



|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>Título</b>            | Asistencia Financiera, NGMC Gainesville/Braselton, NGMC Barrow, NGMC Lumpkin, NGMC Habersham |
| <b>Revisor Principal</b> | Director del Sistema, Cuentas por Cobrar de Paciente   |
| <b>Revisores</b>         | Vicepresidente, Director Financiero  |

| 1. Seleccione <b>TODAS LAS ENTIDADES</b> donde aplica el documento colocando una 'x' a la izquierda de la entidad                 |                                    |   |  |   |                                    |   |                         |   |                        |
|---|------------------------------------|---|--|---|------------------------------------|---|-------------------------|---|------------------------|
| X   | NGMC Gainesville-Braselton         | X | NGMC Barrow  | X | NGMC Lumpkin                       | X | NGMC Habersham          | Ambulatorio de Braselton Centro Quirúrgico (ASC), LLC |                        |
|   | NGMC Gainesville Solo en el Campus |   | NGMC Braselton Solo en el Campus                                 |   | Northeast Georgia Physicians Group |   | Georgia Heart Institute | Fundación NGHS  |                        |
|   | Auxiliar NGHS                      |   | Northeast Georgia Health Partners                                |   | Hospicio NGCM                      |   | New Horizons -- LTC     | ConexiónSalud   |                        |
|   | Departamento Corporativo NGHS      |   | Personal Médico Unificado NGHS                                   |   | Otros (Especificar)                |   |                         |   |                        |
| 2. Si es <b>Solo un Departamento Específico</b> , indique el Nombre del Departamento y el Campus, si corresponde a un solo campus |                                    |   |  |   |                                    |   |                         |   |                        |
|   |                                    |   |  |   |                                    |   |                         |   |                        |
| 3. Seleccione <b>TODOS LOS CONSEJOS</b> donde aplica el documento colocando una 'x' a la izquierda de la entidad                  |                                    |   |  |   |                                    |   |                         |   |                        |
| X   | Consejo NGHS                       | X | Consejo NGMC Gainesville- Braselton                              | X | Consejo NGMC Barrow                | X | Consejo NGMC Lumpkin    | X   | Consejo NGCM Habersham |
|   | Consejo de Georgia Heart Institute |   | Consejo de la Red de Socios de Salud de Noreste de Georgia (CIN) |   | Consejo Fundación NGHS             |   | Consejo NGPG            |   | Consejo ASC Braselton  |

## I. Propósito

Proporciona pautas para garantizar un procesamiento coherente de la Asistencia Financiera.

## II. Definiciones

La asistencia financiera se define como la reducción de los saldos responsables del paciente y es para pacientes indigentes, sin seguro o con seguro insuficiente, según lo determinado por los criterios de elegibilidad que se describen a continuación. La Asistencia Financiera es secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente.

El Tamaño de la Unidad Familiar se define como el solicitante (paciente, si corresponde), su cónyuge y todos los dependientes legales según lo permita el Servicio de Impuestos Internos. Si el paciente/solicitante es menor de edad, la unidad familiar incluirá a los padres/tutores legales y cualquier otro contribuyente que pueda reclamar al paciente/solicitante como dependiente a efectos del pago de impuestos sobre la renta

El ingreso de la Unidad Familiar se define como el ingreso bruto de todos los miembros de la unidad familiar durante los últimos cuatro meses (anualizados) o el último año calendario, lo que sea menor. Ejemplos de ingresos son la jubilación, la administración de veteranos, la compensación laboral, la licencia por enfermedad, la compensación por incapacidad, la asistencia social, la jubilación del seguro social, la pensión alimenticia, la manutención de los hijos, los dividendos de acciones/certificados, los intereses o los ingresos de la propiedad.

*Este documento entra en vigor para NGMC Habersham el 1 de julio de 2023.*

Médicamente Indigente se define como una persona sin seguro que no es elegible para otra cobertura de seguro médico como Medicare, Medicaid u otro seguro privado. Aquellos que son “médicamente indigentes” ganan demasiado para calificar para Medicaid, pero muy poco para comprar seguro médico o atención médica.

Este documento entra en vigor para NGMC Habersham el 1 de julio de 2023.

La Presunta Elegibilidad se define como Asistencia Financiera aprobada basada en la condición de indigente del paciente, se determina utilizando métodos basados en criterios, como puntuación de propensión a pagar, evidencia de participación en programas de asistencia gubernamental para personas de bajos ingresos, como programas de recetas financiados por el estado, programas para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, anteriormente cupones de alimentos), programa de almuerzo escolar gratuito u otros programas de asistencia estatales o locales.

La Elegibilidad por Fallecimiento se considera cuando el estado de un paciente cambia de "Vivo" a "Fallecido". Se presentará un reclamo contra el patrimonio del paciente, si corresponde. Si es incobrable, el saldo se cancelará a Deceased Charity.

Atención de Emergencia se define como la atención brindada para una afección médica de emergencia.

Condición Médica de Emergencia significa una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido dolor intenso, trastornos psiquiátricos y/o síntomas de abuso de sustancias) de modo que se pueda esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resulte en:

- a. Se ponga en grave peligro la salud de la persona (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su feto); en grave peligro o;
- b. Un deterioro grave de las funciones corporales; o
- c. disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Con respecto a una mujer embarazada que esté teniendo contracciones:

- a. que no hay tiempo suficiente para efectuar un traslado seguro a otro hospital antes del parto; o
- b. que el traslado pueda suponer una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del feto

Atención Médicamente Necesaria se define como la atención basada en prácticas médicas generalmente aceptadas a la luz de las condiciones en el momento del tratamiento, que es apropiada y consistente con el diagnóstico y cuya omisión podría afectar negativamente o no mejorar la condición del paciente. Es atención que no es cosmética, experimental o que las compañías de seguros tradicionales y los pagadores gubernamentales consideran no reembolsable. Es atención que se considera médicamente necesaria según la determinación de un médico examinador.

Acciones Extraordinarias de Cobro (ECA) se definen como acciones que requieren un proceso legal o judicial o implican reportar información adversa sobre un individuo a agencias de informes de crédito del consumidor o burós de crédito (colectivamente, "agencias de crédito").

Período de Solicitud se define como lo que ocurra después de 240 días a partir del primer estado de cuenta posterior al alta (para el episodio de atención más reciente) o 30 días a partir de la notificación por escrito de las ECA previstas.

### **III. Política**

#### **Declaración de Política**

Es política de todos los campus hospitalarios del Northeast Georgia Medical Center brindar atención de emergencia a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Los hospitales asignarán recursos para identificar y brindar en su caso asistencia financiera atención no compensada basada en la información presentada en el momento

Este documento entra en vigor para NGMC Habersham el 1 de julio de 2023.

de la solicitud por el paciente o su representante o mediante el uso de otros métodos basados en criterios para determinar la elegibilidad. Se aceptarán solicitudes de Asistencia Financiera para toda la atención de emergencia y toda otra atención médicamente necesaria. Se pueden aplicar ajustes de Asistencia Financiera a las cuentas aprobadas según el ingreso familiar bruto total del paciente y su cooperación voluntaria al solicitar Medicaid u otra cobertura disponible. Para garantizar que no se abuse de los fondos para la atención no compensada y que estén disponibles para quienes los necesiten dentro del área de servicio de NGHS. Northeast Georgia Medical Center hará todos los esfuerzos razonables para ayudar a los candidatos elegibles a obtener cobertura bajo cualquier programa de asistencia disponible en la comunidad.

*Este documento entra en vigor para NGMC Habersham el 1 de julio de 2023.*

## ***Procedimiento / Directrices***

### **ADMINISTRACION**

La Política de Asistencia Financiera es administrada por la División del Ciclo de Ingresos con la autoridad y aprobación de la Junta del Northeast Georgia Medical Center.

### **RELACIONES PÚBLICAS**

Northeast Georgia Medical Center hará esfuerzos concertados para promover el Programa de Asistencia Financiera. El programa se promueve a través de un documento sintetizado en lenguaje sencillo que se ofrece directamente a todos los pacientes al registrarse, en el sitio web del hospital y mediante la exhibición visible de carteles en los principales puntos de entrada. Además, periódicamente se proporciona información sobre este documento sintetizado en lenguaje sencillo a consultorios médicos, agencias de servicios humanos y otras organizaciones comunitarias. El documento sintetizado en lenguaje sencillo incluye una breve descripción de los requisitos de elegibilidad, un breve resumen de cómo presentar la solicitud, el sitio web y la ubicación física donde se puede obtener una solicitud y una copia de la Política de asistencia financiera, cómo obtener una solicitud por correo e información de contacto y asistencia.

NGMC deberá hacer que la Política de Asistencia Financiera, el resumen en lenguaje sencillo y la solicitud de Asistencia Financiera estén disponibles en inglés y en el idioma principal de cualquier población con dominio limitado del inglés que constituya un mínimo del 5% o 1000 personas, lo que sea menor, de la residentes de la comunidad atendida.

### **ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA**

NGHS brindará, sin discriminación, atención para afecciones médicas de emergencia (dentro del significado de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo (EMTALA, sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395dd)) a individuos, independientemente de si son Elegibles para Asistencia Financiera. El personal de NGHS se abstendrá de participar en actividades de cobro de deudas que interfieran con la prestación de atención médica de emergencia. Estas actividades NO incluyen la solicitud del estado del seguro y la responsabilidad financiera aplicable del paciente (deducibles, coaseguros y copagos) después del examen médico y la estabilización, según lo exige EMTALA.

### **PROCESO DE SOLICITUD**

1. Todos los pacientes que deseen ser considerados bajo el Programa de Asistencia Financiera del Northeast Georgia Medical Center deben completar una solicitud, divulgando la información financiera que se considere pertinente para la determinación de la elegibilidad del paciente para recibir Asistencia Financiera. Las solicitudes de Asistencia Financiera se pueden completar por escrito, hablando con un asesor financiero, a través de una pantalla telefónica o con elegibilidad presunta. El paciente autorizará al hospital a realizar consultas a empleadores, bancos, burós de crédito y otras instituciones con el fin de verificar las declaraciones hechas por el paciente al solicitar asistencia. La solicitud se puede obtener llamando o visitando al asesor financiero de cualquier hospital o imprimiéndola en línea en [www.nghs.com](http://www.nghs.com).

A su devolución, la solicitud deberá ir acompañada de uno o más de los siguientes tipos de documentación:

a. A. La prueba de ingresos del hogar debe ser al menos uno de los siguientes:

- 1) Una copia de los cuatro talones de pago más recientes de todos los empleados del hogar. Si no hay un recibo de pago disponible, proporcione una carta notariada del empleador.
- 2) Formulario W-2 del año actual y/o declaración de impuestos del año reciente
- 3) Carta de concesión del Seguro Social

*Este documento entra en vigor para NGMC Habersham el 1 de julio de 2023.*

- 4) Comprobante de compensación laboral, licencia por enfermedad, compensación por incapacidad, asistencia social o jubilación del seguro social.
  - 5) Si no tiene ingresos en este momento, proporcione una carta firmada y notariada de la persona que proporciona alimento, alojamiento, ropa, etc. para usted y su familia, si corresponde.
- b. Prueba de activos
- 1) Extractos bancarios más recientes de cuentas corrientes y de ahorro personales y comerciales
- c. El comprobante de domicilio debe ser al menos uno de los siguientes:
1. Licencia de conducir válida de Georgia
  2. Tarjeta de identificación de Georgia
  3. Factura de servicios públicos actual
  4. Recibos de arrendamiento o alquiler que muestren evidencia del condado de residencia
  5. Evaluación del impuesto a la propiedad del condado,
  6. Carta de cupones de alimentos del condado
  7. Tarjeta de registro de elector
- d. Estos documentos, si corresponde:
- 1) Si no está casado, pero tiene hijos en común, deberá aportar la totalidad de los ingresos del hogar. También se debe incluir cualquier manutención infantil o pensión alimenticia recibida.
  - 2) Si todavía está legalmente casado pero separado, debe proporcionar documentación legal de separación o los ingresos del cónyuge.
  - 3) Verificación escrita de agencias de bienestar público u otras agencias gubernamentales que puedan dar fe del estado de ingresos brutos del paciente durante los últimos 12 meses.
  - 4) Extractos bancarios más recientes de cuentas corrientes y de ahorro personales y comerciales.
  - 5) Verificación de Ingresos de Pensión o Jubilación
  - 6) Verificación del estatus de estudiante, que se define como una copia del horario de clases actual, información de registro y una copia de la identificación con fotografía del estudiante.
  - 7) Si perdió su trabajo en los últimos tres meses, debe presentar una carta de separación de su empleador anterior. Además, debe proporcionar una carta del Centro de Carreras del Departamento de Trabajo de Georgia local que especifique si está recibiendo beneficios de desempleo o no.
  - 8) Si ha incluido hijos en su solicitud que no sean biológicos o hijastros, debe proporcionar documentación legal a tal efecto.
  - 9) Los pacientes que buscan asistencia debido a indigencia médica pueden necesitar presentar evidencia de activos.

2. Los ingresos se anualizarán, cuando corresponda, en base a la documentación aportada y a la información verbal proporcionada por el paciente. Este proceso tomará en consideración el empleo estacional y los aumentos y/o disminuciones temporales de ingresos.

3. Todas las solicitudes, documentación de respaldo y comunicaciones se tratarán con el debido respeto a la confidencialidad del paciente. NGMC ejercerá un cuidado razonable para mantener los documentos de respaldo junto con el formulario de solicitud.

4. En situaciones en las que la información proporcionada por el paciente o garante no coincida con el “Método Basado en Criterios”, la información Basada en Criterios se considerará en la determinación de elegibilidad.

*Este documento entra en vigor para NGMC Habersham el 1 de julio de 2023.*

5. Se aceptarán solicitudes completas hasta el final del período de solicitud, tal como se define anteriormente.

### **CRITERIO DE ELEGIBILIDAD**

1. En los casos en que los pacientes soliciten servicios programados, las solicitudes de Asistencia Financiera se pueden procesar antes de los servicios.
2. La Asistencia Financiera es secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente.
3. La determinación de elegibilidad de un paciente para recibir Asistencia Financiera se aplicará independientemente de la fuente de referencia y sin discriminación por motivos de raza, género, origen étnico, color, credo, origen nacional, edad, estado de discapacidad o estado civil.
4. Se brindará Asistencia Financiera a los pacientes cuando los activos netos disponibles no sean suficientes y el ingreso familiar bruto esté entre 0 y 300 por ciento de las Pautas Federales de Pobreza ajustadas según el tamaño de la familia.
5. Las obligaciones financieras que queden una vez aplicado el ajuste de Asistencia Financiera podrán pagarse en una suma global o el paciente podrá establecer un plan de pago.

### **DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD**

6. La elegibilidad se puede determinar una vez que se haya recibido una solicitud completa junto con toda la documentación de respaldo o mediante otros métodos o sistemas basados en criterios. En caso de que no se proporcione la documentación o la solicitud quede incompleta, no se concederá la ayuda financiera. Se enviará una notificación informándole cómo obtener asistencia para completar la solicitud.
7. Después de 120 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta o 30 días a partir de la fecha de la notificación por escrito de la intención de iniciar ECA y el resumen en lenguaje sencillo, las cuentas con solicitud incompleta o sin solicitud estarán sujetas al flujo normal de la cuenta. proceso de autopago de declaraciones de cobranza y subcontratación a agencias de cobranza de insolvencias, así como a abogados de cobranza, según corresponda (Ver Política de Cobranzas).
8. Si la solicitud completa se recibe después de que hayan comenzado los esfuerzos extraordinarios de cobranza, pero dentro del período de solicitud, el procesamiento de la solicitud se acelerará y todas las ECA cesarán durante el procesamiento.
9. Para atención médicamente necesaria que no sea atención de emergencia, el paciente debe ser residente dentro del área de servicio de NGHS. Se pueden encontrar ejemplos de prueba de residencia aceptable en la sección 2b del Proceso de solicitud, en la parte de arriba.
10. Los casos para consideración podrán ser solicitados por el paciente, la familia del paciente, el médico del paciente, el personal del hospital que haya sido informado de la necesidad financiera del paciente o agencias sociales reconocidas.
11. NGMC aprueba presuntamente a los pacientes para un ajuste del 100 % únicamente, utilizando los criterios de elegibilidad presunta definidos anteriormente.
12. En los casos en que la elegibilidad se haya determinado mediante el uso de otros métodos basados en criterios, es posible que no se requiera documentación de ingresos y gastos.
13. Después de la solicitud inicial de Asistencia Financiera, el hospital buscará otras fuentes de financiación, incluidos Medicaid y/o programas estatales.
14. La elegibilidad para recibir Asistencia Financiera, aunque generalmente se determina en el momento de la solicitud, puede ocurrir en cualquier momento, durante el período de solicitud, antes del juicio al conocer hechos que indicarían una necesidad financiera.
15. La aprobación de Asistencia Financiera se otorga por períodos de seis (6) meses. La aprobación de los pacientes de Medicare se otorga por períodos de doce (12) meses. Si la situación financiera del paciente/parte responsable cambia después de que se haya aprobado y otorgado la organización benéfica, NGMC se reserva el derecho de cancelar la organización benéfica futura a discreción del Gerente de Asesoramiento Financiero de acuerdo con el Vicepresidente del ciclo de ingresos. Los ejemplos incluyen, entre otros, un pago del acuerdo judicial, la lotería, etc.

*Este documento entra en vigor para NGMC Habersham el 1 de julio de 2023.*

## **CÁLCULO**

El cálculo del descuento para pacientes calificados para un ajuste parcial de atención caritativa se basará en nuestra tasa de reembolso de Medicare. Este descuento se actualizará anualmente cuando se reciban nuevas tarifas de Medicare. Los pacientes califican para un ajuste de caridad según una escala móvil de la siguiente manera:

- Los ingresos familiares del 150% o menos de las Pautas Federales de Pobreza califican para un ajuste de caridad del 100%, lo que significa que sus servicios son gratuitos.
- Un ingreso familiar entre 151% y 185% de las Pautas Federales de Pobreza califica para un ajuste basado en la tasa de reembolso de Medicare más un 40% adicional.
- Un ingreso familiar entre 186% y 235% de las Pautas Federales de Pobreza califica para un ajuste equivalente a la tasa de reembolso de Medicare del hospital más un 20% adicional.
- Un ingreso familiar entre el 236 % y el 300 % de las Pautas Federales de Pobreza califica para un ajuste equivalente a la tasa de reembolso de Medicare del hospital.

Ejemplo del cálculo: si los cargos brutos de un paciente por los servicios son \$1000, los cargos se descontarán del reembolso de Medicare ( $\$1000 * 26.22\% = \$262.20$ ). El paciente con un ingreso del 236% al 300% de las Pautas Federales de Pobreza sería responsable de \$262.20.

## **NOTIFICACIÓN**

El hospital hará esfuerzos razonables para notificar al paciente sobre la determinación final dentro de los treinta (30) días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud con los materiales documentados relacionados (comprobante de ingresos, etc.). La notificación incluirá una determinación del monto por el cual la parte responsable será financieramente responsable, si corresponde, y describe cómo la persona puede obtener información sobre los AGB y cómo se determinó el monto adeudado. Las denegaciones se comunicarán por escrito e incluirán instrucciones para apelar. Si se aprueba al paciente, se reembolsará cualquier pago anterior realizado por el paciente, que exceda el monto determinado, en las cuentas cubiertas, a menos que el monto pagado sea inferior a \$5.

## **PROCESO DE APELACIONES**

La parte responsable podrá solicitar la reconsideración de la elegibilidad para recibir Asistencia Financiera proporcionando documentación adicional dentro del período de solicitud. La solicitud será revisada para su reconsideración. Si la determinación final es aprobar la Asistencia Financiera, se enviará una notificación de aprobación al paciente indicando la cantidad exenta o reducida.

### **Determinación Final Parte Autorizada**

Director de Cuentas por Cobrar de Pacientes

## **PROCESO DE NO PAGO**

*Este documento entra en vigor para NGMC Habersham el 1 de julio de 2023.*



En caso de que un paciente no pague su parte del saldo de su cuenta después de que se procese la Asistencia Financiera, la cuenta seguirá el flujo normal del proceso de cobro, cumpliendo con los plazos establecidos por la sección 501(r) (consulte la Política de cobro).

**AUTORIDAD FINAL PARA GARANTIZAR QUE SE REALIZARON ESFUERZOS RAZONABLES PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD ANTES DE INICIAR LAS ECAs**

Gerente de Cuentas por Cobrar

**PROVEEDORES CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE NGMC**

Northeast Georgia Physicians Group  
The Heart Center of Northeast Georgia Medical Center  
Gainesville Emergency Department Services, PC  
Gainesville Radiology Group, PC

**PROVEEDORES NO CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE NGMC**

Cualquier proveedor no mencionado anteriormente

**Área de servicio de NGHS por Código Postal**

30011,30019,30028,30040,30041,30501,30502,30503,30504,30506,30507,30510,30511,30512,30514,  
30515,30517,30518,30519,30520,30521,30523,30525,30527,30528,30529,30530,30531,30533,30534,30535,30537,  
30538,30542,30543,30545,30546,30547,30548,30549,30552,30553,30554,30557,30558,30562,30563,30564,  
30565,30566,30567,30568,30571,30572,30573,30575,30576,30577,30580,30581,30582,30597,30598,  
30599,30620,30639,30662,30666,30680

*Este documento entra en vigor para NGMC Habersham el 1 de julio de 2023.*

# Información del Documento

## Título del Documento

Asistencia financiera – NGMC

## Descripción del Documento

N/A

## Información de Aprobación

**Aprobado el:** 12/06/2023

**Aprobación vence:** 04/20/2027

**Impreso por:** Cara Tench

**Número de revisión:** 5.0

**Nota:** Este documento está destinado a uso interno de las entidades marcadas en la cuadrícula de aplicabilidad. No apto para reproducción o publicación externa sin permiso. Esta copia es válida durante 24 horas a partir de la fecha de impresión.