

Categoría:	Política del sistema Administración Pacientes	Fecha de creación:	1/may/1990
Título:	PS 2.17 Asistencia financiera para pacientes	Fecha de entrada en vigor:	12/10/2020
Autorizador(es):	Junta Directiva de CHST, Junta Directiva de OCH, Junta Directiva de CHCO		
Autor:	Pamela Stevens (directora principal de Servicios de Acceso para Pacientes)	Página	1 de 16

## DECLARACIÓN DE LAS POLÍTICAS:

Children's Health System of Texas (Children's Health) reconoce que muchas personas en la comunidad necesitan servicios de salud médicamente necesarios, pero no están aseguradas, su cobertura es insuficiente, no reúnen los requisitos para los programas de salud gubernamentales o, que por algún otro motivo, no cuentan con recursos financieros suficientes para pagar dichos servicios de atención médica. Hasta donde su capacidad financiera lo permita, Children's Health se compromete a prestar los servicios médicamente necesarios tanto para quienes no pueden pagarlos como para quienes sí pueden hacerlo. A fin de administrar los recursos responsablemente y para proporcionar el nivel apropiado de ayuda al mayor número de personas necesitadas, Children's Health adoptó las siguientes pautas para la prestación de **tratamiento de beneficencia** (tal como se define a continuación) y el **tratamiento con descuento** (tal como se define a continuación). Por consiguiente, el propósito de estas políticas es describir:

- Los criterios de los requisitos que deben cumplirse, así como el proceso de solicitud, para obtener asistencia financiera de conformidad con estas políticas.
- Las bases para el cálculo de los montos que pagarán los pacientes elegibles para asistencia financiera de conformidad con estas políticas.
- El método por medio del cual los pacientes y sus **familias** (tal como se define a continuación) pueden solicitar asistencia financiera.
- La manera en que Children's Health difundirá estas políticas dentro de la comunidad en la que presta servicios.
- Los límites de los montos que cobrarán los **prestadores de servicios de Children's Health** (tal como se define a continuación) por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que se brinde a las personas elegibles de conformidad con estas políticas.

Estas políticas aplican a todos los **prestadores de servicios de Children's Health** (tal como se define a continuación). Los prestadores de servicio independientes, cuya relación con Children's Health System of Texas existe a través de una membresía de personal médico o de un contrato de servicios, los que no son propiedad o están administrados directa o indirectamente por Children's Health System of Texas no se consideran **prestadores de servicios de Children's Health** y, por lo tanto, no están sujetos a estas políticas.

Categoría:	Políticas del sistema Administrativa Pacientes	Fecha de entrada en vigor:	12/10/2020
Título:	PS 2.17 Ayuda financiera para pacientes	Página	2 de 16

## DEFINICIONES:

**AGB** significa montos facturados generalmente.

**Tratamiento de beneficencia:** Significa asistencia financiera, total o parcial, por el monto de la factura de los servicios brindados por los **prestadores de servicios de Children's Health**.

**Prestadores de servicios de Children's Health:** Se refiere a todos los hospitales, organizaciones de salud sin fines de lucro de conformidad con la sección 162.001(b), y otros prestadores de servicios que pertenecen a Children's Health o están totalmente administrados, directa o indirectamente, por dicha entidad. Los prestadores de servicio independientes, cuya relación con Children's Health funciona a través de una membresía de personal médico o de un contrato de servicios, o que no son propiedad de Children's Health ni están administrados directa o indirectamente por dicha entidad, no pertenecen al grupo de **prestadores de servicios de Children's Health**. A continuación, encontrará una lista completa de los **proveedores de Children's Health**:

- Anesthesiologists For Children (servicios de anestesia)
- Children's Health Andrews Institute for Orthopaedics & Sports Medicine (ortopedia y medicina deportiva)
- Children's Health Imaging (imágenes técnicas)
- Children's Medical Center en Dallas
- Children's Medical Center en Plano
- Complex Care Medical Services Corporation (servicios de atención médica compleja)
- Dallas Physician Medical Services for Children (servicios médicos pediátricos)
- Our Children's House

El término **atención con descuento** se refiere a un monto de asistencia financiera menor al monto total.

**Pareja de hecho:** Se refiere a la pareja, del mismo sexo, del paciente elegible y con quien comparte una relación estable y de duración indefinida que cumple las siguientes características: (1) tienen un compromiso mutuo y exclusivo con el bienestar de cada uno; (2) son financieramente interdependientes al compartir activos y deudas comunes (por ejemplo: propiedad conjunta de la vivienda, cuentas bancarias conjuntas, préstamos conjuntos); (3) no tienen una relación de consanguinidad cercana que pudiera ser causa de prohibición del matrimonio tradicional en el estado en que residen; (4) tienen responsabilidad conjunta del bienestar mutuo, incluyendo los gastos diarios básicos, y (5) no están casados entre sí, ni con otra persona y tampoco tienen otra pareja que cumpla los requisitos anteriores.

Categoría:	Políticas del sistema Administrativa Pacientes	Fecha de entrada en vigor:	12/10/2020
Título:	PS 2.17 Ayuda financiera para pacientes	Página	3 de 16

**EMTALA** Se refiere a la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo.

**Ejecutivo:** Se refiere a la persona a quien el director del área de servicio o el director superior (o un delegado) podría solicitarle que considere una excepción del Comité de Revisión de Beneficencia (CRC). Los **ejecutivos** específicos para cada campus se definen en el anexo 1.

**Familia** Se refiere (a) al paciente (18 años o mayor) y a su cónyuge; a la **pareja de hecho** y los hijos dependientes menores de 26 años, ya sea que vivan o no en la misma casa; y (b) a los pacientes menores de 18 años, el padre o madre del paciente, familiares, cuidadores, hermanastros, cuidador del paciente, que sean menores de 26 años.

**Ingreso familiar** Se refiere a las ganancias anuales y los beneficios en efectivo de todas las fuentes de ingreso de la **familia** antes del pago de impuestos, menos lo que se pague por concepto de pensión alimenticia y manutención infantil. La comprobación de dichas ganancias podría determinarse al anualizar el ingreso de la **familia** en lo que va del año.

**Atención médicamente necesaria** Se refiere a todos los servicios de atención médica que son razonables y necesarios para diagnosticar, prevenir o tratar una afección, lesión o enfermedad en una manera que esté de acuerdo con los estándares de práctica médica generalmente aceptados y clínicamente apropiados en función de tipos, frecuencia, magnitud y duración. Los servicios que no se cubren o no se consideran médicamente necesarios en los programas de Medicare o Medicaid no están incluidos en la **atención médicamente necesaria**. Además, la **atención médicamente necesaria** tampoco incluye los servicios de trasplante o de terapia de células, suplementos, ciertos medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, procedimientos estéticos o electivos, incluso si están cubiertos por los programas de Medicare o Medicaid.

**Extranjero residente calificado:** Se refiere a una persona admitida en Estados Unidos como residente legal y que reúne los requisitos para la compra de un seguro médico a través del mercado de seguros de Estados Unidos. Esto incluye, entre otros, a un residente legal permanente o titular de tarjeta verde; un asilado o refugiado, un extranjero cuya deportación está detenida; alguien procedente de Cuba o Haití o una víctima de tráfico humano. Un visitante que no es inmigrante o un extranjero cuya presencia en los Estados Unidos se basa únicamente en una visa temporal (por ejemplo: visa de estudiante o médica, permisos laborales o de visitante, u otras circunstancias temporales) no se considera **extranjero residente calificado**.

## PROCEDIMIENTO:

Se espera que el paciente y su **familia** cooperen con estas políticas y con cada uno de los procedimientos (de haberlos) del **prestador de servicios de Children's Health** para obtener asistencia financiera u otras formas de pago, y que contribuyan para cubrir el costo de su atención con base a su capacidad individual de pago. El compromiso de Children's Health con

Categoría:	Políticas del sistema Administrativa Pacientes	Fecha de entrada en vigor:	12/10/2020
Título:	PS 2.17 Ayuda financiera para pacientes	Página	4 de 16

estas políticas no sustituye la responsabilidad personal. Se recomienda a las personas, con la capacidad suficiente, que compren un seguro médico para asegurar el acceso a los servicios de atención médica, tanto para su salud general personal, como para la protección de sus activos individuales.

## *Proceso*

### I. Servicios que califican para la asistencia financiera:

- A. Los siguientes servicios de atención médica califican para asistencia financiera:
  1. Servicios de emergencia médica brindados en una sala de urgencias;
  2. **Atención médicamente necesaria** para una afección que, de no ser tratada de inmediato, podría causar un cambio desfavorable en el estado de salud de una persona;
  3. **Atención médicamente necesaria** no electiva provista debido circunstancias de vida o muerte, en un entorno que no es de emergencia; y
  4. El tratamiento continuo para pacientes dializados que cumplen con los criterios de la American Kidney Fund para su programa de pólizas de seguro médico.
    - a. Para determinar si el paciente cumple con los requisitos para este programa, las **familias** deben cooperar con los trabajadores sociales de la insuficiencia renal crónica y con los consejeros financieros, o visitar el [sitio web de American Kidney Fund](#).
- B. Solamente la **atención médicamente necesaria** califica para la obtención de asistencia financiera. Los servicios que no se consideran **atención médicamente necesarios**, según se definió anteriormente, no califican para asistencia financiera.
- C. A pesar del enunciado anterior, la política de los **prestadores de servicios de Children's Health** que también son hospitales, es proporcionar sin discriminación un examen médico de detección y un tratamiento estabilizador, dentro de sus capacidades, para afecciones médicas de emergencia, como se establece en la **EMTALA** (según se definió anteriormente), para todas las personas, sin importar si califica bajo estas políticas (consulte las políticas de la **EMTALA** para obtener más información).

### II. Pacientes elegibles para asistencia financiera:

- A. La elegibilidad para asistencia financiera se basará en una decisión personalizada de la necesidad económica de conformidad con estas políticas, y no se tomará en cuenta la edad, sexo, raza, origen nacional, etnicidad, discapacidad, orientación sexual, estado civil o afiliación religiosa para determinar si la persona califica.
- B. Los pacientes deben ser ciudadanos de los Estados Unidos o **extranjeros legales calificados** (tal como se definió anteriormente) y, además, deben ser residentes

Categoría:	Políticas del sistema Administrativa Pacientes	Fecha de entrada en vigor:	12/10/2020
Título:	PS 2.17 Ayuda financiera para pacientes	Página	5 de 16

- legales de Texas a fin de ser elegibles para asistencia financiera de conformidad con estas políticas.
- C. Una persona es elegible para solicitar su participación en estas políticas si el **ingreso familiar** del paciente (tal como se definió anteriormente) no excede el 400 % de los lineamientos federales de pobreza.
  - D. Los factores considerados para la decisión de la asistencia financiera incluyen:
    1. El ingreso familiar bruto;
    2. El tamaño de la familia;
    3. Los lineamientos federales de pobreza, de acuerdo con las actualizaciones anuales del U.S. Department of Health and Human Services.
  - E. Generalmente, los pacientes que no califican para asistencia financiera tienen:
    1. Cobertura de terceros por parte de alguien que tiene un seguro médico, un plan de servicios de atención médica, Medicare, Medicaid, el Programa de seguro de médico para niños (CHIP) o Children’s Medicaid, o el Programa de servicios para niños con necesidades médicas especiales (CSHCN). Sin embargo, Children’s Health reconoce que puede haber ocasiones en que, a pesar de que el paciente tiene cobertura médica posiblemente no puede pagar toda la cantidad adeudada correspondiente a la parte que es responsabilidad del paciente por haber recibido atención médicamente necesaria. Por ejemplo, los pacientes que tienen un plan de beneficios limitado, cuya cobertura ha sido consumida en su totalidad; o tienen un plan de salud con un deducible alto que no ha terminado de cubrir, puede ser evaluado para determinar si es elegible para asistencia financiera siempre y cuando cumpla con el criterio de elegibilidad.
    2. Acceso a recursos para pagar a través de un ministerio de costos compartidos para atención médica u otros recursos de terceros.
    3. Acceso a otra red de prestadores de servicios de atención médica en la que no participan los de Children’s Health; o
    4. Una lesión que puede ser indemnizable por medio de una compensación laboral (Workers’ Compensation), seguro de automóviles u otro seguro o recurso de terceros.

### III. Proceso de solicitud:

- A. Con el siguiente proceso de solicitud, se determina si el paciente califica para recibir asistencia financiera:
  1. Dependiendo de las leyes de confidencialidad vigentes, las solicitudes pueden ser presentadas por el paciente, su padre o madre, el responsable de pago o el representante autorizado del paciente. Generalmente, para determinar el estado de la ciudadanía y lugar de residencia del paciente se tomarán en cuenta los datos del paciente y no los de su padre o madre; mientras que cualquier evaluación de ingreso o activos estará basada en el **ingreso familiar**.

Categoría:	Políticas del sistema Administrativa Pacientes	Fecha de entrada en vigor:	12/10/2020
Título:	PS 2.17 Ayuda financiera para pacientes	Página	6 de 16

2. Es preferible, aunque no obligatorio, que se haga previamente una solicitud de **tratamiento de beneficencia** o **tratamiento con descuento** y una resolución de necesidad financiera antes de que se presten servicios médicamente necesarios que no son urgentes. No obstante, la resolución puede hacerse en cualquier punto del ciclo de cobro. La necesidad de asistencia financiera deberá evaluarse nuevamente cada vez que se presten servicios si ya ha pasado un año o más de la última evaluación financiera o en cualquier momento en que se reciba información adicional relevante para la elegibilidad del paciente.
3. Los valores de dignidad humana y de administración de Children's Health deben reflejarse en el proceso de solicitud, en la resolución de las necesidades financieras y cuando se conceda la asistencia financiera. El solicitante hará todo lo que esté a su alcance para facilitarle al **prestador de servicios de Children's Health** la información requerida de conformidad con estas políticas. Si no se recibe la solicitud ni los documentos requeridos, el equipo de Servicios de asesoría financiera (Financial Counseling Services) tratará de contactar por teléfono a la familia para obtener los documentos faltantes. Las decisiones necesarias de conformidad con estas políticas serán tomadas solamente después de que el **prestador de servicios de Children's Health** haya recibido la información que estas políticas requieren.
4. El Departamento de admisiones y servicios de asesoría financiera intentará obtener de parte del paciente o de su **familia** información sobre la posibilidad de que un seguro de salud privado o público, o un patrocinador cubra completa o parcialmente los gastos de la atención médica que el **prestador de servicios de Children's Health** brindó al paciente; lo que incluye, entre otros, seguro médico privado, Medicare, Medicaid, CHIP, CSHCN u otros programas financiados por el estado y diseñados para suministrar cobertura médica.
5. Todos los solicitantes deben proporcionar los siguientes documentos para que el **prestador de servicios de Children's Health** procese una solicitud de asistencia financiera:
  - a. Una solicitud de asistencia financiera debidamente llena y firmada; y
  - b. Uno de los siguientes comprobantes de ingreso:
    - i. Copia del formulario 1040 de declaración de impuestos federales más reciente que haya presentado el solicitante y de todos los anexos que la acompañan; o un formulario 1049 (en lugar del formulario 1040) del Departamento de servicios humanos en el que se declara que el paciente es dependiente.
    - ii. El recibo de salario más reciente que refleje el ingreso acumulado en lo que va del año y las horas trabajadas; o el formulario 1028 de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Texas Department of Health and Human Services Commission).

Categoría:	Políticas del sistema Administrativa Pacientes	Fecha de entrada en vigor:	12/10/2020
Título:	PS 2.17 Ayuda financiera para pacientes	Página	7 de 16

- iii. La verificación de ingresos se puede llevar a cabo llamando por teléfono al empleador, y la cuenta puede documentarse con dicha verificación, el cargo, la fecha y el número telefónico.
- iv. Correspondencia del Seguro Social o comprobantes de depósito con la cantidad abonada, o copia del estado bancario demostrando el depósito directo.
- v. Carta de compensación por desempleo o recibos de pago por desempleo de los Estados Unidos.
- vi. Carta de apoyo, si depende de otra persona para los gastos de manutención, etc.

El departamento de asesoría financiera podría prescindir de la solicitud de asistencia financiera y los documentos requeridos si se decide que el paciente es elegible y que este ha solicitado un seguro médico privado, Medicare, Medicaid, CHIP, CSHCN o en otro programa financiado por el estado, que está diseñado para suministrar cobertura médica, pero esta cobertura comenzará después del inicio previsto del tratamiento.

6. Si el departamento de asesoría financiera concluye que el solicitante no es elegible para recibir asistencia financiera, tanto el solicitante como el director del área de servicio o el director superior (o un delegado) podría solicitar al Comité de Revisión de Beneficencia que se considere una excepción de conformidad con la sección V que se indica más adelante.
  7. Si se determina que el solicitante proporcionó información falsa, la solicitud será denegada automáticamente.
- B. Una evaluación de elegibilidad para recibir asistencia financiera podría llevarse a cabo internamente en vez de exigirle a la persona que complete el proceso de solicitud establecido en la sección III. A, de estas políticas. El proceso de evaluación utiliza fuentes de terceros, independientes para analizar a los pacientes que no tienen seguro médico y toma en cuenta el ingreso anual estimado, el tamaño de la familia y la condición laboral. Las personas que califican bajo el proceso de evaluación interna serán elegibles para recibir asistencia financiera de conformidad con lo establecido a continuación. Quienes no llenen los criterios del proceso interno de evaluación, pueden solicitar asistencia financiera de conformidad con la sección III. A.

#### IV. Monto de asistencia financiera:

- A. La **atención médicamente necesaria** elegible de conformidad con estas políticas estará disponible para el paciente según la necesidad financiera determinada con base a los lineamientos federales de pobreza vigentes al momento de la decisión.



Categoría:	Políticas del sistema Administrativa Pacientes	Fecha de entrada en vigor:	12/10/2020
Título:	PS 2.17 Ayuda financiera para pacientes	Página	8 de 16

- Los pacientes cuyo **ingreso familiar** no supere el 400 % de los lineamientos federales de pobreza califican para recibir asistencia financiera del **prestador de servicios de Children's Health** como se indica a continuación:

Lineamientos federales de pobreza (FPG)	Porcentaje de descuento de la responsabilidad familiar del paciente
Hasta 200% de los FPG	100%
De 201% a 300% de los FPG	85%
De 301% a 400% de los FPG	70%
Mayor a 400%	0%

- Los pacientes cuyo **ingreso familiar** es mayor al 400% de los lineamientos federales de pobreza no califican para recibir **tratamiento de beneficencia** ni **tratamiento con descuento** de conformidad con estas políticas.
  - Los lineamientos federales de pobreza pueden encontrarse en <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>; Children's Health los revisa, y a partir de allí actualiza anualmente.
- B. Las autoridades que pueden autorizar el ajuste de la cuenta del paciente de conformidad con el descuento de elegibilidad para la asistencia financiera, son las siguientes:

Nivel de autoridad	Desde	Hasta
Agencia de cobranza (PFA)	US\$0.00	US\$999.99
Gerente	US\$1,000	US\$9,999.99
Director	US\$10,001	US\$50,000
Vicepresidente	US\$50,001	En adelante

## V. Excepciones a estas políticas:

- Si el departamento de asesoría financiera concluye que el solicitante no es elegible para recibir asistencia financiera, tanto el solicitante como el director del área de servicio o el director superior (o un delegado) puede solicitar que el Comité de Revisión de Beneficencia (CRC) considere una excepción. El solicitante, el director del área de servicio o el director superior (o un delegado) podría pedirle al **ejecutivo** correspondiente que se considere una excepción (consulte la sección de definiciones). El **ejecutivo** respectivo, o su delegado, presentará sin demora la solicitud al vicepresidente de Children's Health, a Managed Care o al delegado, quien iniciará la



Categoría:	Políticas del sistema Administrativa Pacientes	Fecha de entrada en vigor:	12/10/2020
Título:	PS 2.17 Ayuda financiera para pacientes	Página	9 de 16

- revisión por medio del CRC. El CRC revisará la información del solicitante y tomará una decisión definitiva respecto a la asistencia financiera.
- B. Cualquier excepción a estas políticas debe ser aprobada por el CRC, incluyendo el uso del Programa de Primas de Seguro Médico de la American Kidney Fund.
  - C. Antes de que se conceda una excepción a estas políticas, debe obtenerse el voto mayoritario de la CRC.
  - D. El vicepresidente de Children's Health, Managed Care o el delegado le comunicará la decisión de la CRC al solicitante, al director de área de servicio o director superior (o al delegado).

## VI. Con relación a las políticas de facturación

- A. Los pacientes deben recibir un precio aproximado por escrito antes de que el **proveedor de Children's Health** brinde los servicios hospitalarios. El documento debe estar redactado en el idioma que habla la **familia**.
- B. La persona elegible para asistencia financiera bajo los términos de estas políticas nunca recibirá un cargo adicional por atención médica de emergencia u otra **atención médicamente necesaria**, excepto los **AGB** (tal como se define a continuación) que se le cobran a quienes tienen seguro. Los **AGB** son un porcentaje de los cargos totales, y sin descuento, del **prestador de servicios de Children's Health** por dicha atención médica. Los **AGB** para cada **prestador de servicios de Children's Health** se calculan como se explica a continuación:
  1. Para el año fiscal en curso, cada **prestador de servicios de Children's Health** utiliza el método retroactivo para calcular los **AGB** tomando en cuenta los casos cerrados del año anterior. Este método basa los **AGB** en los reclamos hospitalarios pagados totalmente y cuyo pagador principal es Medicaid de tarifa por servicio (fee-for-service), Medicare de tarifa por servicio (fee-for-service) y todos los seguros médicos privados.  
El **proveedor de Children's Health** divide la suma de lo que pagaron estas entidades entre la suma de los cargos hospitalarios por dichos reclamos para identificar el porcentaje de **AGB**.
  2. Puede encontrar el porcentaje de **AGB** y una copia del cálculo en el anexo 1.
  3. Los **AGB** se calculan nuevamente cada año.
- C. Una vez que el **prestador de servicios de Children's Health** determina que el paciente es elegible de conformidad con estas políticas, y mientras dicho paciente siga siendo elegible bajo estas políticas, no deberá recibir ninguna factura de cargos brutos sin descuento.
- D. Al solicitante al quien se le otorga asistencia financiera de acuerdo con estas políticas se le ofrecerá un plan de pago extendido, sin intereses. El **prestador de servicios de Children's Health** y el solicitante negociarán las condiciones de este plan según las circunstancias financieras de este último, los costos médicos y otros factores pertinentes.

Categoría:	Políticas del sistema Administrativa Pacientes	Fecha de entrada en vigor:	12/10/2020
Título:	PS 2.17 Ayuda financiera para pacientes	Página	10 de 16

- El plazo máximo del plan de pago extendido será de 36 meses. El **prestador de servicios de Children's Health** podrá declarar que este plan ya no está en vigencia cuando el paciente deje de cumplir con todos los pagos consecutivos vencidos durante un período de 30 días. Antes de declarar que el plan ya no está en vigencia, el **prestador de servicios de Children's Health**, su agencia de cobranza o un delegado deberá hacer el intento de contactar por teléfono al paciente o a la parte responsable.
- E. A menos que a un solicitante se le informe lo contrario, la asistencia financiera suministrada de conformidad con estas políticas será válida durante 90 días, a partir del primer día del mes de la decisión. De ahí en adelante, el solicitante tendrá la oportunidad de volver a solicitar. Si durante el periodo de 90 días se llega a determinar que la condición financiera del solicitante ha cambiado, el **prestador de servicios de Children's Health** se reserva el derecho de evaluar nuevamente la elegibilidad del solicitante para recibir asistencia financiera.
- F. En los estados de cuenta emitidos por el **prestador de servicios de Children's Health**, se informará a las personas que la asistencia financiera podría estar disponible. Asimismo, se proporcionarán el nombre del departamento y el número telefónico de contacto, así como la dirección del sitio web de estas políticas.
- G. Si el **prestador de servicios de Children's Health** le factura a la **familia** de un paciente, que no ha suministrado comprobante de cobertura por un tercero al momento de la atención médica o del alta, el **prestador de servicios de Children's Health** le entregará al paciente una notificación claramente escrita, tanto en inglés como en el idioma que habla la **familia**. la cual formará parte de dicha factura e incluirá lo siguiente:
1. Un estado de cuenta de los cargos por los servicios que prestó el **prestador de servicios de Children's Health**;
  2. Una petición para que la persona le informe al **prestador de servicios de Children's Health** si el paciente tiene cobertura de seguro médico privado, Medicare, Medicaid, CHIP o CSHCN.
- VII. **Con relación a las políticas de cobranza:**
- A. Children's Health y los **prestadores de servicio de Children's Health** no tomarán medidas de cobranza extraordinarias (tal como notificar a las agencias de reporte de crédito del consumidor, vender la deuda de la persona a un tercero, etc.) en contra de los pacientes a fin de obtener el pago por la atención médica.
- B. Si una persona está tratando de calificar para obtener asistencia financiera de conformidad con estas políticas, y lo hace de buena fe, a fin de cancelar una factura pendiente con el **prestador de servicios de Children's Health** mediante la negociación de un plan de pago razonable o haciendo pagos parciales de un monto razonable y con regularidad, el **prestador de servicios de Children's Health** no enviará la factura pendiente de pago a ninguna agencia de cobranza u otro delegado.

Categoría:	Políticas del sistema Administrativa Pacientes	Fecha de entrada en vigor:	12/10/2020
Título:	PS 2.17 Ayuda financiera para pacientes	Página	11 de 16

- C. Ni **Children's Health**, ni el **prestador de servicios de Children's Health**, ni los agentes de cobranza del **prestador de servicios de Children's Health** ni cualquier delegado del **prestador de servicios de Children's Health** que sean subsidiarios o afiliados podrán presentar una demanda legal o judicial, usar embargos de salario u orden de detención, provocar arrestos, establecer un gravamen en residencias principales, rechazar o postergar la prestación de la **atención médicamente necesaria** o tomar medidas extraordinarias similares como medio para cobrar facturas adeudadas. Este requisito no impide a ninguna de estas partes que procuren conseguir un reembolso de los acuerdos de responsabilidad de terceros, causantes de daños u otras partes legalmente responsables.
- D. Los montos remitidos a las agencias de cobranza reflejarán las tasas para las que la persona califica de conformidad con estas políticas, y no con los cargos brutos.
- E. Si una persona elegible paga más que el monto total de su responsabilidad, el **prestador de servicios de Children's Health** le reembolsará la cantidad en exceso dentro de los 60 días siguientes a partir de la fecha en que fue detectado.

## VIII. Divulgación de estas políticas:

- A. Cualquier notificación, formulario, carta, solicitud, política u otros documentos deben redactarse en inglés y en el idioma que habla un número representativo de los pacientes que atiende el **prestador de servicios de Children's Health**. Como alternativa para llenar y entender documentos en inglés, el **prestador de servicios de Children's Health** podría optar por ofrecer diversos medios de traducción o facilitar la ayuda de intérpretes bilingües cualificados.
- B. Al momento de la admisión, ya sea para atención médica ambulatoria u hospitalaria, a todo paciente se le ofrecerá una notificación escrita que deberá contener información sobre la disponibilidad del **tratamiento de beneficencia** y el **tratamiento con descuento** y la existencia de estas políticas junto con los datos de contacto de la oficina donde la persona podría obtener más detalles. A petición del paciente, se le facilitará una copia completa de estas políticas.
- C. Se debe entregar esta misma información a los pacientes que reciben atención médica de emergencia o ambulatoria y que podrían recibir una factura por servicios pero que no fueron hospitalizados. La información debe estar redactada en inglés y en el idioma que habla la **familia**.
- D. Las notificaciones públicas se colocarán de manera clara y perceptible en ubicaciones visibles para el público, incluyendo, entre otros, el Departamento de emergencias, la Oficina de admisiones y otros entornos para pacientes ambulatorios. Estas notificaciones explicarán que el **prestador de servicios de Children's Health** tiene asistencia financiera disponible para los pacientes que no tienen seguro o cobertura suficiente. Estas notificaciones incluirán el nombre de un departamento y el número

Categoría:	Políticas del sistema Administrativa Pacientes	Fecha de entrada en vigor:	12/10/2020
Título:	PS 2.17 Ayuda financiera para pacientes	Página	12 de 16

- telefónico de contacto a donde la persona puede llamar para obtener más información acerca de estas políticas y solicitar asistencia financiera.
- E. El **prestador de servicios de Children’s Health** distribuirá la notificación de estas políticas, la cual deberá incluir un número de contacto, por varios medios tales como la publicación de avisos en los estados de cuenta del paciente y la colocación de avisos en los departamentos de emergencias, admisión y registro, así como también otros lugares que escoja el **prestador de servicios de Children’s Health**.
- F. El **proveedor de Children’s Health** también publicará y promoverá un resumen de estas políticas en su sitio web, en folletos disponibles en sitios a los que el paciente tenga acceso y en otros lugares dentro de la comunidad a la que el hospital presta servicios, tal como lo escoja el **prestador de servicios de Children’s Health**.
- G. Cualquier miembro del personal del **prestador de servicios de Children’s Health**, que tenga razones para creer que una persona no tiene la capacidad para pagar los servicios, le informará a dicha persona que podría haber asistencia financiera disponible para ella y la guiará a las notificaciones descritas en estas políticas.
- H. Estas políticas, el resumen de las mismas y la solicitud de asistencia financiera se proporcionarán en el idioma primario hablado por cada población con dominio limitado del inglés, a la que probablemente le preste atención médica el **prestador de servicios de Children’s Health**.
- IX. **Atención sin retribución:**  
Pese a que en alguna parte de esta política se establezca lo contrario, con el fin de informar los costos de la atención sin retribución o la atención brindada a personas que no tienen seguro ni cumplen con los requisitos para adquirir uno, el **prestador de servicios de Children’s Health** deberá incluir en la categoría “atención sin retribución” los servicios sin cobertura que dicho prestador de **Children’s Health** haya brindado a pacientes con Medicaid o con cobertura de algún otro programa de atención médica para personas que no cumplen con los requisitos para adquirir un seguro. Entre los servicios sin cobertura, se incluyen aquellos prestados a pacientes que ya han agotado los beneficios de su cobertura de Medicaid o de algún programa de atención médica para personas que no cumplen con los requisitos para adquirir un seguro. También se incluyen los servicios que Medicaid y este tipo de programas hayan rechazado (total o parcialmente), y los servicios que superen el límite de duración de una enfermedad o de una estadía. El monto de atención sin retribución se refiere al monto de los cargos incobrables o rechazados. Además, para informar los costos de la atención sin retribución o la atención brindada a personas que no tienen seguro ni cumplen con los requisitos para adquirir uno, el **prestador de servicios de Children’s Health** deberá incluir la diferencia entre el total de los cargos y el pago que dicho **prestador de servicios de Children’s Health** haya recibido por los servicios brindados a pacientes que tienen un seguro y que cumplen con los requisitos establecidos en esta política con respecto a

Categoría:	Políticas del sistema Administrativa Pacientes	Fecha de entrada en vigor:	12/10/2020
Título:	PS 2.17 Ayuda financiera para pacientes	Página	13 de 16

aquellos casos en los que el **prestador de servicios de Children's Health** no tiene un contrato con el pagador de los servicios brindados al paciente en las fechas informadas.

## X. **Confidencialidad:**

El **prestador de servicios de Children's Health** mantendrá confidencial toda la información recibida de los solicitantes que piden ser elegibles de conformidad con estas políticas. La información relacionada a los activos monetarios, obtenida como parte de la solicitud de asistencia financiera y del proceso de aprobación, se guardará en un archivo exclusivo, separado de la información que podría utilizarse para cobrar los montos adeudados al **prestador de servicios de Children's Health**. Ninguna información de dicho archivo estará disponible para el personal involucrado en el proceso de cobro de deudas. Nada prohíbe el uso de la información obtenida por el **prestador de servicios de Children's Health**, sus agencias de cobranza o los delegados, independientemente del proceso de elegibilidad para la asistencia financiera.

## **FUENTES:**

### 1. **Políticas relacionadas**

[AD 2.29.01, Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo \(EMTALA\) y transferencia de pacientes \(Dallas\)](#)

[AD 2.29.02 Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo \(EMTALA\) y transferencia de pacientes \(Plano\)](#)

### 2. **Manual de la Comisión Conjunta**

Ninguna

### 3. **Condiciones de participación en Medicare**

Ninguna

### 4. **Leyes o reglamentaciones federales o estatales**

Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible de 2010, sección 501 (r) del Código de Impuestos Internos

### 5. **Referencias**

Ninguna

### 6. **Palabras clave**

*Tratamiento de beneficencia, tratamiento con descuento, asistencia financiera, atención médicamente necesaria, servicios financieros*

# POLÍTICAS

Categoría:	Políticas del sistema Administrativa Pacientes	Fecha de entrada en vigor:	12/10/2020
Título:	PS 2.17 Ayuda financiera para pacientes	Página	14 de 16

7. **Enlaces a guías de referencia rápida, diagramas de flujo y ayudas de trabajo**  
[Listados ejecutivos del Comité de Revisión de Caridad – Referencia a la política de asistencia financiera](#)

# POLÍTICAS

Categoría:	Políticas del sistema Administrativa Pacientes	Fecha de entrada en vigor:	12/10/2020
Título:	PS 2.17 Ayuda financiera para pacientes	Página	<b>15 de 16</b>



Categoría:	Políticas del sistema Administrativa Pacientes	Fecha de entrada en vigor:	12/10/2020
Título:	PS 2.17 Ayuda financiera para pacientes	Página	16 de 16

## Anexo1

### Cálculo de montos generalmente facturados

Después de la decisión de elegibilidad para asistencia financiera, la persona no recibirá cargos mayores a los montos generalmente facturados (AGB) que las personas que tienen seguro reciben por concepto de atención médica de emergencia y otros servicios médicamente necesarios. El prestador de servicios de Children's Health usa el método retrospectivo (look-back method) para calcular los AGB usando los encuentros cerrados del año anterior. Este método basa los AGB sobre los reclamos hospitalarios completamente pagados donde el pagador principal es Medicaid fee-for-service, Medicare fee-for-service, Medicaid y los seguros de salud comerciales. El prestador de servicios de Children's Health divide la suma de los pagos totales que dichos pagadores hicieron, entre la suma de los cargos hospitalarios totales para los reclamos mencionados anteriormente, y de esto modo calcula los AGB. Los reclamos cerrados durante el año fiscal anterior (12 meses) están incluidos en el cálculo. Los AGB se calculan anualmente y se aplican con base a un calendario.

#### Prestador de servicios de Children's Health, año fiscal 2018

Cargos brutos: \$2,845,347,018

Descuentos o Contractuales: \$1,739,902,184

Índice de descuento: 61.16%

**Índice de los AGB para el año calendario 2019: 38.84%**