

<b>Título de la póliza: Póliza de asistencia financiera</b>	<b>Número de póliza: 100-101-55</b>
<b>Departamento a cargo: Finanzas</b>	<b>Fecha de vigencia: 1.º de julio de 2017</b>
<b>Custodio: Director de Finanzas del área</b>	<b>Página: 1 de 13</b>

## 1.0 Declaración de la póliza

Maui Health System (MHS), una sociedad de responsabilidad limitada (limited liability company, LLC) de Kaiser Foundation Hospitals, está comprometido a ofrecer programas que faciliten el acceso a la atención médica para la población vulnerable. Este compromiso incluye proporcionar asistencia financiera a pacientes de bajos ingresos que reúnan los requisitos, tanto los que no estén asegurados como los que tienen un seguro insuficiente, cuando la capacidad de pago por los servicios representa un obstáculo para acceder a la atención de emergencia y a la atención necesaria desde el punto de vista médico.

## 2.0 Objetivo

Esta póliza describe los requisitos para ser elegible y recibir asistencia financiera para servicios de emergencia y necesarios desde el punto de vista médico por medio de la póliza de asistencia financiera (financial assistance policy, FAP) de MHS. Estos requisitos cumplen lo establecido en la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos de Estados Unidos que aborda los servicios elegibles, cómo obtener acceso a la atención médica, los criterios de elegibilidad del programa, la estructura para asignar asistencia financiera, las bases para calcular los montos que se asignan y las medidas que se pueden tomar en caso de incumplimiento de pago de facturas médicas.

## 3.0 Alcance

Esta póliza se aplica a los empleados que trabajan para las siguientes entidades:

**3.1** Hospitales de Maui Health System operados por Maui Health System (MHS), una LLC de Kaiser Foundation Hospitals, que opera los siguientes centros de atención:

**3.1.1** Maui Memorial Medical Center.

**3.1.2** Kula Hospital.

**3.1.3** Lanai Community Hospital.

## 4.0 Definiciones

Consulte el Apéndice A: Glosario de términos.

## 5.0 Disposiciones

MHS mantiene un Programa de Asistencia Financiera basado en un estudio socioeconómico con el fin de mitigar las barreras económicas para recibir atención de emergencia y atención necesaria desde el punto de vista médico para los pacientes elegibles, independientemente de su edad, de si tienen alguna discapacidad, de su sexo, raza, religión, estado social o migratorio, orientación sexual, país de origen o de la cobertura de salud del paciente.

<b>Título de la póliza: Póliza de asistencia financiera</b>	<b>Número de póliza: 100-101-55</b>
<b>Departamento a cargo: Finanzas</b>	<b>Fecha de vigencia: 1.º de julio de 2017</b>
<b>Custodio: Director de Finanzas del área</b>	<b>Página: 2 de 13</b>

## 5.1 Servicios que son elegibles o no son elegibles de acuerdo con la FAP.

**5.1.1 Servicios elegibles.** La asistencia financiera se puede aplicar a servicios de atención de emergencia y servicios de atención necesaria desde el punto de vista médico, productos y servicios de farmacia, y suministros médicos proporcionados por MHS en los centros de atención de MHS, o por proveedores que estén sujetos a la póliza. La asistencia financiera se puede aplicar a los servicios y productos que se describen a continuación:

### 5.1.1.1 Servicios necesarios desde el punto de vista médico.

Atención, tratamiento o servicios indicados o proporcionados por un proveedor sujeto a la póliza, que sean necesarios para la prevención, la evaluación, el diagnóstico o el tratamiento de una afección médica, y no principalmente para la comodidad del paciente o del proveedor de atención médica.

**5.1.1.2 Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME):** solicitado por un proveedor que está sujeto a la póliza y que MHS proporciona a un paciente que cumpla los criterios necesarios desde el punto de vista médico.

**5.1.2 Servicios no elegibles.** La asistencia financiera no puede aplicarse a:

**5.1.2.1 Servicios que no se consideran de emergencia o necesarios desde el punto de vista médico.** Incluidos, entre otros:

**5.1.2.1.1** Cirugía o servicios estéticos, incluidos los servicios de dermatología que sirven principalmente para mejorar la apariencia del paciente.

**5.1.2.1.2** Suministros médicos al por menor.

**5.1.2.1.3** Servicios relacionados con la responsabilidad civil de terceros o casos de Workers' Compensation (seguro de los trabajadores).

**5.1.2.2 Departamentos que cuentan con médicos y proveedores con contrato.** La FAP no se aplica a servicios profesionales que se recibieron en departamentos dentro de los centros de atención de MHS que cuentan exclusivamente con médicos y proveedores con contrato que no están sujetos a la póliza. Los pacientes recibirán otra factura por parte de esos médicos y proveedores. Los departamentos incluyen:

**5.1.2.2.1** Sala de Emergencias.

**5.1.2.2.2** Laboratorio.

**5.1.2.2.3** Anestesiología.

**5.1.2.2.4** Electrocardiograma (ECG).

**5.1.2.2.5** Electroencefalograma (EEG).

<b>Título de la póliza: Póliza de asistencia financiera</b>	<b>Número de póliza: 100-101-55</b>
<b>Departamento a cargo: Finanzas</b>	<b>Fecha de vigencia: 1.º de julio de 2017</b>
<b>Custodio: Director de Finanzas del área</b>	<b>Página: 3 de 13</b>

**5.1.2.2.6** Cardiorrespiratorio.

**5.1.2.2.7** Medicina Nuclear.

**5.1.2.2.8** Radiología y Radioterapia.

**5.1.2.3 Servicios proporcionados por médicos y proveedores con contrato.** Los únicos servicios profesionales en los que se aplica la FAP son los servicios profesionales que proporcionan los médicos y proveedores que están sujetos a la póliza. Incluso con una remisión de un médico o proveedor que está sujeto a la póliza, todos los demás servicios no son elegibles para recibir asistencia financiera. Los pacientes recibirán otra factura por parte del médico o proveedor.

**5.1.2.4 Servicios proporcionados fuera de los centros de atención de MHS.** La FAP se aplica únicamente a los servicios que proporcionan los centros de atención de MHS. No están incluidos los servicios que se proporcionan en centros de atención que no sean de MHS, incluidos consultorios médicos, centros de atención de emergencia y departamentos de emergencias, así como los servicios de salud domiciliaria, los centros de cuidados paliativos, la atención de recuperación y los servicios de atención de custodia.

**5.2 Proveedores.** La lista de médicos y proveedores que están sujetos a la FAP, y los que no, está disponible al público, de manera gratuita, en el sitio web de asistencia financiera de MHS en [www.mauihealthsystem.org/fap](http://www.mauihealthsystem.org/fap) (en inglés).

**5.3 Fuentes de información del programa y cómo solicitar asistencia financiera.**

**5.3.1 Información sobre el programa.** La información sobre asistencia financiera, como copias de la FAP, formularios de solicitud, instrucciones y resúmenes en lenguaje sencillo (por ejemplo, folletos del programa), está disponible para el público, sin costo, en formato electrónico o copia impresa. Existen varias formas en que un paciente puede presentar una solicitud de asistencia financiera mientras esté recibiendo atención de MHS o después: en persona, por teléfono o mediante una solicitud por escrito.

**5.3.1.1 Descargue la información del programa desde el sitio web de MHS.** Las copias electrónicas de la información del programa están disponibles en el sitio web de asistencia financiera, en [www.mauihealthsystem.org/fap](http://www.mauihealthsystem.org/fap) (en inglés).

**5.3.1.2 Solicite la información del programa de manera electrónica.** Puede solicitar copias electrónicas de la información del programa por correo electrónico.

**5.3.1.3 Obtenga la información del programa o haga la solicitud en persona.** La información del programa está disponible en cualquier centro de atención de MHS.

<b>Título de la póliza: Póliza de asistencia financiera</b>	<b>Número de póliza: 100-101-55</b>
<b>Departamento a cargo: Finanzas</b>	<b>Fecha de vigencia: 1.º de julio de 2017</b>
<b>Custodio: Director de Finanzas del área</b>	<b>Página: 4 de 13</b>

Maui Memorial Medical Center: Departamento de Servicios de Acceso a la Atención para el Paciente

Kula Hospital: Oficina administrativa

Lanaí Community Hospital: Oficina administrativa

**5.3.1.4 Solicite información del programa o presente la solicitud por teléfono.** Hay asesores financieros disponibles por teléfono para proporcionar información, determinar la elegibilidad para obtener asistencia financiera y proporcionar ayuda a un paciente para solicitar asistencia financiera. Puede comunicarse con los asesores financieros al 808-565-8456.

**5.3.1.5 Solicite información del programa o presente la solicitud por correo postal.** Un paciente puede solicitar información del programa y hacer la solicitud para obtener asistencia financiera presentando por correo una solicitud completada para el Programa de Asistencia Financiera. Las solicitudes de información y para el programa se pueden enviar a:

Maui Health System - Lanaí Community Hospital

Attention: Financial Counseling Services

P.O. Box 630650

Lanai City, HI 96763

**5.3.1.6 Entregue personalmente la solicitud completada.** Las solicitudes completadas se pueden entregar en persona en el Departamento de Servicios de Acceso a la Atención para el Paciente o a la oficina administrativa en cada centro de atención de MHS.

**5.3.2 Solicitar asistencia financiera.** Existen varias formas en que un paciente puede presentar una solicitud de asistencia financiera mientras esté recibiendo atención de MHS o después: en persona, por teléfono o mediante una solicitud por escrito.

**5.3.2.1 Revisión de la información de los pacientes para determinar su elegibilidad para acceder a los programas públicos o privados.** MHS proporciona asesoramiento financiero a los pacientes que solicitan asistencia financiera para identificar los posibles programas de cobertura de salud públicos y privados que podrían ayudarles con las necesidades de acceso a la atención médica. Un paciente que se considere elegible para cualquier programa de cobertura de salud público o privado debe presentar una solicitud para esos programas.

**5.3.2.1.1** Los pacientes que se encuentren en una situación económica que exceda los parámetros de ingresos para la elegibilidad de Medicaid no tendrán que solicitar Medicaid.

<b>Título de la póliza: Póliza de asistencia financiera</b>	<b>Número de póliza: 100-101-55</b>
<b>Departamento a cargo: Finanzas</b>	<b>Fecha de vigencia: 1.º de julio de 2017</b>
<b>Custodio: Director de Finanzas del área</b>	<b>Página: 5 de 13</b>

- 5.4 Información necesaria para solicitar asistencia financiera.** Se requiere información completa personal, financiera o de otro tipo para verificar la situación económica del paciente y determinar la elegibilidad para la asistencia financiera, así como para los programas de cobertura de salud públicos y privados. Se puede denegar la asistencia financiera por no presentar información completa. La información se puede proporcionar por escrito, en persona o por teléfono.
- 5.4.1 Verificación de la situación económica.** La situación económica de un paciente se verifica cada vez que solicita asistencia. Si la situación económica de un paciente se puede verificar usando fuentes externas de datos, es posible que el paciente no tenga que proporcionar documentos financieros.
- 5.4.2 Proporcionar información financiera o de otro tipo.** Si la situación económica de un paciente no se puede verificar usando fuentes externas de datos o si el paciente hace la solicitud por correo, el paciente puede presentar la información descrita en la solicitud del Programa de Asistencia Financiera para verificar su situación económica.
- 5.4.2.1 Información completa.** La elegibilidad para asistencia financiera se determina una vez que se reciba toda la información personal, financiera o de otro tipo que se solicitó.
- 5.4.2.2 Información incompleta.** Si la información necesaria que se recibió está incompleta, al paciente se le informa en persona, por correo o por teléfono. El paciente puede presentar la información faltante en un plazo de 30 días contados a partir de la fecha en la que recibió el aviso por correo, del día en que se tuvo la conversación en persona o cuando se tuvo la llamada telefónica.
- 5.4.2.3 La información solicitada no está disponible.** Un paciente que no tiene la información requerida que se describe en la solicitud del programa puede comunicarse con MHS para saber qué otras pruebas se pueden usar para demostrar la elegibilidad.
- 5.4.2.4 No hay información financiera disponible.** Un paciente debe proporcionar información financiera básica (por ejemplo, ingresos, en caso de que los haya, y fuente) y demostrar su validez cuando (1) su situación económica no pueda verificarse por medio de fuentes externas de datos, (2) la información financiera solicitada no esté disponible y (3) no exista ninguna otra prueba que pueda demostrar la elegibilidad. Se requiere la información financiera básica y la declaración del paciente cuando:
- 5.4.2.4.1** No tenga hogar.
- 5.4.2.4.2** No tenga ingresos, no reciba un talón de pago por parte de su empleador (a excepción de aquellas personas que trabajan de manera autónoma), reciba aportes monetarios o no se le haya exigido presentar una declaración federal o estatal de impuestos sobre la renta del año fiscal anterior.

<b>Título de la póliza: Póliza de asistencia financiera</b>	<b>Número de póliza: 100-101-55</b>
<b>Departamento a cargo: Finanzas</b>	<b>Fecha de vigencia: 1.º de julio de 2017</b>
<b>Custodio: Director de Finanzas del área</b>	<b>Página: 6 de 13</b>

- 5.4.3 Pacientes precalificados.** Se da por sentado que un paciente cumple los criterios del programa de elegibilidad y que no necesita presentar información personal, financiera o de otro tipo para verificar su situación económica cuando:
- 5.4.3.1** Se le otorgó una asistencia financiera previa en los últimos 30 días.
  - 5.4.3.2** Recibe servicios para la salud mental y del comportamiento, y ha agotado todos los beneficios del seguro.
- 5.4.4 Cooperación del paciente.** Es necesario que el paciente haga esfuerzos razonables por proporcionar toda la información requerida. Si no se proporciona toda la información requerida, se consideran las circunstancias y pueden tomarse en cuenta al momento de determinar la elegibilidad.
- 5.5 Determinación de presunta elegibilidad.** Un paciente que no ha presentado la solicitud puede ser identificado como elegible para recibir asistencia financiera si es posible validar su situación económica gracias a fuentes externas de datos. Si se determina que es elegible, se le puede asignar automáticamente una asistencia financiera y se le envía una carta de notificación con opción para rechazar la asistencia financiera. Se puede identificar a un paciente que no ha presentado una solicitud cuando:
- 5.5.1** No está asegurado y (1) tiene una cita programada para recibir servicios elegibles en un centro de atención de MHS, (2) no ha indicado que tiene cobertura de salud, y (3) se da por sentado que no es elegible para Medicaid.
  - 5.5.2** Recibió cuidados en un centro de atención de MHS y hay indicios de que tiene dificultades económicas (por ejemplo, adeudos o saldos pendientes).
- 5.6 Criterios de elegibilidad para el programa.** Un paciente que solicita asistencia financiera puede calificar con base en criterios de estudios socioeconómicos o gastos médicos mayores.
- 5.6.1 Criterios de estudios socioeconómicos.** Se evalúa a un paciente para determinar si cumple los criterios de elegibilidad conforme a estudios socioeconómicos.
    - 5.6.1.1 Elegibilidad con base en el nivel de ingresos.** Un paciente en cuyo hogar el ingreso es inferior o igual al 250% de las pautas federales de pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) es elegible para recibir asistencia financiera.
    - 5.6.1.2 Ingresos familiares.** Los requisitos respecto a los ingresos se aplican a los miembros de la familia que viven en el hogar. Una familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Los miembros de la familia pueden incluir cónyuges, parejas domésticas calificadas, hijos, parientes cuidadores y los hijos de familiares cuidadores que viven en el mismo hogar.

<b>Título de la póliza: Póliza de asistencia financiera</b>	<b>Número de póliza: 100-101-55</b>
<b>Departamento a cargo: Finanzas</b>	<b>Fecha de vigencia: 1.º de julio de 2017</b>
<b>Custodio: Director de Finanzas del área</b>	<b>Página: 7 de 13</b>

**5.6.2 Criterios de gastos médicos mayores.** Se evalúa a un paciente para determinar si cumple los criterios de elegibilidad de gastos médicos mayores.

**5.6.2.1 Elegibilidad con base en gastos médicos mayores.** Un paciente de cualquier nivel de ingresos familiares que haya incurrido en gastos médicos y de farmacia de su propio bolsillo para servicios elegibles en un periodo de 12 meses superiores o iguales al 15% del ingreso anual familiar es elegible para recibir asistencia financiera.

**5.6.2.1.1 Gastos de su propio bolsillo en MHS.** Los gastos médicos y de farmacia incurridos en los centros de atención de MHS incluyen copagos, depósitos, coseguros y deducibles relacionados con servicios elegibles.

**5.6.2.1.2 Gastos de su propio bolsillo que no pertenecen a MHS.** Se incluyen los gastos médicos, de farmacia y dentales de servicios que se proporcionan en centros de atención que no pertenecen a MHS, relacionados con servicios elegibles e incurridos por el paciente (a excepción de los descuentos o cancelaciones de cargos). El paciente tiene que proporcionar documentación de los gastos médicos por los servicios recibidos en centros de atención que no pertenecen a MHS.

**5.6.2.1.3 Primas del plan de salud.** Los gastos de su propio bolsillo no incluyen el costo relacionado con el seguro médico (es decir, las primas).

<b>Título de la póliza: Póliza de asistencia financiera</b>	<b>Número de póliza: 100-101-55</b>
<b>Departamento a cargo: Finanzas</b>	<b>Fecha de vigencia: 1.º de julio de 2017</b>
<b>Custodio: Director de Finanzas del área</b>	<b>Página: 8 de 13</b>

## 5.7 Denegaciones y apelaciones

**5.7.1 Denegaciones.** A un paciente que solicita asistencia financiera y no cumple los criterios de elegibilidad se le informa de forma verbal o por escrito que su solicitud de asistencia financiera ha sido denegada.

**5.7.2 Cómo apelar una denegación de asistencia financiera.** Un paciente que considera que su solicitud o su información no se tomó en cuenta de manera adecuada puede apelar la decisión. Las instrucciones para completar el proceso de apelación se incluyen en la carta de denegación de asistencia financiera. El personal designado de MHS es el encargado de revisar las apelaciones.

**5.8 Estructura de las asignaciones.** Las asignaciones de asistencia financiera se aplican únicamente a saldos vencidos o pendientes. El periodo de elegibilidad para la asignación de asistencia financiera permanece en vigor durante un tiempo limitado.

**5.8.1 Bases de la asignación.** Los gastos que cubrirá una asignación de la asistencia financiera se determinan dependiendo de si el paciente tiene o no cobertura de atención médica.

**5.8.1.1 Paciente elegible para recibir asistencia financiera sin cobertura de atención médica (no asegurado).** Los pacientes sin seguro que sean elegibles reciben un descuento del 100% en todos los servicios elegibles.

**5.8.1.2 Paciente elegible para recibir asistencia financiera con cobertura de atención médica (asegurado).** Un paciente asegurado elegible recibe el 100% de descuento en la parte de la factura correspondiente a todos los servicios elegibles (1) por los que el paciente sea personalmente responsable y (2) por los que su compañía de seguros no pague. Al paciente se les pide que proporcione documentación, por ejemplo, una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB), para determinar la parte de la factura que no está cubierta por el seguro.

**5.8.1.2.1 Pagos recibidos de la compañía de seguros.** Un paciente elegible no asegurado tiene que ceder a MHS todos los pagos por los servicios que proporcionó MHS y que el paciente recibe de su compañía de seguros.

**5.8.1.3 Reembolsos por acuerdos.** MHS obtiene el reembolso por los acuerdos de responsabilidad civil de terceros, pagadores u otros terceros portadores legalmente responsables, según corresponda.

**5.8.2 Periodo de elegibilidad.** El periodo de elegibilidad para las asignaciones de asistencia financiera comienza a partir de la fecha de aprobación, de la fecha en la que se proporcionaron los servicios o de la fecha en la que se surtieron los medicamentos. El periodo de elegibilidad para la asignación de asistencia financiera permanece en vigor durante un tiempo limitado.



<b>Título de la póliza: Póliza de asistencia financiera</b>	<b>Número de póliza: 100-101-55</b>
<b>Departamento a cargo: Finanzas</b>	<b>Fecha de vigencia: 1.º de julio de 2017</b>
<b>Custodio: Director de Finanzas del área</b>	<b>Página: 9 de 13</b>

**5.8.2.1 Periodo específico.**

**5.8.2.1.1** Periodo estándar de elegibilidad para la asignación de servicios elegibles: hasta 30 días.

**5.8.2.1.2** Periodo prolongado de elegibilidad para la asignación de servicios elegibles: hasta 90 días.

**5.8.2.2 Tratamiento o proceso de atención.** Para un tratamiento específico o un proceso de atención, según lo determine un proveedor que se apegue a la póliza, para servicios elegibles.

**5.8.2.3 Solicitud de extensión de la asignación.** Un paciente puede solicitar una extensión de la asignación de asistencia financiera si sigue cumpliendo los requisitos de elegibilidad de asistencia financiera. Las solicitudes de extensión se evalúan de forma individual.

**5.8.3 Revocación, anulación o modificación de la asignación.** MHS puede revocar, anular o modificar una asignación de asistencia financiera en determinadas situaciones y a su discreción. Las situaciones incluyen:

**5.8.3.1 Fraude, robo o cambios financieros.** En caso de fraude, declaración falsa, robo, cambios en la situación financiera de un paciente u otras circunstancias que atenten contra la integridad del Programa de Asistencia Financiera.

**5.8.3.2 Elegibilidad para programas de cobertura de salud públicos y privados.** Un paciente se evalúa para participar en un programa de cobertura de salud público o privado y se da por sentado que es elegible, pero no coopera con el proceso de solicitud de estos programas.

**5.8.3.3 Otras fuentes de pago identificadas.** La cobertura de salud u otras fuentes de pago identificadas después de que el paciente recibe la asignación de asistencia financiera genera cargos de facturación doble retroactiva por los servicios elegibles. Si esto ocurre, al paciente no se le cobra la parte de la factura (1) de la que sea personalmente responsable y (2) que su cobertura de salud u otra fuente de pago no cubra.

**5.8.3.4 Cambio en la cobertura de salud.** A un paciente que tenga un cambio en su cobertura de atención médica se le pedirá que vuelva a presentar una solicitud para el programa.

**5.9 Límite de los cargos.** Queda prohibido cobrar a los pacientes, que sean elegibles para recibir asistencia financiera, los montos íntegros en dólares (es decir, los cargos brutos) por los servicios elegibles que se proporcionaron en el hospital de MHS. A un paciente que ha recibido servicios elegibles en un hospital de MHS y que es elegible para recibir asistencia financiera, pero no ha recibido ningún tipo de asistencia financiera o se ha negado a recibir algún tipo de asistencia financiera, no se le cobra más que los montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB) por esos servicios.

<b>Título de la póliza: Póliza de asistencia financiera</b>	<b>Número de póliza: 100-101-55</b>
<b>Departamento a cargo: Finanzas</b>	<b>Fecha de vigencia: 1.º de julio de 2017</b>
<b>Custodio: Director de Finanzas del área</b>	<b>Página: 10 de 13</b>

**5.9.1 Base para calcular los montos generalmente facturados (AGB).**

MHS determina los AGB por cualquier emergencia o cualquier otra atención necesaria desde el punto de vista médico mediante un método potencial, en el que se multiplican los cargos brutos de la atención médica por la tasa de los AGB. La información acerca de la tasa y el cálculo de los AGB está disponible en el sitio web de MHS en [www.mauihealthsystem.org/fap](http://www.mauihealthsystem.org/fap) (en inglés).

**5.10 Acciones de cobro**

**5.10.1 Esfuerzos razonables de notificación.** MHS, o una agencia de cobranza que actúa en su representación, hace esfuerzos razonables para notificar a los pacientes con saldos vencidos o pendientes sobre el Programa de Asistencia Financiera. Los esfuerzos razonables de notificación incluyen:

**5.10.1.1** Enviar un aviso por escrito en un plazo de 120 días a partir del primer estado de cuenta después de recibir el alta hospitalaria en el que se informa al titular de la cuenta que la asistencia financiera está disponible para quienes cumplen los requisitos.

**5.10.1.2** Enviar un resumen de la FAP en lenguaje sencillo con el primer estado de cuenta hospitalario del paciente.

**5.10.1.3** Tratar de notificar al titular de la cuenta de manera verbal sobre la FAP y cómo obtener asistencia mediante el proceso de solicitud de asistencia financiera.

**5.10.2 Acciones de cobro extraordinarias y prohibidas.** Bajo ninguna circunstancia, MHS realiza, permite ni accede a que las agencias de cobranza realicen las siguientes acciones de cobro extraordinarias:

**5.10.2.1** Reportar información adversa a agencias de informes de crédito o empresas de información crediticia del consumidor.

**5.10.2.2** Aplazar, rechazar o solicitar el pago, debido al incumplimiento de pago por parte del titular de la cuenta de un saldo previo, antes de proporcionar la atención de emergencia o necesaria desde el punto de vista médico.

**5.10.2.3** Vender la deuda de un titular de cuenta a un tercero portador.

**5.10.2.4** Acciones legales o judiciales como:

**5.10.2.4.1** Embargar salarios.

**5.10.2.4.2** Embargar una cuenta bancaria individual o alguna otra propiedad personal.

**5.10.2.4.3** Derecho de retención sobre las residencias.

**5.10.2.4.4** Hipotecar la propiedad o decomisar las cuentas.

**5.10.2.4.5** Solicitar una orden de arresto.

**5.10.2.4.6** Solicitar órdenes de comparecencia inmediata.

<b>Título de la póliza: Póliza de asistencia financiera</b>	<b>Número de póliza: 100-101-55</b>
<b>Departamento a cargo: Finanzas</b>	<b>Fecha de vigencia: 1.º de julio de 2017</b>
<b>Custodio: Director de Finanzas del área</b>	<b>Página: 11 de 13</b>

## 6.0 Referencias y apéndices

- 6.1** Apéndice A: Glosario de términos de la póliza.
- 6.2** Leyes, reglamentos y recursos.
  - 6.2.1** Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act), Ley Pública 111-148 (124 Estatuto 119 [2010]).
  - 6.2.2** Registro Federal y Pautas Federales Anuales de Pobreza.
  - 6.2.3** Publicación del Servicio de Impuestos Internos, Instrucciones de 2014 para el Anexo H (Formulario 990).
  - 6.2.4** Aviso del Servicio de Impuestos Internos 2010-39.
  - 6.2.5** Código del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service Code), Artículo 26, Secciones 1, 53 y 602 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, CFR), RIN 1545-BK57; RIN 1545-BL30; RIN 1545-BL58 – Requisitos Adicionales para Hospitales de Beneficencia.
  - 6.2.6** Catholic Health Association of the United States: A Guide for Planning & Reporting Community Benefit (Guía para planificar y reportar los beneficios de la comunidad), edición 2012.

## 7.0 Aprobación

Los siguientes representantes de MHS aprobaron esta póliza.

Joyce Tamori, directora de Finanzas del área, Maui Health System

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Título de la póliza: Póliza de asistencia financiera</b>	<b>Número de póliza: 100-101-55</b>
<b>Departamento a cargo: Finanzas</b>	<b>Fecha de vigencia: 1.º de julio de 2017</b>
<b>Custodio: Director de Finanzas del área</b>	<b>Página: 12 de 13</b>

## Apéndice A

### Glosario de términos

**Asesoramiento financiero.** Es el proceso que se usa para ayudar a los pacientes a explorar las diversas opciones de financiamiento y cobertura de salud que tienen a su disposición para pagar los servicios prestados en los centros de atención de MHS. Los pacientes que pueden buscar asesoramiento financiero incluyen, entre otros, los que pagan sus propios gastos, los que no tienen seguro, los que tienen un seguro insuficiente y los que manifestaron la incapacidad de pagar la totalidad de sus obligaciones.

**Asistencia financiera.** Brinda asignaciones monetarias para pagar los costos médicos a pacientes elegibles que no pueden pagar todo o parte de los servicios necesarios desde el punto de vista médico, y que han agotado las fuentes de pago públicas y privadas. Es necesario que las personas cumplan los criterios del programa para recibir la asistencia para cubrir algunos o todos los costos de la atención médica.

**Atención de beneficencia.** Son los servicios médicos o de salud, los productos o los medicamentos proporcionados a un costo reducido o sin costo a pacientes que no tienen la capacidad para pagar o no cuentan con la cobertura de un seguro médico.

**Centros de atención de MHS.** Incluye cualquier instalación física, incluida la parte interior o exterior de un edificio, operado por MHS para la gestión de las funciones de negocios de MHS, incluida la prestación de atención médica al paciente (es decir, un edificio o un piso de MHS, una unidad, u otra área interior o exterior de un edificio que no pertenece a MHS).

**Con seguro insuficiente.** Es una persona que, a pesar de tener cobertura de atención médica, debe pagar primas de seguro, copagos, coseguros y deducibles que presentan una carga financiera tan importante que retrasan o no reciben los servicios de atención médica necesarios debido a los gastos de su propio bolsillo.

- En cualquiera de los lugares mencionados anteriormente pero que esté en un hospital o alguna otra institución durante un periodo corto (hasta 30 días consecutivos).
- En el lapso de una semana lo darán de alta de una institución, como un centro de salud mental o de tratamiento para el abuso de sustancias, en la que la persona haya residido durante más de 30 días consecutivos y no se haya identificado una residencia subsiguiente y la persona carezca de los recursos económicos y las redes sociales de apoyo necesarias para obtener una vivienda.
- En lugares que no están destinados a ser habitados por seres humanos, como automóviles, parques, banquetas, edificios abandonados (en la calle).
- En un refugio de emergencia.
- En una vivienda transitoria o de apoyo a las personas sin hogar que provengan originalmente de las calles o de refugios de emergencia.

**Equipo médico duradero (DME).** Incluye, entre otros, bastones estándar, muletas, nebulizadores, suministros que se proporcionan como parte de los beneficios, unidades de tracción para puerta de uso en el hogar, sillas de ruedas, andaderas, camas de hospital y oxígeno para uso

<b>Título de la póliza: Póliza de asistencia financiera</b>	<b>Número de póliza: 100-101-55</b>
<b>Departamento a cargo: Finanzas</b>	<b>Fecha de vigencia: 1.º de julio de 2017</b>
<b>Custodio: Director de Finanzas del área</b>	<b>Página: 13 de 13</b>

en el hogar, según se especifique en los criterios del DME. El DME no incluye suministros ortopédicos, protésicos (por ejemplo, férulas o aparatos ortopédicos dinámicos, y laringe artificial y suministros), suministros de venta sin receta y artículos blandos (por ejemplo, suministros urológicos y para heridas).

**Estudio socioeconómico.** Es el método mediante el cual se usan las fuentes externas de datos o la información que proporciona el paciente para determinar la elegibilidad para un programa de cobertura pública o asistencia financiera según si los ingresos de la persona son superiores a un porcentaje especificado de las pautas federales de pobreza.

**Falta de hogar.** Describe el estado de una persona que vive en alguno de los lugares que se describen a continuación, o bien que se encuentra en una de las siguientes situaciones:

**Fuentes externas de datos.** Son terceros proveedores, agencias de informes de crédito, etcétera, que proporcionan información sobre la situación económica que MHS usa para validar o confirmar la situación económica de un paciente cuando evalúa la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera.

- Lo desalojarán de una unidad de vivienda privada en un plazo de una semana o está escapando de una situación de violencia doméstica sin tener una residencia subsiguiente identificada y carece de los recursos y las redes de apoyo necesarias para obtener una vivienda.

**No asegurado.** Es una persona que no tiene seguro de atención médica ni asistencia financiera estatal o federal que le ayude a pagar los servicios de atención médica.

**Orden de comparecencia inmediata.** Es un proceso que inicia un tribunal, y que ordena a las autoridades traer ante el tribunal a la persona que cometió desacato civil, como una orden de arresto.

**Paciente elegible.** Es un individuo que cumple los criterios de elegibilidad que se describen en esta póliza, ya sea que (1) no tenga seguro; (2) reciba cobertura mediante un programa público (es decir, Medicare, Medicaid o una cobertura de atención médica subsidiada que se adquirió por medio de un intercambio de información médica); o (3) reciba cobertura mediante un plan de salud o un seguro comercial.

**Pautas federales de pobreza (FPG).** Establecen los niveles de ingresos anuales para determinar la pobreza según lo estipulado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y se actualizan cada año en el Registro Federal.

**Poblaciones vulnerables.** Incluyen grupos demográficos cuya salud y bienestar se consideran en mayor riesgo en comparación con la población general, debido al estado socioeconómico, enfermedades, etnia, edad o cualquier factor que los haga vulnerables.

**Red de seguridad.** Se refiere a un sistema de organizaciones sin fines de lucro o agencias gubernamentales que proporcionan servicios de atención médica directa a personas que no están aseguradas en un establecimiento comunitario como un hospital público, una clínica comunitaria, una iglesia, un refugio para personas sin hogar, una unidad de salud móvil, una escuela, etc.

**Suministros médicos.** Se refiere al material médico no reutilizable, como férulas, cabestrillos, vendaje para heridas y vendajes que coloca un proveedor de atención médica autorizado cuando proporciona servicios necesarios desde el punto de vista médico, y no incluye los materiales que el paciente compra u obtiene de otras fuentes.