

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

PROPÓSITO:

Definir los procesos de elegibilidad, solicitud y aprobación para la asistencia financiera que se da 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 de 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 dado el paciente o su familia. Es posible que la información adicional que se reciba después de la calificación mediante el proceso alternativo de beneficencia no cambie la determinación.

Cantidades generalmente facturadas (AGB): El artículo 501(r) del IRS exige que los hospitales limiten las cantidades cobradas por atención de emergencia y por otros tipos de atención médicamente necesaria a las personas elegibles para recibir asistencia financiera, a cantidades que no sean mayores que las que se facturan normalmente (AGB) a las personas que tienen seguro. El cálculo de AGB se actualiza anualmente.

Proceso de solicitud: Un proceso mediante el cual un paciente o su representante apropiado completa un formulario en papel o electrónico que proporciona a VUMC información sobre los ingresos del paciente y el tamaño de la familia. 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.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

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 organizaciones benéficas antes de tomar cualquier acción de cobranza extraordinaria. Se debe dar aviso por escrito al menos 30 días antes de iniciar las ECA específicas y cumplir los requisitos de información. Según se define en el artículo 501 (r) de los Códigos del IRS, las acciones que requieren un proceso legal o judicial incluyen:

- ciertos embargos;
- 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 de salario.

Proceso de evaluación externo: Un proceso para determinar si un paciente califica para la asistencia financiera de VUMC que no implica completar una solicitud de asistencia financiera. El proceso de selección puede ser en persona o por teléfono y usa un proveedor externo para revisar el tamaño de la familia del paciente y los ingresos del grupo familiar para evaluar la necesidad financiera.

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 dan según esta política incluyen:

- Asistencia financiera: Son los descuentos que se dan a los pacientes para pagar las facturas médicas según las directrices de ingresos.
- Asistencia financiera por gastos catastróficos: Descuento proporcionado a pacientes cuando los gastos médicos elegibles no reembolsados de VUMC incurridos en un período de un año exceden los ingresos anuales del grupo familiar.

Período de solicitud de asistencia financiera: El período que comienza en la fecha de prestación de los servicios de atención médica elegibles y se extiende 240 días después de la fecha en que VUMC (o su representante) proporciona el primer estado de cuenta posterior al alta del paciente (o a su representante correspondiente) por dichos servicios de atención médica elegibles, que se extiende según lo determine VUMC y sea necesario: (a) durante treinta (30) días para permitir que VUMC avise de su intención de tomar ECA, si aún no lo hizo; o (b) durante cualquier período razonable determinado por VUMC en el que el paciente o su representante correspondiente (i) pueda completar cualquier solicitud de asistencia financiera incompleta iniciada durante el período de 240 días, o (ii) pedir una asistencia financiera más generosa si el proceso de selección externa ha dado como resultado la aplicación de una asistencia financiera menos generosa.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Consejero financiero: Representantes de VUMC responsables de evaluar la responsabilidad del paciente, identificar y ayudar con las opciones de financiamiento público (Medicare, Medicaid, etc.), 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 EE. UU. publica anualmente y que están en vigor en la fecha de prestación del servicio para el que es posible que se dé asistencia financiera.

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

Período de elegibilidad: El período que comienza en la próxima fecha de prestación de los servicios de atención médica elegibles con un saldo impago por el que el paciente es personalmente responsable hasta seis meses después de la fecha de aprobación del descuento.

Pago privado: 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 basada en la fe según lo identifica la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio.

Cargos 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 en 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: Pacientes con seguro que reciben servicios de atención médica elegibles que se determinan como servicios no cubiertos o que tienen una cobertura de beneficios limitada por el pagador. 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.

Ministerios de atención médica compartida (HCSM): Entidades no aseguradoras en las que los miembros comparten un conjunto de creencias éticas o religiosas y los gastos médicos de acuerdo con esas creencias. Las normas de la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio sobre los HCSM se describen en la sección 1501/5000A(d)(2)(B) de la ACA.

Vanderbilt University Medical Center (VUMC) o Vanderbilt Health: Consulte la definición en la Política de Ciclo de ingresos y finanzas de la sección Políticas.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

POLÍTICA:

- I. Introducción:
- II. Criterios de elegibilidad
- III. Bases para calcular los cargos del paciente y las cantidades generalmente facturadas
- IV. Método para solicitar asistencia financiera
- V. Medidas que se pueden tomar ante la falta de pago
- VI. Uso de medidas extraordinarias de cobro
- 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 cualquier proveedor de atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios empleados por VUMC en las instalaciones 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/>. Esta lista especifica qué proveedores o grupos de proveedores que brindan atención dentro de las instalaciones de VUMC están cubiertos por la Política de asistencia financiera y cuáles no.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

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 estatal (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) sin más investigación. Los procesos restantes disponibles para determinar la elegibilidad para la caridad son: un proceso de solicitud, un proceso de evaluación externa y un proceso de caridad alternativo.

En el proceso de solicitud, los pacientes completan un formulario electrónico o en papel y proporcionan documentación para respaldar los ingresos del paciente y el tamaño de la familia (consulte el Apéndice C para ver la solicitud). VUMC también puede complementar la solicitud con datos recibidos en el proceso de selección externa para validar la información recibida en el 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.

VUMC usa un proceso de evaluación externa para determinar los ingresos estimados y el tamaño de la familia para determinar la elegibilidad para la atención de caridad y los posibles descuentos. El proceso de evaluación externa proporciona un método sistemático para otorgar asistencia financiera a pacientes con necesidades financieras adecuadas proporcionando a VUMC un ingreso estimado y el tamaño de la familia del paciente. Los pacientes elegibles para FAP bajo el proceso de evaluación externa reciben descuentos como se describe en el Apéndice B para servicios elegibles para fechas retrospectivas y visitas subsiguientes durante seis meses. El conjunto de reglas del modelo está diseñado 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

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

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. La elegibilidad para FAP se puede determinar sobre la base de las circunstancias de la vida individual, según lo indique el paciente, que pueden incluir, entre otros:

1. Programas de prescripción financiados por el estado;
2. Sin casa o recibido atención de una clínica para personas sin casa;
3. Participación en programas para mujeres, bebés y niños (WIC);
4. Elegibilidad para cupones de alimentos;
5. Elegibilidad para el programa de almuerzos escolares subsidiados;
6. Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales que no cuentan con financiamiento (p. ej., Reducción de gastos de TennCare);
7. La vivienda para personas de bajos ingresos/subsidiada se proporciona como una dirección válida;
8. El paciente ha fallecido sin patrimonio conocido; y
9. El paciente/garante da un aviso de baja por bancarrota según el capítulo 7 o 13 actual.

Los pacientes elegibles para FAP bajo el proceso de caridad alternativo califican automáticamente para un descuento del 100% (consulte el Apéndice B) sin más investigación.

El proceso de caridad alternativo se puede usar en cualquier momento antes o después del período de 120 días. Los descuentos se aplicarán a las cuentas por la atención médicamente necesaria que se haya prestado 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.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

La calificación 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 obtiene 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, el ingreso bruto ajustado del paciente (o el grupo familiar del paciente) para el año actual o anterior no puede exceder 2.5 veces la Pauta Federal de Pobreza (FPG). Para los pacientes con ingresos brutos ajustados inferiores o iguales a 2.25 veces el FPG, se aplicará un descuento de asistencia financiera del 100% a la responsabilidad estimada del paciente. Para los pacientes con ingresos brutos ajustados superiores a 2.25 veces, pero inferiores o iguales a 2.5 veces la FPG durante el año más reciente, se aplicará un descuento del 85% a la responsabilidad estimada del paciente en incrementos porcentuales según los ingresos y el tamaño de la familia. Consulte el Apéndice B.

Si el ingreso bruto ajustado del paciente excede 2.5 veces el FPG, el paciente aún puede ser elegible para asistencia financiera catastrófica si los gastos médicos no reembolsados del paciente en VUMC durante un período de un año exceden el 100% del ingreso del grupo familiar anual de la parte responsable como se describe en la Política de descuentos para pacientes. Consulte el Apéndice E.

Consulte el Apéndice B para conocer las cantidades de descuento actuales proporcionados en relación con las Directrices federales de pobreza disponibles del año más actual.

Los pacientes deben ser monitoreados de cerca por la existencia de un estado de caridad tan pronto como sea posible. En cuanto se observe la necesidad, se debe informar al paciente del programa de asistencia financiera y se le debe recomendar

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

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 120 días adicionales después de la fecha de la solicitud para terminar dicho proceso antes de que VUMC tome medidas extraordinarias de cobro. El proceso de caridad alternativo se puede usar 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 da 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 de solicitud tradicional. Según las normas de Tennessee, los pacientes sin seguro no deben pagar una cantidad por servicios 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 de descuentos para pacientes RC 3.7 para obtener información sobre el descuento para personas sin seguro.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Según los requisitos del artículo 501 (r) del Código de Rentas Internas, VUMC calcula cuatro porcentajes de AGB separados para los siguientes centros: 1) VUMC con la excepción de VWCH, VTHH y VBCH; 2) VWCH; 3) VTHH; y 4) VBCH. Para el cálculo de todos los porcentajes de AGB, VUMC usa el “Método de revisión retrospectiva” para determinar el porcentaje de AGB según los reclamos del período de 12 meses anterior. Los porcentajes de AGB se determinan usando el reembolso esperado calculado de todos los reclamos permitidos por el pago por servicio de Medicare y todas las aseguradoras médicas privadas y dividiendo ese reembolso total por los cargos totales por los mismos reclamos. Los porcentajes resultantes representan el AGB para Medicare y las aseguradoras privadas. VUMC incluye reclamos de médicos y hospitales que se producen en el entorno de hospital y en clínicas hospitalarias en el cálculo de AGB. VUMC elimina del cálculo todos los reclamos denegados al 100% por las aseguradoras correspondientes y los reclamos que tengan un saldo acreedor. Los porcentajes de AGB se actualizan anualmente según el análisis descrito arriba.

Consulte el Apéndice F para conocer los porcentajes actuales de AGB.

IV. Método para solicitar asistencia financiera

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

o llamando al servicio de atención al cliente al (615) 936-0910.

Revenue Cycle-Office of Finance

3841 Green Hills Village Drive, Suite 200

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

Ubicaciones para pacientes hospitalizados:

Admisión VUMC 1107

1211 Medical Center Drive

Nashville, TN 37232

615-322-5000

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

MCJCHV Business Center, 1er piso

2200 Children's Way

Nashville, TN 37232

615-936-1000

Vanderbilt Wilson County Hospital (VWCH)

1411 Baddour Parkway

Líbano, TN 37087

615-444-8262

Vanderbilt Tullahoma-Harton Hospital (VTHH)

1801 N Jackson St

Tullahoma, TN 37388

931-393-7803

Hospital Vanderbilt Bedford (VBCH)

2835 US-231

Shelbyville, TN 37160

931-685-5433

Las solicitudes completadas deben enviarse por correo a la dirección que está en la parte de abajo de la solicitud de asistencia financiera.

Las determinaciones de elegibilidad del programa normalmente se completan dentro de los treinta (30) días hábiles después de su recepción.

La Política de asistencia financiera se aplica a Vanderbilt Medical Group y a todos los proveedores de atención de emergencia y otros cuidados médicamente

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

necesarios empleados por VUMC en las instalaciones de VUMC. Puede encontrar una lista de proveedores de atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios que están cubiertos y aquellos que no están cubiertos por la Política de asistencia financiera 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.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

VII. Información de elegibilidad obtenida de otras fuentes

Los pacientes que no responden a las consultas de VUMC pueden ser evaluados mediante un proceso de evaluación externa para determinar las cantidades de ingresos estimados para la elegibilidad de asistencia financiera antes de la colocación en una agencia de cobranza.

Como se señaló arriba, si la cuenta de un paciente tiene un saldo pendiente que excede los \$1,000 y ninguna otra parte es responsable de la factura, VUMC enviará la información del paciente mediante un proceso de evaluación externa para determinar las cantidades de ingresos estimados, antes de enviarla a cobranza, y aplicará automáticamente el descuento correspondiente si el paciente califica. VUMC proporciona el nombre del paciente, la dirección, el SSN, la fecha de nacimiento y el número de teléfono al proveedor 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, después, el paciente cumple los requisitos que se describen en esta política.

Si se determina que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera, a través de la presentación de una solicitud de asistencia financiera completa, el proceso de selección de SearchAmerica u otros medios, la asistencia financiera se aplicará a todos los saldos abiertos de pago por cuenta propia para los servicios de atención médica elegibles.

VUMC reembolsará los pagos por los servicios de atención médica elegibles dentro del período de solicitud de asistencia financiera cuando el importe supere la cantidad por la que el paciente es personalmente responsable de pagar después de aplicar el nivel de asistencia financiera para el que el paciente califica.

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,

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

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 reciben atención en estas clínicas o que se remiten a VUMC son elegibles para recibir asistencia financiera con el proceso estándar de caridad de VUMC.

Las pólizas de Health Care Sharing Ministries (HCSM) se tratan como pagadores no contratados y no se administran como un plan de seguro tradicional; por lo tanto, no es facturación de saldo. Como cortesía para el paciente, VUMC da 45 días para recibir el pago de los HCSM, antes de que la cuenta se traslade a la **siguiente parte responsable** (NRP).

- La asistencia financiera no está disponible para los pacientes con cobertura activa de los HCSM cuando se niega el pago, excepto como se especifica abajo.
- La asistencia financiera *puede* considerarse si los HCSM niegan todos o parte de los cargos porque no hay beneficios disponibles.

El personal del Departamento de servicios financieros para pacientes de VUMC toma la decisión final sobre la asistencia financiera. Las personas cuentan con un proceso de apelación a su disposición, el cual implica la compleción de una solicitud de apelaciones. La solicitud y las instrucciones para la presentación se incluyen en el Apéndice C.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Para los pacientes que reciben servicios de atención médica elegibles que califican o califican para Medicaid y cuyo programa estatal de Medicaid se ha considerado en quiebra, VUMC cancelará inmediatamente el 100% de los saldos impagos a Asistencia financiera. No se requerirá que el paciente complete una solicitud de asistencia financiera ya que se consideró calificado para Medicaid en el estado correspondiente.

Cualquier excepción a esta política debe ser aprobada por el director ejecutivo de VUMC o el director financiero de VUMC.

La Asistencia Financiera se calcula según las Directrices Federales de Pobreza establecidas en el Apéndice B.

Información de contacto

Si necesita ayuda para completar una solicitud de asistencia financiera o tiene preguntas sobre la asistencia financiera en general o el proceso de elegibilidad, los pacientes pueden enviar un correo electrónico a financial.assistance@vumc.org o comunicarse con:

Revenue Cycle-Office of Finance

3841 Green Hills Village Drive, Suite 200

Nashville, TN 37215

(615) 936-0910

Para los servicios que se hayan prestado en los siguientes centros:

- Vanderbilt Wilson County Hospital <https://www.vanderbiltwilsoncountyhospital.com/pay-your-bill>
- Vanderbilt Bedford Hospital <https://www.vanderbiltbedfordhospital.com/pay-your-bill>
- Vanderbilt Tullahoma-Harton Hospital <https://www.vanderbilttullahomahartonthospital.com/pay-your-bill>

ANEXOS:

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Apéndice A: Servicios excluidos de los servicios de atención médica elegibles

Apéndice B: Directrices de beneficencia de Vanderbilt University Medical Center Charity 2022

Apéndice C: Solicitud de asistencia financiera

Apéndice D: Solicitud de apelación de asistencia financiera

Apéndice E: Directrices de atención médica catastrófica

Apéndice F: Cantidades generalmente facturadas (AGB)

Apéndice G: Lista de proveedores cubiertos/no cubiertos por la política de asistencia financiera de VUMC

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

APÉNDICE A: SERVICIOS EXCLUIDOS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA ELEGIBLES

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;
- Artículos de farmacia y de farmacia de especialidades;
- Servicios de guardia de Vanderbilt Health; y
- Servicios de nacimiento de Vanderbilt

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

APÉNDICE B: Directrices de beneficencia de Vanderbilt University Medical Center 2022

Directrices de atención benéfica de Vanderbilt University Medical Center para 2022 A partir del 12/ene/2022						
Tamaño familiar	Pautas de pobreza 2022	El 100% de la responsabilidad calculada del paciente con ingresos del grupo familiar entre 0 - 225 % del nivel federal de pobreza			El 85 % de la responsabilidad calculada del paciente con ingresos del grupo familiar entre 226 - 250% del nivel federal de pobreza	
1	\$13,590	\$0	y	\$30,578	\$30,579	y \$33,975
2	\$18,310	\$0	y	\$41,198	\$41,199	y \$45,775
3	\$23,030	\$0	y	\$51,818	\$51,819	y \$57,575
4	\$27,750	\$0	y	\$62,438	\$62,439	y \$69,375
5	\$32,470	\$0	y	\$73,058	\$73,059	y \$81,175
6	\$37,190	\$0	y	\$83,678	\$83,679	y \$92,975
7	\$41,910	\$0	y	\$94,298	\$94,299	y \$104,775
8	\$46,630	\$0	y	\$104,918	\$104,919	y \$116,575
Adicional por cada familiar añadido	\$4,720	\$0	y	\$10,620	\$10,621	y \$11,800

Las directrices de beneficencia para 2022 se basan en las Pautas de pobreza del Departamento de Salud Pública y Bienestar Social a partir del 12 de enero de 2022.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

APÉNDICE D: SOLICITUD DE APELACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

APÉNDICE E: DIRECTRICES DE ATENCIÓN MÉDICA 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% del ingreso bruto anual

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

APÉNDICE F: CANTIDADES GENERALMENTE FACTURADAS (AGB)

El artículo 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. VUMC calcula los porcentajes de AGB usando el método “Look-Back” e incluye la tarifa por servicio de Medicare y todas las aseguradoras médicas privadas que pagan reclamos a VUMC.

Vanderbilt University Medical Center AGB:

A partir del 29 de abril de 2022, el porcentaje de AGB para los pacientes que reciben servicios en VUMC según el período que finaliza el 31 de diciembre es el 30 % de los cargos totales facturados por Servicios de atención médica elegibles, lo que da como resultado un descuento del 70 %.

Vanderbilt Wilson County Hospital AGB:

A partir del 29 de abril de 2022, el porcentaje de AGB para los pacientes que reciben servicios en el Vanderbilt Wilson County Hospital, según el período que finaliza el 31 de enero, es el 22 % del total de los cargos que facturó el centro por los Servicios de atención médica elegibles, lo que da como resultado un descuento del 78 %.

Vanderbilt Bedford Hospital AGB:

A partir del 29 de abril de 2022, el porcentaje de AGB para los pacientes que reciben servicios en el Vanderbilt Bedford Hospital, según el período que finaliza el 31 de diciembre, es el 38 % del total de los cargos que facturó el centro por los Servicios de atención médica elegibles, lo que da como resultado un descuento del 62%.

Vanderbilt Tullahoma-Harton Hospital AGB:

A partir del 29 de abril de 2022, el porcentaje de AGB para los pacientes que reciben servicios en el Vanderbilt Tullahoma-Harton Hospital, según el período que finaliza el 31 de diciembre, es el 25 % del total de los cargos que facturó el centro por los Servicios de atención médica elegibles, lo que da como resultado un descuento del 75 %.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

APÉNDICE G: LISTA DE PROVEEDORES CUBIERTOS/NO CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE VUMC

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