

	Finanzas	
	Nombre de la política	Programa de Asistencia Financiera
	Válida desde	10/2002
	Fecha de aprobación	
	Próxima fecha de aprobación	07/01/14
	Responsable de la política	Jennifer Bourassa
Aprobada por: Junta de Directores de National Jewish Health		

DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

National Jewish Health fue fundada con la premisa de brindar acceso a la atención para todos los pacientes, incluidos aquellos con medios limitados. Como parte de sus actividades, National Jewish Health puede participar en diversos programas de asistencia. National Jewish Health cumplirá todas las reglamentaciones/pautas estatales y federales, incluida IRS-IRC 501(r). National Jewish Health garantizará que no se les facture a los pacientes elegibles para la Asistencia Financiera de National Jewish Health más que la tasa Promedio Generalmente Facturada (AGB, por sus siglas en inglés) publicada en el sitio web.

National Jewish Health también ofrecerá su propio programa de asistencia financiera. El Programa de Asistencia Financiera de National Jewish Health (NJFAP, por sus siglas en inglés) está disponible para los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que necesitan ayuda para pagar sus facturas médicas. El NJFAP se ofrece y está disponible para todos los pacientes que califican, según los criterios predeterminados que se establecen en la presente política.

La Oficina de Asesoramiento Financiero para Pacientes administra el NJFAP y hace todo lo posible para evaluar cada solicitud de manera equitativa, según la información financiera provista por el paciente y conforme a las pautas establecidas. National Jewish Health conserva el derecho, a su solo criterio, de determinar la capacidad de pago de un paciente.

ALCANCE

El FAP de National Jewish Health está disponible para los pacientes correspondientes con hasta el 400% del nivel de pobreza.

El NJFAP está disponible tanto para los nuevos pacientes como para los pacientes existentes que califiquen, en relación con lo siguiente:

Todos los servicios provistos en los establecimientos licenciados por National Jewish Health: Véase el Apéndice A

El NJFAP no está disponible para cubrir lo siguiente:

- Servicios provistos por uno o más médicos de National Jewish Health en un establecimiento o centro que no figure en el Apéndice A.

- Servicios provistos en uno de los centros que se indican en el Apéndice A, pero prestados y facturados por uno de los médicos/grupos de establecimientos independientes que se indican en el Apéndice B.
- Copagos del seguro adeudados por servicios de los médicos, y medicamentos de venta con receta.
- Servicios denegados por el seguro, incluidas las restricciones de la lista de medicamentos autorizados.
- Servicios complementarios recetados por un proveedor de atención que no pertenece a National Jewish Health.
- Comidas, alojamiento y artículos de higiene para los pacientes.

PROCEDIMIENTO

Los Asesores Financieros de National Jewish Health evaluarán a los pacientes que soliciten sus servicios respecto de los programas de asistencia financiera. Los asesores financieros harán una evaluación previa de los pacientes y determinarán la elegibilidad de los pacientes para los programas de asistencia financiera de Medicaid, CICP, CHP+ o de las Partes B y D de Medicare, y los derivarán para que soliciten estos programas, si corresponde.

National Jewish Health brinda información sobre el Programa de Asistencia Financiera de National Jewish Health y entrega una solicitud que puede presentarse a través del sitio web y de la Oficina de Asesoramiento Financiero para Pacientes. National Jewish Health usará una solicitud que incluya definiciones y criterios basados en el Programa de Atención de Indigentes de Colorado. Asimismo, la información sobre la Asistencia Financiera de National Jewish Health se incluye en las notificaciones para los pacientes, los carteles disponibles dentro del establecimiento, en los paquetes para pacientes nuevos, además de en las consultas efectuadas a través de la línea de atención de clientes de Servicios Financieros para Pacientes. Se orienta a los pacientes interesados en el programa o que indiquen tener necesidades financieras para que se comuniquen con la Oficina de Asesoramiento Financiero.

Cuando se comunican con la Oficina de Asesoramiento Financiero, los pacientes reciben una lista de la documentación necesaria para solicitar la asistencia financiera. Los pacientes pueden enviar sus documentos por correo postal, fax, correo electrónico o entregarlos personalmente. Un asesor financiero compilará todos los datos y completará la solicitud. El trámite de la solicitud determinará la asistencia financiera conforme a los Niveles Federales de Pobreza de hasta el 400% y determinará los copagos y el porcentaje de descuento aprobados. En ningún caso los pacientes elegibles para asistencia financiera pagarán más que los Montos Generalmente Facturados (AGB, por sus siglas en inglés) por servicios médicos similares prestados a los que tienen seguro de arancel por servicio de Medicare o un seguro médico privado. Véase el Apéndice C.

Se enmendarán los apéndices de esta política y de la solicitud para reflejar las circunstancias/condiciones actuales.

PAUTAS

- I. Los solicitantes no residentes de Colorado que soliciten el NJFAP como programa primario deben presentar un comprobante actual de negativa de Medicaid de su estado de origen, si corresponde. En caso de que el paciente tenga una necesidad financiera pero no califique para otra asistencia, los asesores financieros determinarán si el paciente califica para el NJFAP.
- II. Los pacientes que sean elegibles para inscribirse en otros programas, incluidos –entre otros– los que se mencionan a continuación, pero que se nieguen a inscribirse o no cumplan los requisitos de solicitud de estos programas, no serán elegibles para solicitar el NJFAP: programas Medicare Parte B, Medicare Parte D, planes estatales de intercambio de residencias, Medicaid, CHIP.
- III. El período de elegibilidad inicial para el NJFAP es de 12 meses. Los pacientes deberán volver a solicitar el programa al final de cada período de 12 meses para continuar en el programa. Si se produce algún cambio en las circunstancias financieras durante el período inicial de 12 meses, o en los períodos sucesivos, tales como ingresos o condición familiar, deberá presentarse una solicitud actualizada o nueva. Los Solicitantes deben informarle a la Oficina de Asesoramiento Financiero de National Jewish Health en el curso de los 30 días los cambios en ingresos, condición familiar, cobertura del seguro y planes.
- IV. Servicios Financieros para Pacientes conserva todos los registros financieros relacionados con las solicitudes durante siete (7) años.
- V. Los pacientes que tienen cobertura de seguro, incluida cobertura de medicamentos, a través de un plan médico comercial, seguro de accidentes del trabajo, Medicaid u otros planes de seguro, deben usar los beneficios del seguro en primer lugar y agotarlos. Los pacientes con planes de seguro que les impiden acceder a nuestro establecimiento no son elegibles. Se considera que un plan niega el acceso si no autoriza que el paciente acuda a National Jewish Health o si la cobertura es demasiado restringida como para tener eficacia clínica (por ejemplo, si el seguro solo cubre las consultas con el médico o planes de seguro que exigen que sus afiliados usen los proveedores médicos de la red, planes de medicamentos que imponen restricciones/limitaciones farmacéuticas).
- VI. El NJFAP está disponible para asistir a los pacientes con los coseguros, los deducibles (excepto por los coseguros, los deducibles y los copagos exigidos por Medicaid, CICP o por otros programas basados en la necesidad, y los copagos resultantes del servicio de un médico) por los servicios recibidos y prescritos por un proveedor de National Jewish Health en National Jewish Health.
- VII. Los pacientes pueden solicitar la asistencia financiera retroactivamente durante hasta 240 días desde la primera fecha en la que el saldo se presentó para el pago por parte del paciente.
- VIII. Los Solicitantes elegibles para un programa de Medicaid de otro estado como pagador secundario son elegibles para solicitar el NJFAP si National Jewish Health no está inscrito en el programa Medicaid del otro estado. En todos los casos deben cumplirse los requisitos del seguro primario o secundario. El NJFAP siempre será el pagador de último recurso.
- IX. National Jewish Health se reserva el derecho de revisar toda la información recibida, incluida la revisión del historial crediticio del paciente, a los fines de tramitar la solicitud.

- X. Los pacientes que no efectúen los pagos adeudados o que incumplan el plan de pagos acordado perderán su elegibilidad para la asistencia financiera (incluso se podrá revertir retrospectivamente su elegibilidad).
- XI. Los pacientes que se nieguen a proporcionar la documentación solicitada o que proporcionen información incompleta después de 30 días a partir de la fecha de la solicitud no serán elegibles.
- XII. Para los servicios de médicos de NJH prestados en otro establecimiento, NJH podrá cumplir los términos de la asistencia financiera acordados con dicho establecimiento. El descuento por asistencia financiera que se aplique será la tasa de AGB publicada en el sitio web de National Jewish Health.
- XIII. Los pacientes tienen 15 días a partir de la fecha de aprobación/negativa para solicitar una apelación administrativa. El Supervisor de Asesoramiento Financiero presentará todas las solicitudes de apelación administrativa ante el Gerente de Servicios Financieros para Pacientes. Las apelaciones administrativas no garantizan una aprobación.
- XIV. Los pacientes que falsifiquen la solicitud de asistencia financiera o retengan información relacionada con los requisitos de solicitud dejarán de ser elegibles para el programa y se los considerará responsables de todos los cargos incurridos mientras hayan estado inscritos en el programa, retroactivamente hasta el primer día en el que se hayan incurrido cargos como parte del programa.
- XV. Todas las excepciones a esta política están sujetas a la aprobación de la gerencia.

REVISADA POR:

Christine Forkner, John Frantz, Maricella Bulger, Tanya Tenorio

Apéndice A de FAP



Centros licenciados de National Jewish Health:

- National Jewish Health (sede principal) 1400 Jackson Street, Denver, CO 80206
- NJH Sleep Center Englewood 7877 South Chester Street, Englewood, CO 80112
- NJH Highlands Ranch 8671 S. Quebec St. Suite 120, Highlands Ranch, CO 80130
- NJH South Denver 499 East Hampden Ave. Suite 300, Englewood, CO 80113
- NJH Northern Hematology Oncology 9451 Huron St., Thornton, CO 80260
- NJH Western Hematology Oncology 400 Indiana St., Suite 230 Golden, CO 80401

Apéndice B de FAP



Servicios de National Jewish Health facturados por médicos/grupo de establecimientos independientes:

- US Anesthesia Partners of Colorado
- Blue Sky Neurology

APÉNDICE C

**ASISTENCIA FINANCIERA
CRONOGRAMA DE INGRESOS Y DESCUENTOS**

CUADRO 1: RANGOS DE INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR	100% FPL	150% FPL	200% FPL	250% FPL	300% FPL	350% FPL	400% FPL
1 PERSONA	\$12,140	\$18,210	\$24,280	\$30,350	\$36,420	\$42,490	\$48,560
2 PERSONAS	\$16,460	\$24,690	\$32,920	\$41,150	\$49,380	\$57,610	\$65,840
3 PERSONAS	\$20,780	\$31,170	\$41,560	\$51,950	\$62,340	\$72,730	\$83,120
4 PERSONAS	\$25,100	\$37,650	\$50,200	\$62,750	\$75,300	\$87,850	\$100,000
5 PERSONAS	\$29,420	\$44,130	\$58,840	\$73,550	\$88,260	\$100,000	\$100,000
6 PERSONAS	\$33,740	\$50,610	\$67,480	\$84,350	\$100,000	\$100,000	\$100,000
7 PERSONAS	\$38,060	\$57,090	\$76,120	\$95,150	\$100,000	\$100,000	\$100,000
8 PERSONAS	\$42,380	\$63,570	\$84,760	\$100,000	\$100,000	\$100,000	\$100,000

- TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR: PARA CADA INTEGRANTE ADICIONAL DEL GRUPO FAMILIAR MÁS ALLÁ DE LOS 8 INTEGRANTES, AGREGUE \$4,160 A LOS INGRESOS. LOS PACIENTES CON INGRESOS FAMILIARES SUPERIORES A \$100,000 NO SERÁN ELEGIBLES PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA, INDEPENDIEMENTE DEL TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR.

- FPL: EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE EE.UU. DETERMINA EL "NIVEL FEDERAL DE POBREZA" (EN INGLÉS, FEDERAL POVERTY LEVEL) CADA AÑO.

CUADRO 2: MONTO DEL DESCUENTO Y DE LA RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

INGRESO DEL GRUPO FAMILIAR DEL PACIENTE	MENOS DEL 100% FPL	101% - 150% FPL	151% - 200% FPL	201% - 250% FPL	251% - 300% FPL	301% - 400% FPL
DESCUENTO DEL PACIENTE					60%	
EL PACIENTE PAGA	COPAGO	COPAGO	COPAGO	COPAGO	40%	AGB
COPAGOS						
HOSPITALIZADO EN HOSPITAL (POR ESTADÍA)	\$22 - \$235	\$330 - \$450	\$585 - \$900	\$945		
AMBULATORIO HOSPITAL/MÉDICO (POR DÍA)	\$15 - \$30	\$30 - \$35	\$35 - \$45	\$50		
OTROS AMBULATORIOS (POR ENCUENTRO)	\$30 - \$185	\$250 - \$335	\$425 - \$645	\$680		