta política, cuando se realicen iniciativas de divulgación comunitaria, servicios prenatales, la preadmisión o la admisión.
5. Se proporcionará una Hoja de Información de facturación y asistencia financiera a los pacientes antes de que el paciente reciba servicios médicos programados en un hospital, antes del alta, junto con la factura del hospital y estará disponible para todos los pacientes previa solicitud.
6. Se ha publicado un Resumen en lenguaje sencillo de esta política en el sitio web de JHM, el cual estará disponible para todos los pacientes.

H. Descubrimiento tardío de elegibilidad


1. Si los hospitales descubren que el paciente era elegible para recibir atención de salud gratuita en una fecha específica de servicio (aplicando las normas de elegibilidad aplicables para esa fecha de servicio) y esa fecha específica está dentro de un período de descubrimiento de dos (2) años, al paciente se le reembolsarán los montos que haya pagado el paciente/garante que excedan de veinticinco dólares (\$25).
2. Si la documentación del hospital demuestra falta de cooperación del paciente o garante en el suministro de información para determinar la elegibilidad para la atención de salud gratuita, el período de dos (2) años previsto en el presente documento podrá reducirse a treinta (30) días contados desde la fecha de solicitud inicial de información.
3. Si el paciente está inscrito en un plan gubernamental de atención médica sujeto a comprobación de recursos que exija que el paciente haga pagos de su bolsillo para pagar servicios hospitalarios, entonces no se le devolverá al paciente ni al garante monto alguno que pueda ocasionar que el paciente pierda su elegibilidad financiera para cobertura de salud.

IV. DEFINICIONES

Para los fines de esta política, los siguientes términos se definen de la siguiente manera:

| | |
|--------------|--|
| Deuda médica | La deuda médica se define como gastos del propio bolsillo para pagar costos médicos ocasionados por la atención médica necesaria facturada por un hospital Johns Hopkins o un proveedor de Johns Hopkins cubierto por esta política. Los gastos de bolsillo no incluyen copagos, coseguros ni deducibles. La Deuda médica no incluye las facturas del hospital ni las facturas médicas para las cuales el paciente haya elegido ser registrado como dispuesto a Pago por cuenta voluntaria (que opta por no recibir la cobertura del seguro o facturación al seguro) |
|--------------|--|

| | |
|------------------|---|
| Activos líquidos | <p>Efectivo, valores, pagarés, acciones, bonos, bonos de ahorro de EE. UU., cuentas corrientes, cuentas de ahorro, fondos mutuos, certificados de depósito, pólizas de seguro de vida con valor de rescate en efectivo, cuentas por cobrar, beneficios de pensión u otros bienes inmediatamente convertibles en efectivo. Un refugio seguro de \$150,000 en participación en la residencia principal del paciente <u>no se considerará</u> un activo convertible en efectivo. Un vehículo automotor utilizado para las necesidades de transporte del paciente o de cualquier miembro de la familia del paciente no se considerará un activo convertible en efectivo. El patrimonio neto de cualquier otro inmueble estará sujeto a liquidación. Los activos líquidos no incluyen los activos de jubilación a los que el Servicio de Rentas Internas haya concedido un tratamiento fiscal preferente como cuenta de jubilación lo que incluye, sin limitación, los planes de compensación diferida calificados según el Código de Rentas Internas o los planes de compensación diferida no calificados. Los recursos que se excluyan al determinar la elegibilidad financiera del Programa de Asistencia Médica en virtud de la Ley de la Seguridad Social no se considerarán activos convertibles en efectivo. Los fondos de educación superior prepagados en la cuenta del Programa 529 de Maryland no se considerarán un activo convertible en efectivo. Los activos monetarios excluidos de la determinación de los activos líquidos se ajustarán anualmente en función de la inflación de acuerdo con el índice de precios al consumidor.</p> |
|------------------|---|



| | | | |
|---|--|---------------------------|-------------|
|  | Johns Hopkins Medicine Finance Manual General de Políticas de Asistencia Financiera | Número de política | PFS035 |
| | | Fecha de entrada en vigor | 01/Oct/2021 |
| | | Fecha de aprobación | N/A |
| | <u>Asunto</u> Asistencia financiera | Página | 8 de 9 |
| | | Sustituye a Fecha | 01/Feb/2020 |

| | |
|------------------------------------|---|
| Admisión electiva | Admisión hospitalaria destinada al tratamiento de una afección médica que no se considere una Afección médica de emergencia. |
| Familia inmediata | Si el paciente es menor de edad, el familiar inmediato se define como la madre, el padre, los hermanos menores solteros, naturales o adoptados, que residan en el mismo hogar. Si el paciente es un adulto, el miembro de la familia inmediata se define como el cónyuge o los hijos menores solteros naturales o adoptados que residan en el mismo hogar. |
| Condición médica de emergencia | Condición médica que se manifieste en forma de síntomas agudos de suficiente gravedad tales, que puedan implicar un dolor intenso, u otros síntomas agudos tales, que razonablemente se pueda esperar que, en ausencia de atención médica inmediata, provoque cualquiera de los siguientes resultados: <ol style="list-style-type: none"> 1. Peligro grave para la salud de un paciente; 2. Deterioro grave de cualquier función corporal; 3. Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. 4. Con respecto a una mujer embarazada: <ol style="list-style-type: none"> a. Que no haya tiempo suficiente para efectuar una transferencia segura a otro hospital antes del parto. b. Que una transferencia pueda suponer una amenaza para la salud y la seguridad del paciente o del feto. c. Que haya evidencia del inicio y persistencia de contracciones uterinas o ruptura de las membranas. |
| Servicios y atención de emergencia | Exámenes médicos exploratorios, exámenes y evaluaciones por parte de un médico o, en la medida en que lo permita la ley aplicable, por otro personal idóneo bajo la supervisión de un médico, para determinar si existe una afección médica de emergencia y, en caso afirmativo, la atención, tratamiento o cirugía por parte de un médico tal, que sea necesaria para mitigar o eliminar la afección médica de emergencia, dentro de las posibilidades de servicio del hospital. |
| Atención médicamente necesaria | Tratamiento médico necesario para tratar una afección médica de emergencia. Para los propósitos de esta póliza, la atención médicamente necesaria no incluye los procedimientos electivos o cosméticos. |
| Admisión médicamente necesaria | Admisión hospitalaria para el tratamiento de una condición médica de emergencia. |
| Ingresos del hogar | Sueldos, salarios, ganancias, propinas, intereses, dividendos, distribuciones corporativas, ingresos por rentas, ingresos por jubilación/pensión, beneficios del Seguro Social y otros ingresos del paciente o de su garante definidos por el Servicio de Rentas Internas, para todos los miembros de la Familia Inmediata que residan en el hogar. El tamaño de la familia se utilizará para determinar los ingresos familiares del paciente. |
| Tamaño del grupo familiar | El tamaño del hogar que está compuesto por el paciente y, como mínimo, las siguientes personas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Un cónyuge, independientemente de si el paciente y el cónyuge esperan presentar una declaración de impuestos federal o estatal conjunta Hijos biológicos, hijos adoptivos o hijastros; y 3. Cualquier persona para la que el paciente reclame una exención personal en una declaración de impuestos federal o estatal. <p>En el caso de un paciente que sea un niño, el tamaño del hogar estará compuesto por el niño y las siguientes personas: 1 Padres biológicos, padres adoptivos o padrastros o tutores legales; 2. 2.</p> |

| | |
|---------------------------|--|
| | Hermanos biológicos, hermanos adoptivos o hermanastros; y 3. Toda persona para quienes los padres o tutores del paciente reclamen una exención personal en una declaración de impuestos federal o estatal. |
| Documentación de respaldo | Talones de pago; W-2s; 1099s; compensación de trabajadores; cartas de adjudicación del Seguro Social o de discapacidad; estados de cuenta bancarios o de corretaje; declaraciones de impuestos; pólizas de seguro de vida; evaluaciones de bienes raíces e informes de oficinas de crédito; explicación de los beneficios para respaldar la deuda médica. |
| Plan de salud calificado | En virtud de la Ley de Atención Asequible, a partir de 2014, un plan de seguros que esté certificado por el Mercado de Seguros de Salud, brinda beneficios de salud esenciales, se rige por los límites establecidos de participación en los costos (como deducibles, copagos y montos máximos de desembolso) y cumple con otros requisitos. Un plan de salud calificado tendrá una certificación por cada Mercado en el que se venda. |

V. REFERENCIA

Manual de Políticas y procedimientos financieros de JHHS

| | | | | |
|--|--|----------------------------------|--------------------------|-------------|
|   | Johns Hopkins Medicine Finance Manual General de Políticas de Asistencia Financiera | <i>Número de política</i> | PFS035 | |
| | | <i>Fecha de entrada en vigor</i> | 01/Oct/2021 | |
| | | <i>Fecha de aprobación</i> | N/A | |
| | <i>Asunto</i> | Asistencia financiera | <i>Página</i> | 9 de 9 |
| | | | <i>Sustituye a Fecha</i> | 01/Feb/2020 |

- Política No. PFS120 - Autoridad de firmas: Servicios financieros para pacientes
- Política No. PFS034 - Pago a plazos
- Política No. PFS046 - Cobros de pago por cuenta propia

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

Código de Regulaciones de Maryland COMAR

10.37.10.26, et seq Código General de Salud de Maryland

19-214, et seq

Directrices Federales de Pobreza (Actualizadas anualmente) en el Registro Federal

VI. PATROCINADOR

- Gestión del ciclo de ingresos VP (JHHS)
- Director, Operaciones de PFS (JHHS)

VII. CICLO DE REVISIÓN

Dos (2) años

VIII. APROBACIÓN

| | |
|--------------------------------|--------------|
| Firma(s) electrónica(s) | Fecha |
|--------------------------------|--------------|