

Política de ayuda económica

DECLARACIÓN DE POLÍTICA

Esta política se aplica a Greater Baltimore Medical Center, Inc., a su división GBMC Health Partners, y a ciertas entidades afiliadas (conjuntamente, “GBMC”). GBMC se compromete a ayudar económicamente a personas con necesidades de atención médica que no tengan seguro, tengan cobertura de seguro insuficiente, no sean elegibles para un programa del gobierno o que, por otro motivo, no puedan pagar la atención de emergencia y médicamente necesaria por su situación económica individual.

Se atenderá a todos los pacientes que se presenten a los servicios de emergencia independientemente de su capacidad de pago. Para recibir servicios de emergencia/urgencia, se completarán solicitudes de ayuda económica y se las evaluará retrospectivamente sin demorar la atención del paciente.

Los pacientes de GBMC, según su situación económica y sujeto a los criterios de esta política, pueden ser elegibles para recibir asistencia médica (Medicaid), ayuda económica total o parcial, o planes de pagos a largo plazo. Para proporcionar ayuda económica de la misma manera a todos los miembros de la comunidad, GBMC aplica criterios concluyentes, descritos aquí, cuando toma determinaciones sobre ayuda económica total o parcial.

Esta política cubre todos los servicios de centros hospitalarios y los servicios que prestan los consultorios de médicos/grupos de consultorios de GBMC que prestan atención de emergencia o médicamente necesaria. Esta política no se aplica a los costos que facturen proveedores que no sean empleados con privilegios en GBMC. En el **anexo A** se mencionan todos los proveedores que pueden atender pacientes en GBMC y se indica si ese proveedor es empleado de GBMC. Los proveedores que no son empleados facturan sus servicios por separado, y hay que comunicarse con ellos directamente para consultar por cualquier opción de ayuda económica.

Las personas que, según esta política, sean elegibles para la ayuda total o parcial para la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria nunca deberán pagar cantidades mayores que las que se facturan normalmente (AGB) a las personas no elegibles para la ayuda. El pago máximo del paciente no debe exceder los costos menos el margen comercial del hospital.

GBMC avisará de su Política de ayuda económica mediante consulta en su sitio web y el portal de pacientes MyChart y mediante un aviso en un periódico en circulación en el área de servicio de GBMC todos los años; entregará copias impresas a pedido y por correo sin costo; mediante un aviso e información sobre la política como parte del proceso de preadmisión, registro y alta; mediante aviso e información en los estados de cuenta de facturación, y mostrando información sobre la política en la Oficina de Facturación y en todos los puntos de registro del hospital, incluyendo el Departamento de Emergencias (Emergency Department). Habrá disponibles versiones en inglés y en español de la Política de ayuda económica y los documentos relacionados en todos los centros y en el sitio web del hospital. También, a pedido, GBMC traducirá la política a todos los otros idiomas principales de todas las poblaciones de pacientes significativas en la comunidad que tengan dominio limitado del inglés.

DEFINICIONES

- A. Servicios elegibles: los servicios médicamente necesarios, según la definición de abajo, pueden ser elegibles para la ayuda económica. Los servicios no médicamente necesarios no son elegibles para la ayuda económica. En cumplimiento de la No Surprises Act (Ley para evitar sorpresas), los servicios para pacientes que incurran en gastos de bolsillo adicionales al usar intencionalmente el seguro médico fuera de la red especificada por su aseguradora no son elegibles para su consideración.
- B. Ingresos familiares: son los ingresos brutos de una persona y de todos los miembros de su grupo familiar, incluyendo, entre otros, la compensación por servicios (salarios, sueldos, comisiones, etc.), intereses, dividendos, regalías, ganancias de capital, anualidades, pensión, ingresos por jubilación, Seguro Social, ayuda pública o del gobierno, alquiler, pensión alimenticia, manutención infantil, ingresos comerciales, ingresos de sucesión o fideicomisos, beneficios para supervivientes, ingresos de seguros de vida o contratos de donación, y cualquiera de los otros ingresos brutos o remuneraciones de cualquier origen, antes de impuestos.
- C. Miembro del grupo familiar: es una persona que reside en la misma casa que el paciente y que:
 - 1. en el caso de pacientes adultos, sea el cónyuge, independientemente de si el paciente y el cónyuge presentan declaraciones conjuntas de impuestos federales o estatales; el hijo biológico, adoptado o hijastro; y cualquier persona para la cual el paciente declare una exención personal en una declaración de impuestos federales o estatales.
 - 2. en el caso de pacientes menores de edad, sea el padre biológico, adoptivo, padrastro o tutor; hermano biológico, adoptado o hermanastro; y cualquier persona para la que los padres o tutores declaren una exención personal en una declaración de impuestos federales o estatales.
- D. Activos líquidos: son los activos monetarios del grupo familiar que superen los \$100,000. Los activos líquidos no incluyen activos para la jubilación a los que el IRS haya otorgado tratamiento impositivo preferencial.
- E. Servicios médicamente necesarios: todo procedimiento que, razonablemente, se determine que impide, diagnóstica, corrige, cura, alivia o previene el empeoramiento de condiciones que pongan en peligro la vida, causen sufrimiento o dolor, ocasionen enfermedades o dolencias, amenacen con causar o agravar una discapacidad, o causen una deformidad o mal funcionamiento físicos.
- F. Dificultad económica: es la deuda médica en la que una familia haya incurrido en un período de 12 meses y que supere el 25 % de los ingresos familiares.

PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO ESTÁNDAR

DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD

- A.
 - I. Requisitos de solicitud para la determinación de elegibilidad.
 - a. Los pacientes o sus representantes que busquen ayuda económica total o parcial deben enviar una solicitud uniforme de ayuda económica de Maryland y toda la documentación aplicable que se menciona en la carta de solicitud de ayuda económica o que solicite GBMC de otro modo correspondiente al paciente y a otros miembros adultos del grupo familiar. La carta de solicitud se incluye como **Anexo B** y la solicitud uniforme de ayuda económica de Maryland se incluye como **Anexo C**.

- b. Los pacientes que paguen con su propio dinero y que tengan programada una operación que no sea de emergencia deben completar una solicitud de ayuda económica antes del procedimiento programado o deberán pagar un depósito antes de la operación.
- c. Los pacientes que cumplan los criterios de elegibilidad para la asistencia médica (Medicaid) deben enviar la solicitud y se debe considerar que no son elegibles antes de la determinación final de GBMC sobre la ayuda económica.

2. **Procedimientos para la determinación de elegibilidad**

- a. Para calificar para la ayuda económica total o parcial, el paciente debe entregar toda la documentación solicitada. Si no entrega la información o documentación solicitada en un plazo de 240 días (unos 8 meses) después de recibir la factura inicial, es posible que se considere que no es elegible para la ayuda económica.
- b. Cada paciente debe aceptar que se obtenga un reporte de la oficina de crédito como condición para que se lo considere para la ayuda económica.
- c. GBMC comunicará las determinaciones finales de elegibilidad en un plazo de 14 días de la recepción de una solicitud completada y de toda la documentación solicitada. Se dirigirá la comunicación a la dirección señalada en la solicitud uniforme de ayuda económica de Maryland del paciente o por medio de MyChart.
- d. La ayuda económica se aplica a todas las cuentas abiertas en el momento de su otorgamiento y es válida por seis meses desde la fecha del otorgamiento de la ayuda económica para pacientes sin Medicare y durante un año para pacientes con Medicare.
- e. Los pacientes tienen derecho a apelar cualquier denegación respondiendo a la carta de denegación en un plazo de quince (15) días a partir de la fecha de la carta de denegación. El director ejecutivo de Administración de Ciclos de Ganancias revisará las apelaciones, y también la documentación presentada, y tomará la determinación sobre la base de los criterios de esta política. La decisión del director ejecutivo de Administración de Ciclos de Ganancias es definitiva, y los pacientes que apelen una determinación inicial recibirán una carta de determinación final sobre la apelación al menos treinta días antes de cualquier intento adicional de cobro.
- f. En caso de denegación, los pacientes tienen derecho a solicitar ayuda a la Unidad de Educación y Defensoría de la Salud (Health Education and Advocacy Unit, HEAU) de Maryland para presentar una solicitud de reconsideración y para que medie. Las solicitudes de ayuda deben dirigirse a
 - i. Health Education and Advocacy Unit
200 St. Paul Place
Baltimore, MD 21202
Email: heau@aog.state.md.us
Teléfono: (410) 528-1840 o 1 (877) 261-8807
Fax: (410) 576-6571
Sitio web: <https://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/CPD/HEAU/default.aspx>

B. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA AYUDA ECONÓMICA

1. Para cada paciente, se calculará el porcentaje del nivel federal de pobreza (“FPL”) actual, basado en los ingresos brutos ajustados modificados, como se define en las Directrices Federales de Pobreza, y en el tamaño de la familia.
2. Para pacientes con ingresos familiares del 300 % del FPL o menos, GBMC dará el 100 % de ayuda económica para los servicios elegibles.
3. Para pacientes con ingresos familiares de entre el 301 % y el 500 % del FPL, GBMC dará el 50 % de ayuda económica para los servicios elegibles. Un paciente puede ser elegible para más reducciones en su responsabilidad si pasa por dificultades económicas según la definición de arriba.
4. A los pacientes con el 501 % del FPL, GBMC no les prestará ayuda económica, pero el paciente puede solicitar un plan de pagos basado en los ingresos.
5. Es posible que se determine que un paciente no es elegible para la ayuda económica según esta sección si se considera que tiene suficientes activos para pagar según un “análisis de activos”. GBMC analizará los activos líquidos del paciente según la definición de arriba y si tales activos, combinados con los ingresos familiares, superan el 500 % del FPL, el paciente no será elegible para la ayuda económica.

C. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los siguientes pacientes no son elegibles para la ayuda económica:

1. pacientes sin seguro o con cobertura de seguro insuficiente que no cumplan los criterios de ayuda económica;
2. pacientes con seguro y que elijan pagar con su propio dinero los servicios elegibles;
3. pacientes que busquen ayuda para pagar costos incurridos por servicios que no sean médicamente necesarios;
4. pacientes que no se hayan inscrito en programas de atención médica con financiación pública, programas de atención de beneficencia y otras formas de ayuda económica;
5. pacientes que no entreguen, después del pedido de GBMC, la información económica precisa y completa en un plazo de 240 días (unos 8 meses) después de recibir la factura inicial.

D. POSIBLE AYUDA ECONÓMICA:

1. Además de los procedimientos descritos arriba, la posible ayuda económica es un método alternativo para obtener ayuda económica. Es un programa dirigido en conjunto con una agencia establecida de reporte crediticio. Las cuentas de pacientes que pagan con su propio dinero se remiten a la agencia, que utiliza un sistema exclusivo de calificación crediticia para determinar la probabilidad y la capacidad de pago según los ingresos calculados y el tamaño de la familia. Los resultados de la calificación crediticia se comparan con los criterios de elegibilidad para la ayuda económica de GBMC, y se decide condonar la deuda o de iniciar el cobro en ciertas cuentas.
2. Elegibilidad posible según la inscripción en un programa de prueba de medios: los pacientes inscritos en los siguientes programas de prueba de medios se consideran elegibles para la atención gratuita en una fecha específica de servicio. Los pacientes deben presentar una prueba de inscripción en un plazo de treinta (30) días desde la determinación de elegibilidad.

- a. Miembros del grupo familiar inscritos en el programa de comidas gratuitas y con costo reducido
 - b. Paciente inscrito en el programa federal de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)
 - c. Paciente inscrito en el programa de asistencia de energía del estado
 - d. Paciente inscrito en el programa para mujeres, bebés y niños (WIC)
 - e. Paciente inscrito en otro programa de servicio social según lo determinado por el Departamento de Salud de Maryland y la Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud (Health Services Cost Review Commission, HSCRC)
3. **INTENTOS DE COBRO:** El ciclo de facturación se iniciará después de la fecha de la carta de denegación. Se envían tres (3) estados de cuenta de facturación al menos cada treinta (30) días para intentar cobrar las cantidades pendientes de pago. Si no se coordina el cobro o el pago, se informa de las cantidades pendientes a una agencia de cobro. Si un paciente se declara en quiebra durante el proceso de solicitud de ayuda económica, durante el período de otorgamiento o durante cualquier intento de cobro, el paciente deberá entregar notificación por escrito del Tribunal de Quiebras de los EE. UU. al gerente de Cobranzas de GBMC. GBMC no reporta cuentas con pagos atrasados a ninguna oficina de crédito.