

Título: Banner Health Physician Practices/Clinics/Home Health Financial Assistance Policy	
Número: 1455, Versión: 7	Fecha original: 10/21/2009
Fecha de entrada en vigencia: 10/16/2019	Fecha de la última actualización/revisión: 10/16/2019
Fecha de la próxima actualización: 10/16/2020	Autores: Becky Peters, Gordon Goodnow
Aprobado por: Administrative Policy Committee, Chief Financial Officer, PolicyTech Administrators 10/16/2019	
Discrete Operating Unit/Facility:	<p>Ambulatory Services Banner Health Clinics Banner Imaging Services Banner MD Anderson Cancer Center Banner Medical Group Banner--University Medical Group Banner--University Medical Group Phoenix Rural Health Clinics University of Arizona Cancer Center</p> <p>Banner Home Care and Hospice (BHCH) Home Health</p>

I. Propósito/Población:

A. Propósito:

1. Esta política y los programas de asistencia financiera de este documento tienen la intención de abordar el doble interés de proporcionar acceso a la atención para aquellos que no tienen la capacidad de pagar y de ofrecer un descuento de los cargos facturados para aquellos que pueden pagar una parte de los costos de su atención proporcionada por un médico empleado por Banner.
2. Esta política tiene por objeto abordar el programa de asistencia financiera y las prácticas de facturación relacionadas para las personas sin seguro, con seguro insuficiente y médicamente indigentes para los médicos empleados y los servicios clínicos prestados por un médico empleado por Banner. Debe utilizarse como complemento de la política de Banner para los pacientes hospitalizados, titulada: "Asistencia financiera para pacientes de hospital".

B. **Población:** Todos los empleados.

II. Definiciones:

- A. Saldo después del seguro (BAI, por sus siglas en inglés): significa las cantidades adeudadas por el paciente después de que se haya completado la adjudicación del seguro (por ejemplo, deducibles, copagos y coseguro).
- B. Facturación de médicos de Banner: significa cualquier facturación generada por un servicio profesional prestado por un Médico Empleado por Banner, o por un servicio profesional prestado por un médico que ha asignado a Banner su derecho a recibir reembolso por dicho servicio.

- C. Atención caritativa: significa que se proporcionan servicios cubiertos gratuitos y no se espera que el paciente pague ninguna cantidad por servicios cubiertos basados en las calificaciones de las pautas federales de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés).
- D. Servicios cubiertos: significa aquellos servicios profesionales médicamente necesarios para los cuales se genera una facturación de médicos de Banner.
- E. Atención con descuento: significa servicios cubiertos proporcionados a un paciente por los cuales se espera que el paciente pague una cantidad con descuento.
- F. Servicios de emergencia significa los servicios necesarios y apropiados para tratar una condición de emergencia.
- G. Nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés): significa el nivel de ingresos y el tamaño del hogar establecido por el gobierno federal que establece los hogares que viven por encima o por debajo de los ingresos anuales de pobreza definidos (también conocido como escala móvil).
- H. Medicaid: significa todos los programas estatales y federales para la atención de indigentes, e incluye (pero no se limita a) Medicaid, Medi-Cal, AHCCCS, CICP, FES, etc.
- I. Paciente médicamente indigente: significa un paciente con gastos médicos incurridos durante los 12 meses anteriores de los cuales el paciente es responsable y que exceden el 50 % de los ingresos totales para ese año.
- J. Médicamente necesario: significa servicios requeridos para identificar o tratar una enfermedad o lesión que se diagnostica o se sospecha razonablemente que es médicamente necesaria. Para ser médicamente necesario, un servicio debe:
 - 1. Ser requerido para tratar una enfermedad o lesión
 - 2. Ser consistente con el diagnóstico y tratamiento de las condiciones del paciente
 - 3. Estar de acuerdo con los estándares de las buenas prácticas médicas;
 - 4. No ser para la conveniencia del paciente o del médico del paciente
 - 5. Realizarse en el nivel más apropiado y fácilmente disponible de atención o de la manera requerida por la condición médica del paciente (que puede ser en el hogar del paciente, en el consultorio de un médico, en un centro para pacientes ambulatorios, o en una cama de cuidados a largo plazo, de rehabilitación o de hospital), y no por la situación financiera o familiar del paciente.
- K. Oficina de facturación del médico ("PBO", por sus siglas en inglés): significa la oficina de facturación del médico de Banner, la unidad operativa de Banner responsable de la facturación y el cobro de las cuentas de autopago de los médicos.
- L. Médico empleado por Banner: significa un médico empleado por Banner Medical Group, Banner Medical Group Colorado, Banner-University Medical Group (y todas las demás afiliadas controladas de Banner Health a las que se hace referencia colectivamente como "Banner") y para los fines de esta política incluye a un médico que ha asignado a Banner su derecho a recibir reembolso.
- M. Clínica calificada: significa cualquier centro de salud, clínica u otro lugar de práctica no hospitalaria en el que un médico empleado por Banner Health ejerce regularmente y recibe, directa o indirectamente, asistencia para el pago de préstamos estudiantiles a través de

cualquier programa gubernamental que requiera que cualquier médico que reciba dicha asistencia para el pago de préstamos estudiantiles debe ejercer en un lugar que ofrezca una escala móvil de honorarios para los pacientes basada en los ingresos individuales o del hogar del paciente.

- N. Tasa de autopago: significa el 30 % de descuento en los cargos brutos o facturados a todos los pacientes sin seguro, independientemente de sus ingresos o el tamaño de su hogar.
- O. Paciente no asegurado: significa pacientes sin beneficio de seguro médico o programas gubernamentales que pueden ser facturados por los servicios cubiertos que se les proporcionan y que no están excluidos de esta póliza.
- P. Paciente con seguro insuficiente: significa un paciente con cobertura de seguro calificada con limitaciones significativas o corresponsabilidad, incluyendo deducibles, copagos y coseguros.
- Q. Cargos usuales y acostumbrados: significa las tarifas de los servicios cubiertos que se cobran a todos los pacientes, independientemente de la cobertura de terceros, también conocida como "cargos brutos", y que a veces se utilizan para contratar a terceros pagadores.

III. Póliza:

- A. Descripción general. Banner Health proporciona atención médica de calidad a todos los pacientes independientemente de su edad, sexo, orientación sexual, preferencia de género, raza, religión, discapacidad, condición de veterano, origen nacional y/o incapacidad de pago. Esta política establece programas de asistencia financiera de Banner Health que, basados en el nivel federal de pobreza, determinan la calificación de un paciente para recibir atención médica caritativa o atención con descuento para servicios cubiertos para los servicios proporcionados por un médico empleado por Banner.
- B. Banner proporcionará asistencia financiera para los servicios prestados por un médico empleado por Banner a las personas que son pacientes sin seguro, con seguro insuficiente, médicamente indigentes y pacientes de clínicas calificadas y que cumplen con las directrices de Banner Health y el nivel federal de pobreza según se describe en esta política. Banner cobrará a los pacientes calificados de la clínica en una escala móvil, ofreciendo los mismos descuentos que se ofrecen a las personas que no tienen seguro, con seguro insuficiente y son médicamente indigentes.
- C. Elegibilidad: Los pacientes pueden calificar para los programas de asistencia financiera de Banner Health si cumplen con una de las siguientes pautas basadas en las pautas del nivel federal de pobreza:
 - 1. Un paciente sin seguro es elegible para recibir la ayuda caritativa de atención con descuento basada en los ingresos y el tamaño de la familia según esta póliza si su nivel federal de pobreza es inferior al 400 %, de acuerdo con la siguiente tabla; y no califica para la cobertura de Medicaid u otro programa gubernamental o no puede completar razonablemente el proceso de solicitud;
 - 2. Un paciente con seguro insuficiente/con saldo después del seguro (BAI, por sus siglas en inglés) tiene un saldo mínimo de \$2,500.00 (puede ser una combinación de saldos de Banner Health) y cumple con las pautas del nivel federal de pobreza por debajo del 400 %.

3. Familias médicamente indigentes con facturas médicas combinadas del hogar durante los últimos 12 meses superiores al 50 % de los ingresos anuales del hogar. Esto incluye deudas médicas fuera de Banner Health;
 4. El saldo del paciente no es la parte del costo del paciente para Medicaid/AHCCCS, según lo determinado por el estado, es una cantidad que el paciente debe pagar para que el paciente sea elegible para Medicaid/AHCCCS y BH no está autorizado a exonerar.
- D. Exclusiones. Esta política solo se aplica a los servicios médicamente necesarios, incluyendo los de emergencia, atención y procedimientos. No se aplica a la atención y procedimientos cosméticos y no médicamente necesarios, excepto cuando se determine a discreción de Banner Health caso por caso.

Asistencia financiera: atención caritativa completa y parcial para pacientes no asegurados	
Ingreso y tamaño del hogar	Cantidades cobradas
200 % de < nivel federal de pobreza	Descuento completo de caridad de 100 %, cancelación de la responsabilidad del paciente
>200 %-300 % del nivel federal de pobreza	75 % de descuento en los cargos facturados por la clínica
>300 %-400 % del nivel federal de pobreza	50 % de descuento en los cargos facturados por la clínica
>400 % del nivel federal de pobreza	No califica para la política de asistencia financiera de BH

Descuentos para pacientes con seguro insuficiente/saldo después del seguro	
El saldo combinado del paciente debe ser de un mínimo de \$2,500; el paciente debe solicitar asistencia financiera	
Ingreso y tamaño del hogar	Saldo del paciente después del seguro
200 % de < nivel federal de pobreza	Descuento de 100 %, cancelación de la responsabilidad del paciente
>200 %-300 % del nivel federal de pobreza	Descuento de 75 % de la responsabilidad del paciente
>300 %-400 % del nivel federal de pobreza	Descuento de 50 % de la responsabilidad del paciente
>400 % del nivel federal de pobreza	No califica para la política de asistencia financiera de BH

Médicamente indigente	
Ingreso del hogar	Saldo del paciente
Facturas médicas combinadas familiares del hogar durante los últimos 12 meses superiores al 50 % de los ingresos anuales del hogar	Descuento de 75 % de la responsabilidad del paciente

- E. Cancelaciones y ajustes. Los servicios cubiertos serán elegibles para cancelación, en su totalidad o en parte, si:

1. Un paciente califica para Medicaid después de que el servicio ha sido proporcionado por Banner Health (100 % de cancelación). Esto incluye cualquier factura por servicios anteriores a la cobertura.
2. Un paciente califica para Medicaid, pero no hay fondos disponibles para pagar los servicios o Medicaid niega la cobertura de un Servicio Cubierto (100 % de cancelación); un paciente es aprobado para participar en la política de asistencia financiera de Banner Health.
3. Basado en las pautas del nivel federal de pobreza de Banner Health y los requisitos descritos anteriormente en esta política;
 - a. *Una vez aprobadas, las cancelaciones y ajustes se procesarán con prontitud de acuerdo con los procedimientos aplicables y los estatutos y reglamentos estatales.*
4. Autoridad de firma para cancelaciones. Las cancelaciones del programa de asistencia financiera serán otorgadas sujeto a los siguientes límites:
 - a. *Hasta \$1,000 – Oficina de facturación del médico o gerente de cuentas de pacientes de salud en el hogar*
 - b. *Más de \$1,000 – Oficina de facturación del médico o director de salud en el hogar*

F. Reserva del derecho a solicitar el reembolso de los cargos de terceros.

1. En el caso de que cualquier pagador primero o tercero sea responsable de cualquier porción de la factura de un paciente no asegurado, Banner buscará el reembolso total de todos los cargos incurridos por el paciente en los cargos usuales y acostumbrados de dicho pagador primero o tercero, incluyendo las situaciones regidas por las disposiciones de A.R.S. Sección 33-931, et seq. (o el gravamen médico análogo o las disposiciones similares de las leyes de otros estados, según sea aplicable), a pesar de cualquier ayuda financiera otorgada de conformidad con esta política.

G. Solicitud para el programa de asistencia financiera.

1. Para calificar para participar en el programa de asistencia financiera de Banner Health, los pacientes deben presentar ingresos anuales, activos y pasivos u otra documentación según sea necesario y cooperar con la evaluación de elegibilidad de Medicaid cuando sea apropiado.
2. Los pacientes pueden solicitar los programas de asistencia financiera de Banner Health por cualquiera de los siguientes métodos:
 - a. *Notificando al personal de servicios de acceso al paciente (PAS, por sus siglas en inglés) o de servicios financieros al paciente (PFS, por sus siglas en inglés) en o antes del momento de la inscripción que no pueden pagar algunos o todos los cargos médicos/clínicos reales o previstos. El personal de PAS o PFS ofrecerá a todos los pacientes sin seguro un formulario de solicitud de asistencia financiera de BH.*
 - b. *Descargando el formulario de solicitud del sitio web de Banner Health y enviándolo por correo a la oficina de facturación del médico (PBO, por sus siglas en inglés) a la dirección que figura en el formulario de solicitud.*

- c. *Solicitando un formulario de solicitud de la PBO por teléfono al 800-461-0256, opción 1, en persona, o por correo a 7251 W. 4th Street, Greeley, CO 80634 y enviando la solicitud completa a la dirección antes mencionada.*
- d. *Cualquier método especificado en la política de facturación y cobros.*

H. Período de elegibilidad.

1. Si un paciente califica para el programa de asistencia financiera de Banner Health, todos los saldos pendientes de servicios calificados 12 meses antes y 180 días después de la calificación serán elegibles para el descuento apropiado. Cualquier cuenta dentro del año fiscal actual o de los 12 meses anteriores y que haya sido colocada en estado de deuda incobrable será devuelta del estado de deuda incobrable o del proveedor y cancelada con base en las pautas de la política de asistencia financiera de Banner.
- I. Reembolsos. Los pagos recibidos antes de calificar para los programas de asistencia financiera de Banner Health no serán reembolsados.

IV. Procedimiento/Intervenciones:

A. Documentar las ubicaciones de las clínicas calificadas.

1. El empleador del médico que recibe asistencia para el pago de préstamos estudiantiles bajo el programa gubernamental notifica al director de la oficina de facturación del médico (PBO, por sus siglas en inglés) de la ubicación de la práctica del médico y el requisito de que dicha ubicación sea tratada como una clínica calificada bajo la política de asistencia financiera para consultorios médicos/clínicas/salud en el hogar de Banner Health.
2. Señalización apropiada colocada notificando a los pacientes de la disponibilidad de asistencia financiera en la clínica calificada, y personal apropiado de la clínica calificada notificado de aquellos pacientes que califican bajo la política de asistencia financiera de política de asistencia financiera para consultorios médicos/clínicas/salud en el hogar de Banner Health y de la responsabilidad aplicable del paciente.
3. La clínica calificada llevará a cabo el proceso de precalificación (refiérase al "Proceso de precalificación para el programa de asistencia financiera en sitios calificados") con el paciente antes de que se presten los servicios.
4. Para determinar la elegibilidad continua en una clínica calificada para el programa de asistencia financiera, el paciente debe volver a solicitar el programa de asistencia financiera cada 6 meses o si su situación financiera cambia.

V. Documentación procesal:

- A. N/C

VI. Información adicional:

- A. N/C

VII. Referencias:

- A. N/C

VIII. Otras políticas y procedimientos relacionados:

- A. [Asistencia financiera para pacientes de hospital](#) (#770)
- B. [Arreglos de pago a plazos](#) (#771)

IX. Palabras clave y frases clave:

- A. Asistencia financiera
- B. Asistencia financiera mejorada
- C. Pacientes no asegurados
- D. Beneficio comunitario
- E. Atención caritativa
- F. Clínicas calificadas
- G. NHSC
- H. Programa de perdón de préstamos estudiantiles
- I. Calendario de tarifas móviles

X. Apéndice:

- A. Pautas del nivel federal de pobreza

Apéndice A

Pautas del nivel federal de pobreza de 2019

Tamaño del hogar	200 % del nivel federal de pobreza	300 % del nivel federal de pobreza	400 % del nivel federal de pobreza
1	\$24,280	\$36,420	\$48,560
2	\$32,920	\$49,380	\$65,840
3	\$41,560	\$62,340	\$83,120
4	\$50,200	\$75,300	\$100,400
5	\$58,840	\$88,260	\$117,680
6	\$67,480	\$101,220	\$134,960
7	\$76,120	\$114,180	\$152,240
8	\$84,760	\$127,140	\$169,520