VANDERBILT UNIVERSITY MEDICAL CENTER

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

PROPÓSITO:

Definir los procesos de elegibilidad, solicitud y aprobación para la asistencia financiera que se ofrece a los pacientes sin seguro, con seguro insuficiente y médicamente indigentes que indiquen que no pueden pagar atención de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria que se den en Vanderbilt University Medical Center.

ALCANCE:

Esta política cumple la declaración de la sección Alcance que se presenta en la Política de Ciclo de ingresos y finanzas en la sección Políticas.

DEFINICIONES:

Ingresos brutos ajustados: Los ingresos brutos ajustados (AGI) son los ingresos brutos menos los ajustes a los ingresos. Los AGI son una medida de ingresos que se calculan a partir de sus ingresos brutos y se usan para determinar qué cantidad de sus ingresos está sujeta a impuestos.

Proceso alternativo de beneficencia: La elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera de VUMC, determinada según criterios que demuestran la necesidad económica y no según la información que hayan proporcionado el paciente o su familia.

Es posible que la información adicional que se reciba después de la cualificación mediante el proceso alternativo de beneficencia no cambie la determinación.

Cantidades generalmente facturadas (AGB): La Sección 501(r) del IRS exige que los hospitales limiten las cantidades que se cobran por atención de emergencia y por otro tipo de atención médicamente necesaria que se da a personas elegibles para recibir asistencia financiera a cantidades que no sean mayores que las que se facturan normalmente (AGB) a las personas con seguro. El cálculo de las AGB se actualiza anualmente.

Proceso de solicitud: Es un proceso por el que un paciente o el representante adecuado de un paciente completan un formulario electrónico o impreso que le da a VUMC información sobre los ingresos o el tamaño del grupo familiar del paciente. Los representantes apropiados de VUMC evaluarán todas las solicitudes caso por caso, teniendo en cuenta la condición médica, la situación laboral y las posibles ganancias futuras.

Deuda incobrable: Son las obligaciones financieras de pacientes que no se cobraron, que no se resolvieron al final del ciclo de facturación del paciente y por las que no se registró una incapacidad de pago.

Medicamentos para el alta: En un sentido amplio, se definen como los medicamentos con receta o los artículos para uso del paciente que se venden en la farmacia de VUMC y que son necesarios para la atención continua del paciente después de recibir el alta del hospital, del consultorio médico o de otro centro clínico de VUMC.

Servicios elegibles de atención médica: Son los servicios de emergencia y otro tipo de atención médicamente necesaria. Consulte el Apéndice A para leer una lista de los servicios que se excluyen de los Servicios elegibles de atención médica.

Obligación calculada del paciente: Es la obligación financiera calculada del paciente que se adeuda a VUMC por cargos técnicos y de profesionales, por los servicios elegibles de atención médica que el

paciente recibió. Esta cantidad se determina según los beneficios del seguro del paciente para el servicio programado específico e incluye deducibles, copagos, coseguro y servicios no cubiertos.

Medidas extraordinarias de cobro (ECA): Son medidas que requieren un proceso legal o judicial, que conllevan la venta de una deuda a un tercero o el reporte de información desfavorable a agencias u oficinas de crédito. VUMC determinará la elegibilidad para beneficencia antes de tomar cualquier medida extraordinaria de cobro. Se debe dar una notificación al menos 30 días antes de iniciar ECA específicas y la misma debe cumplir los requisitos de información. Como se define en la Sección 501(r) del Código del IRS, las medidas que requieren un proceso legal o judicial incluyen:

- determinados gravámenes;
- ejecución hipotecaria de inmuebles;
- incautación o embargo de una cuenta bancaria o de otros bienes personales;
- inicio de una acción civil contra una persona;
- medidas que den lugar al arresto de una persona;
- medidas que den lugar a que una persona esté sujeta a una orden de arresto por falta de comparecencia; y,
- embargo del salario.

Proceso de evaluación externa: Es un proceso para determinar si un paciente califica para recibir la asistencia financiera de VUMC, que no incluye completar una solicitud de asistencia financiera. El proceso de evaluación se puede hacer en persona o por teléfono, y se usa un proveedor externo para analizar los ingresos y el tamaño del grupo familiar del paciente para evaluar la necesidad económica.

Familia: Es el paciente, el cónyuge o la pareja de hecho del paciente (viva o no en la casa) y todos los hijos (biológicos o adoptivos) del paciente que sean menores de dieciocho (18) años y que vivan en la casa. Si el paciente es menor de 18 años, el término “Familia” incluye al paciente, a sus padres biológicos o adoptivos (vivan o no en la casa) y a los demás hijos (biológicos o adoptivos) de los padres, que sean menores de 18 años.

Asistencia financiera o descuentos de asistencia financiera: Son los descuentos o la eliminación del pago de los servicios de atención médica que se prestan a los pacientes elegibles con necesidades económicas verificadas y registradas. Los descuentos de asistencia financiera que se ofrecen según esta política incluyen:

- **Asistencia financiera:** Son los descuentos que se ofrecen a los pacientes para pagar las facturas médicas según las directrices de ingresos.
- **Asistencia financiera por gastos catastróficos:** Son los descuentos que se ofrecen a los pacientes cuando los gastos médicos elegibles no reembolsados en VUMC, en los que se ha incurrido en un período de un año, superan los ingresos anuales del grupo familiar.

Asesor financiero: Son los representantes de VUMC responsables de evaluar las obligaciones de un paciente, identificar las opciones de financiamiento público (Medicare, Medicaid, etc.) y ayudar con las mismas, determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera y establecer planes de pago.

Directrices federales de pobreza (FPG): Son las directrices federales de pobreza que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services)

publica anualmente y que están vigentes en la fecha de prestación del servicio para el que es posible que se ofrezca asistencia financiera.

Método retroactivo: Es la metodología que se especifica en la Sección 501(r) del Código del IRS y que VUMC eligió para determinar las AGB. Un centro hospitalario que determina las AGB según el método retroactivo puede usar los reclamos por toda la atención médica permitida durante un período previo de 12 meses para calcular las AGB.

Pago por cuenta propia: Se refiere a los pacientes que no tienen cobertura de seguro o que deciden no usar la cobertura de seguro para servicios/eventos específicos. Esto no incluye a los pacientes con cobertura de carácter religioso según la Ley del cuidado de la salud a bajo precio (Affordable Care Act).

Cargos de profesionales: Son los cargos de los proveedores médicos que se generan a partir de la visita de un paciente a un centro de atención médica. Los ejemplos de proveedores médicos incluyen médicos, enfermeros de práctica avanzada, anestesiólogos, dentistas, etc.

Farmacia: Es una farmacia con contrato con VUMC, autorizada como farmacia por el Estado de Tennessee para vender o distribuir medicamentos a los pacientes. La dispensación de medicamentos de una farmacia es una transacción del paciente en el punto de venta, separada de las demás transacciones, sujeta a su propio proceso de facturación e independiente de una visita a la clínica o de una consulta en el hospital.

Cargos técnicos: Son los cargos que se generan a partir de la visita de un paciente a un hospital o a un centro designado por el hospital. La factura del hospital menciona los servicios que recibió un paciente, como procedimientos, visitas, pruebas, medicamentos y suministros.

Pacientes con seguro insuficiente: Son los pacientes con seguro que reciben servicios elegibles de atención médica que se determina que son servicios no cubiertos o que tienen cobertura de beneficios limitada del proveedor de seguros. Esto excluye a los pacientes miembros de ministerios de atención médica compartida, como se define en la Ley del cuidado de la salud a bajo precio. Esto no se aplica a planes de beneficios definidos o para enfermedades específicas, ya que los mismos no se consideran planes de cobertura de seguro de atención médica.

Pacientes sin seguro: Son los pacientes que no tienen cobertura de seguro. No incluye a los pacientes con planes de carácter religioso según la Ley del cuidado de la salud a bajo precio.

Vanderbilt University Medical Center (VUMC) o Vanderbilt Health: Vanderbilt University Hospital, Monroe Carell Jr. Children's Hospital en Vanderbilt, Vanderbilt Psychiatric Hospital, Vanderbilt Medical Group, Vanderbilt Academic and Research Enterprise, Medical Center Administration, Vanderbilt Wilson County Hospital, Vanderbilt Bedford Hospital, Vanderbilt Tullahoma-Harton Hospital u otra entidad consolidada similar de atención médica.

POLÍTICA:

I. Introducción:
II. Criterios de elegibilidad
III. Bases para calcular los cargos del paciente y las cantidades generalmente facturadas
IV. Método para pedir asistencia financiera
V. Medidas que se pueden tomar ante la falta de pago
VI. Uso de medidas extraordinarias de cobro

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

VII. Información de elegibilidad obtenida de otras fuentes
VIII. Otra información

I. Introducción:

VUMC tiene el compromiso de prestar servicios elegibles de atención médica, independientemente de la capacidad de pago de un paciente. Los pacientes que demuestren que no pueden pagar y que cumplan los criterios económicos de calificación de esta política tendrán cobertura según la Política de asistencia financiera. Los pacientes reciben información sobre la Política de asistencia financiera de VUMC principalmente mediante el sitio web de VUMC, por medio de asesores financieros, personal de admisión y registro del Departamento de emergencias, el servicio de atención al cliente del Departamento de servicios financieros para pacientes, letreros, y folletos que se distribuyen en los hospitales y las clínicas de VUMC. La información del sitio web figura en todas las facturas, con un enlace a un resumen de esta política en lenguaje sencillo. Los pacientes que no tienen acceso a internet pueden ponerse en contacto con los Servicios financieros para pacientes de VUMC para consultar esta política. Esto se puede hacer en inglés, español y árabe.

Esta política se aplica a Vanderbilt Medical Group y a todos los proveedores de atención de emergencia y de otro tipo de atención médicamente necesaria que sean empleados de VUMC y que trabajen en los centros de VUMC. Puede encontrar una lista de los proveedores de atención médica de emergencia y de otro tipo de atención médicamente necesaria que no están cubiertos por la Política de asistencia financiera en https://www.vanderbilthealth.com/financialassistance/. La lista especifica los proveedores o grupos de proveedores que dan atención en los centros de VUMC que están cubiertos por la Política de asistencia financiera y los que no.

II. Criterios de elegibilidad

VUMC usa cuatro métodos posibles para determinar si un paciente sin seguro o con seguro insuficiente es elegible para recibir asistencia financiera. El primero es la participación en programas de asistencia del estado (Medicaid). Los pacientes que son elegibles para TennCare u otros programas estatales de Medicaid califican automáticamente para un descuento del 100 % (consulte el Apéndice B, C o D) sin necesidad de hacer más investigaciones. Los otros procesos para determinar la elegibilidad para beneficencia son: un proceso de solicitud, un proceso de evaluación externa y un proceso alternativo de beneficencia.

En el proceso de solicitud, los pacientes completan un formulario electrónico o impreso y aportan documentación para comprobar los ingresos y el tamaño del grupo familiar del paciente (consulte el Apéndice E para ver la solicitud). Es posible que VUMC también complemente la solicitud con información que se obtenga en el proceso de evaluación externa para validar la información recibida del proceso de solicitud. VUMC se comunicará de manera proactiva con los pacientes sin seguro y con saldos de más de $250,000 en un plazo de 45 días a partir del primer estado de cuenta para intentar obtener una solicitud en un formulario detallado.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

VUMC usa un proceso de evaluación externa para determinar los ingresos aproximados y el tamaño del grupo familiar, con el propósito de evaluar la elegibilidad para atención de beneficencia y las cantidades de posibles descuentos. El proceso de evaluación externa proporciona un método sistemático para dar asistencia financiera a pacientes con necesidades económicas aplicables, ya que informa a VUMC de cuáles son los ingresos aproximados y el tamaño del grupo familiar del paciente. Los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera según el proceso de evaluación externa reciben descuentos, como se describe en los Apéndices B, C o D, para servicios elegibles para fechas retroactivas y visitas posteriores durante seis meses. El conjunto de normas del modelo se diseñó para evaluar a cada paciente con los mismos estándares. El proceso de evaluación externa le permite a VUMC evaluar si un paciente es similar a otros pacientes que históricamente han calificado para recibir asistencia financiera según el proceso de solicitud. Es posible que se evalúe a los pacientes sin seguro mediante el proceso de evaluación externa en cualquier momento para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera. Para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera, se evaluará a los pacientes con seguro insuficiente mediante el proceso de evaluación externa después de 120 días sin recibir pagos o sin que se haya iniciado una solicitud de asistencia financiera. VUMC le dará al proveedor el nombre del paciente, la dirección, el número de Seguro Social (SSN), la fecha de nacimiento (DOB) y el número de teléfono como parte de este proceso de determinación.

El proceso alternativo de beneficencia se usa para casos en los que el paciente NO es elegible para Medicaid, pero parece ser elegible para recibir descuentos de atención de beneficencia, pero no hay un formulario para asistencia financiera en su expediente porque el paciente no puede aportar la documentación de que se necesita habitualmente para aprobar una solicitud de asistencia financiera tradicional. Es posible que la elegibilidad según la política de asistencia financiera se determine según las circunstancias individuales de vida que el paciente haya reportado, incluyendo, entre otras:

1. programas de medicamentos con receta financiados por el estado;
2. personas sin hogar o que reciben atención de una clínica para personas sin hogar;
3. participación en programas para mujeres, bebés y niños (WIC);
4. elegibilidad para recibir cupones de comida;
5. elegibilidad para el programa de subsidio de almuerzos escolares;
6. elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales sin financiamiento (p. ej., TennCare Spend-down).
7. se da la dirección de una vivienda para familias de bajos ingresos/subvencionada como domicilio válido; y
8. el paciente muere sin patrimonio conocido.

Los pacientes que son elegibles para recibir asistencia financiera según el proceso alternativo de beneficencia califican automáticamente para un descuento del 100 % (consulte los Apéndices B, C o D) sin necesidad de hacer más investigaciones.

Es posible que se use el proceso alternativo de beneficencia en cualquier momento antes o después del período de 120 días. Los descuentos se aplicarán a las cuentas por atención médicamente necesaria que se prestó al paciente, por cargos técnicos y de profesionales. Los servicios elegibles posteriores que se presten durante los seis meses siguientes a la fecha de aprobación del descuento también recibirán el mismo descuento. Después de seis meses, se deberá volver a procesar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.

La cualificación para asistencia financiera se basará únicamente en la combinación del tamaño del grupo familiar y los ingresos brutos ajustados anuales del paciente (o del grupo familiar del paciente, si presentan una declaración conjunta) para el año más reciente disponible, según las declaraciones de impuestos más recientes, la información de ingresos que se obtenga en el proceso de evaluación externa o la información que se obtenga de los documentos más recientes que se mencionan abajo. El cálculo de los ingresos brutos ajustados anuales y el tamaño del grupo familiar se basan en la información que se obtenga de las declaraciones recientes de impuestos familiares y se debe proporcionar para verificar los ingresos y el tamaño del grupo familiar.

Si un solicitante no tiene declaraciones de impuestos actuales o si no se recibió información para el proceso de evaluación externa, VUMC puede aceptar formularios W9, 1099, cartas de adjudicación de cupones de comida, cartas de adjudicación de beneficios por discapacidad, otra documentación oficial del gobierno sobre ingresos, recibos de pago de tres meses o extractos bancarios de un año.

Para cumplir los requisitos de ingresos, los ingresos brutos ajustados del paciente (o del grupo familiar del paciente) para el año actual o para el año anterior no pueden ser superiores a 2.5 veces lo que establecen las directrices federales de pobreza (FPG). Para los pacientes con ingresos brutos ajustados menores o iguales que 2 veces lo que establecen las FPG, se aplicará un 100 % de descuento de asistencia financiera a la obligación calculada del paciente. Para pacientes con ingresos brutos ajustados superiores a 2 veces, pero menores o iguales que 2.5 veces lo que establecen las FPG para el año más reciente, se aplicará un descuento de escala variable a la obligación calculada del paciente en incrementos de porcentaje según los ingresos y el tamaño del grupo familiar. Consulte los Apéndices B, C o D.

Si los ingresos brutos ajustados del paciente son 2.5 veces superiores a lo que establecen las FPG, el paciente aún puede ser elegible para recibir asistencia financiera por gastos catastróficos si los gastos médicos no reembolsados del paciente en VUMC durante un período de un año superan el 100 % de los ingresos anuales del grupo familiar de la parte responsable, según lo que se describe en la política de descuentos para pacientes. Consulte el Apéndice G.

Consulte los Apéndices B, C o D para obtener información sobre las cantidades actuales de descuento que se ofrecen según las directrices federales de pobreza para el año en curso.

Se debe hacer un seguimiento minucioso de los pacientes para determinar, en cuanto sea conveniente, si necesitan asistencia de beneficencia. En cuanto se observe la necesidad, se

debe informar al paciente del programa de asistencia financiera y se le debe recomendar que complete la solicitud. Se debe animar a los pacientes a que completen la solicitud en un plazo de ciento veinte (120) días a partir de la fecha en que VUMC envíe la primera factura después del alta. VUMC no tomará medidas extraordinarias de cobro durante este período. Si el paciente inicia el proceso de solicitud o de evaluación externa durante el período de 120 días, pero no puede terminar este proceso de solicitud, se le darán al menos otros 120 días después de la fecha de la solicitud para terminar dicho proceso antes de que VUMC tome medidas extraordinarias de cobro. Es posible que se use el proceso alternativo de beneficencia en cualquier momento antes o después del período de 120 días.

Los descuentos se aplicarán a las cuentas por atención médicamente necesaria que se prestó al paciente, por cargos técnicos y de profesionales. Los servicios elegibles posteriores que se presten durante los seis meses siguientes a la fecha de aprobación del descuento también recibirán el mismo descuento. Después de seis meses, se deberá volver a procesar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.

III. Bases para calcular los cargos del paciente y las cantidades generalmente facturadas (AGB)

A los pacientes que cumplan los criterios de elegibilidad de VUMC que se definen en esta política no se les cobrará más por la atención de emergencia ni por otro tipo de atención médicamente necesaria que la cantidad que se factura generalmente a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. Sin embargo, a todos los pacientes sin seguro que reciban servicios elegibles de atención médica se les dará un descuento para pacientes sin seguro antes de la primera factura. Este descuento para pacientes sin seguro se ofrece independientemente de la situación económica del paciente. Dicho descuento puede clasificarse en última instancia como un descuento de asistencia financiera, si el paciente cumple los criterios basados en los ingresos que se identifiquen mediante el Proceso de evaluación externa o el Proceso de solicitud tradicional. Según las normas de Tennessee, los pacientes sin seguro no deben pagar por servicios una cantidad que supere el ciento setenta y cinco por ciento (175 %) del costo de los servicios que se presten (se calcula usando la relación costo-cargo que figura en el reporte anual conjunto más reciente). Consulte la política RC 3.7 de descuentos para los pacientes para obtener más información sobre los descuentos para los pacientes sin seguro.

Según los requisitos del Código de Impuestos Internos, sección 501 (r), VUMC calcula dos porcentajes de las AGB: un porcentaje de las AGB para todo VUMC, con excepción de Vanderbilt Wilson County Hospital (VWCH), y un porcentaje de las AGB aparte para VWCH. Para ambos porcentajes de las AGB, VUMC usa el “método retroactivo” para determinar el porcentaje de las AGB basado en los reclamos del período anterior de 12 meses. Los porcentajes de las AGB se determinan usando el reembolso previsto calculado de todos los

reclamos admitidos por la cobertura de tarifa por servicio de Medicare y todas las compañías privadas de seguro médico, y dividiendo ese reembolso total por el total de los cargos para los mismos reclamos. Los porcentajes resultantes representan las AGB para Medicare y para las compañías privadas de seguro. VUMC incluye los reclamos hospitalarios y médicos que se producen en el hospital y en clínicas que operan en hospitales en el cálculo de las AGB. VUMC quita del cálculo todos los reclamos que las compañías de seguro correspondientes hayan denegado al 100 % y los reclamos que figuren como saldo acreedor. Los porcentajes de las AGB se actualizan anualmente basándose en el análisis que se describe arriba.

Consulte el Apéndice H para ver los porcentajes actuales de las AGB.

IV. Método para pedir asistencia financiera

Los pacientes pueden obtener solicitudes para asistencia financiera en el siguiente sitio web: https://www.vanderbilthealth.com/information/financial-assistance

o comunicándose con el Servicio al cliente:

VUMC Customer Service
719 Thompson Lane, Suite 30330
Nashville, TN 37204
(615) 936-0910

Llame al (866) 402-3211 por servicios que se hayan prestado en los siguientes centros:

- Vanderbilt Wilson County Hospital (servicios que se hayan prestado antes del 1 de agosto 2019)
- Vanderbilt Bedford Hospital
- Vanderbilt Tullahoma-Harton Hospital

Los pacientes también pueden obtener solicitudes para asistencia financiera comunicándose con los centros de registro de pacientes hospitalizados de VUMC:

Centros para pacientes hospitalizados:
Oficina de admisiones de VUMC, 1107
1211 Medical Center Drive,
Nashville, TN 37232
615-322-5000
MCJCHV Business Center, 1st floor
2200 Children's Way
Nashville, TN 37232
615-936-1000

Vanderbilt Wilson County Hospital (VWCH),
1411 Baddour Parkway
Lebanon, TN 37087
866-402-3211

Vanderbilt Tullahoma-Harton Hospital (VTHH)
1801 N Jackson St
Tullahoma, TN 37388
866-402-3211

Vanderbilt Bedford Hospital (VBCH)
2835 US-231
Shelbyville, TN 37160
866-402-3211

Los pacientes deben enviar por correo las solicitudes de asistencia financiera completadas a la siguiente dirección: VUMC Customer Service
719 Thompson Lane, Suite 30330
Nashville, TN 37204

Las determinaciones de elegibilidad para el programa normalmente se toman en un plazo de treinta (30) días laborables después de haberlas recibido.

La Política de asistencia financiera se aplica a Vanderbilt Medical Group y a todos los proveedores de atención de emergencia y de otro tipo de atención médicamente necesaria que sean empleados de VUMC y que trabajen en centros de VUMC. Puede encontrar una lista de los proveedores de atención médica de emergencia y de otra atención médicamente necesaria que están cubiertos por la Política de asistencia financiera y de los que no están cubiertos en https://www.vanderbilthealth.com/financialassistance/.

V. Medidas que se pueden tomar ante la falta de pago

Los pacientes recibirán las facturas mensuales por cantidades superiores a $5 que VUMC determine que son su responsabilidad, después de que se hayan aplicado los pagos del plan de seguro.

Los pacientes recibirán facturas o llamadas telefónicas durante un período de ciento veinte (120) días para recordarles sus facturas. En ese período, se espera que los pacientes paguen la totalidad de sus facturas, que establezcan un plan de pagos o que pidan asistencia financiera.

VI. Uso de medidas extraordinarias de cobro (ECA)

VUMC procura ayudar a todos los pacientes antes de recurrir a una agencia de cobro. Los pacientes tendrán ciento veinte (120) días desde la fecha en que se genera la primera factura

para completar el proceso de solicitud de asistencia financiera o el proceso de evaluación externa antes de que se considere tomar medidas extraordinarias de cobro o antes de que se tomen. Consulte la Política de cobro a los pacientes para leer una descripción de los esfuerzos razonables que hacen VUMC y sus agencias de cobro para determinar la elegibilidad de una persona para la asistencia financiera antes de tomar medidas extraordinarias de cobro contra esa persona.

En ciertos casos, VUMC puede decidir que un abogado participe en el proceso de cobro. Este paso se daría después de que los directivos del área de Servicios financieros para pacientes examinen primero cada caso, para determinar si se ha hecho todo lo razonablemente posible por ayudar al paciente a obtener la asistencia financiera de VUMC antes de tomar las medidas extraordinarias de cobro. Esa documentación se presentará al vicepresidente adjunto del área de Servicios financieros para pacientes y al vicepresidente del área de Ciclo de ingresos para su revisión y aprobación antes de recurrir a una medida extraordinaria de cobro.

VII. Información de elegibilidad obtenida de otras fuentes

A los pacientes que no respondan a las consultas de VUMC se los podrá evaluar mediante un proceso de evaluación externa para determinar los ingresos aproximados para la elegibilidad para recibir asistencia financiera, antes de asignar el caso a una agencia de cobro.

Como se señaló arriba, si la cuenta de un paciente tiene un saldo pendiente de pago que supera los $1,000 y no hay otra parte que sea responsable de la factura, VUMC enviará la información del paciente para que se haga un Proceso de evaluación externa, para determinar las cantidades aproximadas de ingresos, antes de enviarla al área de cobros, y aplicará automáticamente el descuento correspondiente si el paciente califica.
VUMC le dará al proveedor el nombre del paciente, la dirección, el número de Seguro Social, la fecha de nacimiento y el número de teléfono como parte de este proceso de determinación.

VIII. Otra información

Los pacientes sin seguro recibirán un descuento para pacientes sin seguro independientemente de su situación económica. Con el tiempo, el descuento para pacientes sin seguro se puede reclasificar como descuento de asistencia financiera si, posteriormente, el paciente cumple los requisitos que se describen en esta política.

Si un paciente presenta una solicitud completa de asistencia financiera y se determina que es elegible, VUMC le reembolsará cualquier cantidad que el paciente haya pagado por la atención que supere la cantidad que se determine que es personalmente responsable de pagar.

Habitualmente, los pacientes de VUMC reciben recetas de productos farmacéuticos, para facilitar su atención después del alta, como un componente de su plan de atención continua.

La naturaleza del proceso de alta es transitoria y se diseñó para organizar de manera efectiva y eficaz la atención del paciente en el siguiente lugar. Los medicamentos del alta que se deben obtener en una farmacia son un componente clave de la transición de la atención del paciente. Sin embargo, las farmacias siguen un modelo de punto de venta que exige que se salden las obligaciones antes de dispensar los medicamentos, lo que puede ser una barrera para las transiciones de atención de los pacientes. Por lo tanto, VUMC permite que los profesionales involucrados en la atención clínica del paciente determinen la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera para los medicamentos del alta sin esperar un pago. Los pacientes recibirán los medicamentos del alta sin costo durante un período específico a pedido de Servicios Sociales, de los médicos, los enfermeros, el farmacéutico, los administradores de casos o los especialistas autorizados.

Las iniciativas de extensión comunitaria de VUMC para atender a las personas sin seguro en el área metropolitana de Nashville incluyen clínicas que opera VUMC directamente, como Shade Tree Clinic, la clínica de extensión comunitaria de enfermeros de práctica avanzada (también conocida como Clinic at Mercury Courts) para determinados pacientes y Homeless Street Clinic, además de iniciativas de colaboración con otras organizaciones benéficas independientes, incluyendo Siloam Clinic. El compromiso clínico de VUMC con estos pacientes puede ir desde darles medicamentos con receta gratis hasta aceptar remisiones para servicios clínicos para condiciones más graves sin esperar pagos. Los pacientes que se atienden en estas clínicas o a los que se remite a VUMC son elegibles para recibir asistencia financiera mediante el Proceso alternativo de beneficencia.

El personal del Departamento de servicios financieros para pacientes de VUMC toma la decisión final sobre la asistencia financiera. Se ofrece un proceso de apelación, para el que se debe completar la solicitud de apelación. La solicitud y las instrucciones para su presentación se incluyen en el Apéndice F.

Para los pacientes que reciben servicios médicos elegibles, que califican o que calificaron para Medicaid y cuyo programa estatal de Medicaid se considera en quiebra, VUMC pasará inmediatamente a Asistencia financiera el 100 % de los saldos que no se hayan pagado. No será necesario que el paciente complete una solicitud de Asistencia financiera, ya que se consideraba que calificaba para Medicaid en el estado correspondiente.

Cualquier excepción a esta política la deben aprobar el director ejecutivo o el director financiero de VUMC.

La Asistencia financiera se calcula según las directrices federales de pobreza que se establecen en los Apéndices B, C o D.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Información de contacto
Si necesita asistencia para completar una solicitud de Asistencia financiera o si tiene preguntas sobre la Asistencia financiera en general o sobre el proceso de elegibilidad, puede enviar un correo electrónico a financial.assistance@vumc.org o comunicarse con:
VUMC Customer Service
719 Thompson Lane, Suite 30330
Nashville, TN 37204
(615) 936-0910

Llame al (866) 402-3211 por servicios que se hayan prestado en los siguientes centros:

- Vanderbilt Wilson County Hospital (servicios que se hayan prestado antes del 1 de agosto 2019)
- Vanderbilt Bedford Hospital
- Vanderbilt Tullahoma-Harton Hospital

ANEXOS:
Apéndice A: Servicios que se excluyen de los servicios elegibles de atención médica
Apéndice B: Directrices de beneficencia para Vanderbilt University Medical Center para el año 2020
Apéndice C**:** Directrices de beneficencia para Vanderbilt Wilson County Hospital (VWCH) para el año 2020
Apéndice D: Directrices de beneficencia para Vanderbilt Bedford Hospital (VBCH) y Vanderbilt Tullahoma-Harton Hospital (VTHH) para el año 2020
Apéndice E: Solicitud de asistencia financiera
Apéndice F: Solicitud de apelación para la asistencia financiera
Apéndice G: Directrices para la atención catastrófica
Apéndice H: Cantidades generalmente facturadas (AGB)
Apéndice I: Lista de proveedores con/sin cobertura de la Política de asistencia financiera de VUMC

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

APÉNDICE A: SERVICIOS QUE SE EXCLUYEN DE LOS SERVICIOS ELEGIBLES DE ATENCIÓN MÉDICA

Los siguientes servicios se excluyen de la definición de “Servicios elegibles de atención médica” y la Política de asistencia financiera no los cubre:

- Servicios sin cobertura
- Servicios cosméticos o electivos que no son médicamente necesarios;
- Servicios sensibles al mercado, cuando se hayan desarrollado y aplicado precios alternativos;
- Servicios experimentales;
- Servicios de trasplante;
- Tratamientos farmacológicos que haya revisado el Subcomité ERT del Comité P&T;
- Servicios de clínicas médicas en comercios (Retail Health Clinics);
- Artículos de farmacia y de farmacia de especialidades;
- Servicios de guardia de Vanderbilt Health; y
- Pruebas moleculares específicas (por ejemplo: PREDICT y pruebas del exoma completo) para las que se haya desarrollado un precio alternativo.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

APÉNDICE B: DIRECTRICES DE BENEFICENCIA PARA VANDERBILT UNIVERSITY MEDICAL CENTER PARA EL AÑO 2021

Directrices de beneficencia para Vanderbilt University Medical Center para el año 2021

Tamaño de la familia	Directrices de pobreza de 2021	100 % de la obligación calculada del paciente Ingresos del grupo familiar Entre	80% de la obligación calculada del paciente Ingresos del grupo familiar Entre	70% de la obligación calculada del paciente Ingresos del grupo familiar Entre
1	$12,880	$0 y $25,760	$25,761 y $28,980	$28,981 y $32,200
2	$17,420	$0 y $34,840	$34,841 y $39,195	$39,196 y $43,550
3	$21,960	$0 y $43,920	$43,921 y $49,410	$49,411 y $54,900
4	$26,500	$0 y $53,000	$53,001 y $59,625	$59,626 y $66,250
5	$31,040	$0 y $62,080	$62,081 y $69,840	$69,841 y $77,600
6	$35,580	$0 y $71,160	$71,161 y $80,055	$80,056 y $88,950
7	$40,120	$0 y $80,240	$80,241 y $90,270	$90,271 y $100,300
8	$44,660	$0 y $89,320	$89,321 y $100,485	$100,486 y $111,650
Por cada miembro adicional del grupo familiar agregar	$4,540	$0 y $9,080	$9,081 y $10,215	$10,216 y $11,350

Las Directrices de beneficencia de VUMC se basan en las Directrices de pobreza para 2021 del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, vigentes a partir del 01/15/21.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

APÉNDICE C: DIRECTRICES DE BENEFICENCIA PARA VANDERBILT WILSON COUNTY HOSPITAL PARA EL AÑO 2021

Directrices de Beneficencia para Vanderbilt Wilson County Hospital para el año 2021							
Tamaño de la familia	Directrices de pobreza de 2021	100 % de la obligación calculada del paciente Ingresos del grupo familiar Entre			85% de la obligación calculada del paciente Ingresos del grupo familiar Entre		
1	$12,880	$0	y	$25,760	$25,761	y	$32,200
2	$17,420	$0	y	$34,840	$34,841	y	$43,550
3	$21,960	$0	y	$43,920	$43,921	y	$54,900
4	$26,500	$0	y	$53,000	$53,001	y	$66,250
5	$31,040	$0	y	$62,080	$62,081	y	$77,600
6	$35,580	$0	y	$71,160	$71,161	y	$88,950
7	$40,120	$0	y	$80,240	$80,241	y	$100,300
8	$44,660	$0	y	$89,320	$89,321	y	$111,650
Por cada miembro adicional del grupo familiar agregar	$4,540	$0	y	$9,080	$9,081	y	$11,350
Las Directrices de beneficencia de VWCH se basan en las Directrices de pobreza para 2021 del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, vigentes a partir del 01/15/21.							

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

APÉNDICE D: DIRECTRICES DE BENEFICENCIA PARA VANDERBILT BEDFORD HOSPITAL Y VANDERBILT TULLAHOMA-HARTON HOSPITAL PARA EL AÑO 2021

Directrices de Beneficencia para Vanderbilt Bedford Hospital y Vanderbilt Tullahoma-Harton Hospital para el año 2021							
Tamaño de la familia	Directrices de pobreza de 2021	100 % de la obligación calculada del paciente Ingresos del grupo familiar Entre			85% de la obligación calculada del paciente Ingresos del grupo familiar Entre		
1	$12,880	$0	y	$25,760	$25,761	y	$32,200
2	$17,420	$0	y	$34,840	$34,841	y	$43,550
3	$21,960	$0	y	$43,920	$43,921	y	$54,900
4	$26,500	$0	y	$53,000	$53,001	y	$66,250
5	$31,040	$0	y	$62,080	$62,081	y	$77,600
6	$35,580	$0	y	$71,160	$71,161	y	$88,950
7	$40,120	$0	y	$80,240	$80,241	y	$100,300
8	$44,660	$0	y	$89,320	$89,321	y	$111,650
Por cada miembro adicional del grupo familiar agregar	$4,540	$0	y	$9,080	$9,081	y	$11,350
Las Directrices de beneficencia de VBH y VTHH se basan en las Directrices de pobreza para 2021 del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, vigentes a partir del 01/15/21.							

APÉNDICE E: SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

VANDERBILT UNIVERSITY
MEDICAL CENTER

Solicitud de asistencia financiera de Vanderbilt University Medical Center

VUMC tiene el compromiso de atender a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Los pacientes que no pueden pagar los servicios pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera. Complete y devuelva el siguiente formulario que se evaluará para la asistencia financiera.

Nombre del solicitante *(primer nombre, segundo nombre, apellido)*	**Fecha de los servicios**	**Números de cuenta**

Instrucciones: Complete la solicitud y adjunte copias (no los originales) de:

- Declaraciones de impuestos y anexos de respaldo (de los 2 años anteriores)
- Seguro Social/Discapacidad, W-2 o desempleo (si corresponde)
- Recibos de pago* (de los últimos 3 meses)
- Cartas de cupones de comida* (si corresponde)

Lugar(es) del servicio

- Vanderbilt Medical Center (VUMC) ☐
- Vanderbilt Wilson County Hospital (VWCH) ☐
- Vanderbilt Tullahoma-Harton (VTHH) ☐
- Vanderbilt Bedford Hospital (VBCH) ☐

Paciente/Tercero responsable

Nombre *(primer nombre, segundo nombre, apellido)*		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento *(mes DD, AAAA)*	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Tamaño del grupo familiar (paciente, cónyuge y dependientes)		Estado civil	
Situación laboral ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Trabajador independiente ☐ Desempleado ☐ Estudiante			Nombre del empleador	
Antigüedad en el empleo	Fecha en que quedó desempleado/tiempo que lleva desempleado *(mes DD, AAAA)*		¿Está usted incluido en otra declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No (Si respondió "SÍ", proporcione las declaraciones de impuestos de las personas que se declaran)	

Cónyuge/Pareja

Nombre *(primer nombre, segundo nombre, apellido)*	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento *(mes DD, AAAA)*
Situación laboral ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Trabajador independiente ☐ Desempleado ☐ Estudiante		Nombre del empleador
Antigüedad en el empleo	Fecha en que quedó desempleado/tiempo que lleva desempleado *(mes DD, AAAA)*	

Dependientes (Si son más de 3, use una hoja aparte)

Nombre completo	Relación	Fecha de nacimiento *(mes DD, AAAA)*
1.		
2.		
3.		

Certificación

Certifico que toda la información incluida es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que la información se usará para determinar mi capacidad de pagar los servicios que presten VUMC o una entidad afiliada, y autorizo a que VUMC y todas las entidades, clínicas y hospitales afiliados compartan la información, según sea necesario, para evaluar mi pedido de asistencia financiera. Por medio del presente autorizo a VUMC, y a todos los afiliados y representantes o agentes de VUMC, a investigar la información de este documento y a obtener reportes de crédito.

Firma del Paciente/Tercero responsable	Fecha *(mes DD, AAAA)*
Firma del cónyuge/de la pareja	Fecha *(mes DD, AAAA)*

En 4 a 6 semanas usted recibirá una carta que le dirá si es elegible para recibir asistencia financiera. Si recibe una carta de aprobación, eso no significa que todos los servicios en VUMC estén aprobados ni que se aprobará la asistencia financiera para servicios futuros. Llame al equipo de servicio al cliente del departamento de facturación para pacientes de VUMC al 888-274-7849 para volver a presentar una solicitud. También puede enviar una nueva solicitud por correo electrónico o por correo. Si recibe una carta informándolo de que no es elegible para recibir asistencia financiera y quiere apelar la decisión, puede hacerlo enviando una solicitud completada de apelación para la asistencia financiera de VUMC por correo electrónico, por correo o por fax.

VANDERBILT UNIVERSITY MEDICAL CENTER
719 THOMPSON LANE, SUITE 30330
NASHVILLE, TN 37204
(615) 936-0910 - Phone
(615) 936-0620 - Fax
FINANCIAL.ASSISTANCE@VUMC.ORG

APÉNDICE F: SOLICITUD DE APELACIÓN PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

VANDERBILT UNIVERSITY
MEDICAL CENTER

Apelación para la asistencia financiera de Vanderbilt University Medical Center

VUMC tiene el compromiso de atender a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Los pacientes que no pueden pagar los servicios pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera. Complete y devuelva el siguiente formulario que se evaluará para la asistencia financiera.

Nombre del solicitante *(primer nombre, segundo nombre, apellido)*	**Fechas y lugares de los servicios**	**Números de cuenta**

Instrucciones: Complete la solicitud y adjunte copias (no los originales) de:

- Declaraciones de impuestos y anexos de respaldo (de los 2 años anteriores)
- Seguro Social/Discapacidad* (si corresponde)
- W-2 o declaraciones de desempleo*
- Recibos de pago* (de los últimos 3 meses)
- Cartas de cupones de comida* (si corresponde)

*NO SE ACEPTAN CARTAS NOTARIZADAS

Paciente/Tercero responsable

Nombre *(primer nombre, segundo nombre, apellido)*		Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento *(mes DD, AAAA)*	
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Tamaño del grupo familiar (paciente, cónyuge y dependientes)		Estado civil	
Situación laboral ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Trabajador independiente ☐ Desempleado ☐ Estudiante			Nombre del empleador	
Antigüedad en el empleo	Fecha en que quedó desempleado/tiempo que lleva desempleado *(mes DD, AAAA)*	¿Está usted incluido en otra declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No (Si respondió "Sí", proporcione las declaraciones de impuestos de las personas que se declaran)		

Apelación/Comentarios:

Certificación

Certifico que toda la información incluida es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que la información se usará para determinar mi capacidad de pagar los servicios que presten VUMC o una entidad afiliada, y autorizo a que VUMC y todas las entidades, clínicas y hospitales afiliados compartan la información, según sea necesario, para evaluar mi pedido de asistencia financiera. Por medio del presente autorizo a VUMC, y a todos los afiliados y representantes o agentes de VUMC, a investigar la información de este documento y a obtener reportes de crédito.

Firma del Paciente/Tercero responsable	Fecha *(mes DD, AAAA)*
Firma del cónyuge/de la pareja	Fecha *(mes DD, AAAA)*

En 4 a 6 semanas usted recibirá una carta que le dirá si es elegible para recibir asistencia financiera para un servicio aprobado. Si recibe una carta de aprobación, eso no significa que todos los servicios en VUMC estén aprobados ni que se aprobará la asistencia financiera para servicios futuros. Llame al equipo de servicio al cliente del departamento de facturación para pacientes de VUMC al 888-274-7849 para volver a presentar una solicitud. También puede enviar una nueva solicitud por correo electrónico o por correo. Si recibe una carta informándolo de que no es elegible para recibir asistencia financiera y quiere apelar la decisión, puede hacerlo enviando una solicitud completada de apelación para la asistencia financiera de VUMC por correo electrónico, por correo o por fax, y adjuntando un comprobante de ingresos.

VANDERBILT UNIVERSITY MEDICAL CENTER
719 THOMPSON LANE, SUITE 30330
NASHVILLE, TN 37204
(615) 936-0910 - Phone
(615) 936-0620 - Fax
FINANCIAL.ASSISTANCE@VUMC.ORG

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

APÉNDICE G: DIRECTRICES PARA LA ATENCIÓN CATASTRÓFICA

Nivel de ingresos del grupo familiar	Requisito de pago
Hasta $50,000 al año	15 % de los ingresos brutos anuales
Entre $50,001 y $75,000 al año	20 % de los ingresos brutos anuales
Entre $75,001 y $100,000 al año	25 % de los ingresos brutos anuales
Más de $100,000 al año	30 % de los ingresos brutos anuales

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

APÉNDICE H: CANTIDADES GENERALMENTE FACTURADAS (AGB)

La Sección 501(r) del IRS exige que los hospitales limiten las cantidades que se cobran por atención de emergencia y otro tipo de atención médicamente necesaria que se ofrecen a personas elegibles para recibir asistencia financiera a cantidades que no sean mayores que las que se facturan normalmente (AGB)
a las personas con seguro. VUMC calcula los porcentajes de las AGB usando el método "retroactivo" e incluyendo la tarifa por servicio de Medicare y todas las compañías privadas de seguro médico que pagan reclamos a VUMC.

AGB de Vanderbilt University Medical Center:
A partir del 30 de abril de 2021, el porcentaje de las AGB para los pacientes que reciben servicios en VUMC, basado en el período que termina el 31 de diciembre, es del 31 % del total de los cargos que se facturaron por servicios elegibles de atención médica, lo que da lugar a un descuento del 69 %.

AGB de Vanderbilt Wilson County Hospital:

A partir del 30 de abril de 2021, el porcentaje de las AGB para los pacientes que reciben servicios en Vanderbilt Wilson County Hospital, basado en el período que termina el 31 de diciembre, es del 21 % del total de los cargos del centro que se facturaron por servicios elegibles de atención médica, lo que da lugar a un descuento del 79 %.

AGB de Vanderbilt Bedford Hospital:

A partir del 1 de enero de 2021, el porcentaje de las AGB para los pacientes que reciben servicios en Vanderbilt Bedford Hospital, basado en el período que termina el 31 de octubre, es del 15 % del total de los cargos del centro que se facturaron por servicios elegibles de atención médica, lo que da lugar a un descuento del 85 %.

AGB de Vanderbilt Tullahoma-Harton Hospital:

A partir del 1 de enero de 2021, el porcentaje de las AGB para los pacientes que reciben servicios en Vanderbilt Tullahoma-Harton Hospital, basado en el período que termina el 31 de octubre, es del 15 % del total de los cargos del centro que se facturaron por servicios elegibles de atención médica, lo que da lugar a un descuento del 85 %.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

APÉNDICE I: LISTA DE PROVEEDORES CON/SIN COBERTURA DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE VUMC

Puede encontrar una lista de los proveedores o de los grupos de proveedores de atención médica de emergencia y de otra atención médicamente necesaria en VUMC que están cubiertos por la Política de asistencia financiera y de los que no están cubiertos en https://www.vanderbilthealth.com/financialassistance/. Esta lista se actualiza trimestralmente.