POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Esta política está destinada a aquellos pacientes que no califican para la asistencia médica del estado de Ohio, incluido el Programa de Garantía de Atención Hospitalaria, que no cuentan con cobertura de terceros, cuyos ingresos superan las pautas federales de pobreza y que, en general, no pueden pagar los servicios hospitalarios prestados. Los pacientes que se encuentren en el rango del 101 % al 300 % del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL) calificarán para que se les cancele la totalidad o una parte de sus cargos. Los montos que se cobren por la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria proporcionada a personas elegibles para asistencia financiera no superarán los montos generalmente facturados (amounts generally billed, AGB) del hospital.

Es política de Fisher-Titus Medical Center que a ningún paciente que busque servicios médicos que puedan ser prestados por el hospital se le niegue el acceso a esos servicios únicamente por la incapacidad de pagar por ellos. El hospital prestará, sin discriminación, atención para servicios de emergencia y servicios médicamente necesarios a las personas, independientemente de si son elegibles o no según la Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, FAP) del hospital. Se prohíben las actividades de cobro de deudas en el departamento de emergencias o en otras áreas del centro hospitalario donde dichas actividades puedan interferir con la prestación de la atención de emergencia o médicamente necesaria.

Definiciones de la FAP

Montos generalmente facturados (AGB): se refiere a los cargos usuales y habituales por servicios cubiertos proporcionados a personas elegibles bajo el Programa de Asistencia Financiera Básica, multiplicados por el porcentaje de AGB específico del hospital aplicable a tales servicios.

Bienes: bienes líquidos que se pueden convertir en efectivo para cumplir con las obligaciones financieras.

Servicios de emergencia: se refiere a una afección médica de un paciente que resulte de la aparición repentina de un problema de salud con síntomas agudos que, en ausencia de atención médica inmediata, es razonablemente probable que ponga en grave peligro la salud del paciente, den lugar a un deterioro grave de las funciones corporales del paciente o resulten en una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Acciones de cobro extraordinarias (ECA): medidas que toma el hospital contra una persona con relación a la obtención del pago de una factura por atención médica que requiere un proceso legal, la venta de la deuda de una persona a un tercero o la presentación de información desfavorable a las agencias de informes crediticios del consumidor.

Elegible para la FAP: se refiere a una persona que reúne los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de esta política.

Pautas Federales de Pobreza: miden los niveles de ingresos emitidos anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Los niveles federales de pobreza se utilizan para determinar la elegibilidad para este programa de asistencia financiera.

Servicios Financieros: se refiere a los Servicios Financieros para el Paciente, la unidad operativa del hospital responsable de facturar y cobrar las cuentas de pago por cuenta propia por los servicios hospitalarios.

Centro hospitalario y entidades propiedad del hospital: el hospital y todas las entidades propiedad total o parcial del hospital que no se consideren independientes del hospital a efectos de impuestos federales deben cumplir con los requisitos de la sección 501(r) con respecto a la atención prestada para servicios de emergencia y médicamente necesarios.

La limitación de los cargos: se refiere a la limitación de los montos cobrados por atención de emergencia y otra atención médica necesaria proporcionada a personas elegibles para asistencia financiera a montos que no superen los generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubre la misma atención. Además, en lo que respecta a la facturación y el cobro, el hospital no podrá participar en acciones de cobro extraordinarias (extraordinary collection actions, ECA) antes de que se hayan realizado los esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera.

Servicios médicos necesarios: se refiere a aquellos servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios necesarios para identificar y tratar una enfermedad o lesión.

Resumen en lenguaje sencillo: es una declaración escrita que notifica a una persona que el hospital ofrece asistencia financiera conforme a una FAP y proporciona la información en una descripción clara, concisa y fácil de entender.

Sin seguro: pacientes que no tienen cobertura de seguro.

Con seguro insuficiente: pacientes asegurados que reciben atención médicamente necesaria que se determina que son servicios no cubiertos, o que tienen una cobertura de beneficios limitada, o cuyos beneficios han sido agotados por el proveedor de seguros. Esto también incluye a los pacientes que no pueden pagar los saldos del paciente después del pago del seguro.

Montos generalmente facturados

A un paciente elegible para la FAP no se le cobrará más que el AGB del hospital. En el Anexo A de la FAP se incluye una explicación de cómo se calcula el AGB y cuál es el AGB actual del hospital.

Métodos para solicitar la asistencia financiera

Los pacientes pueden solicitar la asistencia financiera completando la solicitud de FAP antes, durante o después de que se presten los servicios. Puede acceder a las solicitudes visitando el Departamento de Asesoría Financiera, el Departamento de Acceso al Paciente, el Departamento de Emergencias o en la ventanilla del cajero del hospital, desde el sitio web del hospital en https://www.fishertitus.org/patients-guests/billing-financial-assistance/financial-assistance/, por correo electrónico a financeservices@ftmc.com, o puede pedir una solicitud por teléfono al 419.660.2678 o 419.660.2679. Las solicitudes completadas pueden enviarse por correo postal al hospital a:

Fisher-Titus Medical Center
272 Benedict Avenue
Norwalk, OH 44857

Requisitos de notificación

La disponibilidad de la FAP será ampliamente difundida dentro de las comunidades atendidas por el hospital. Todas las áreas de admisión deberán exhibir carteles en un lugar destacado que informen a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera del hospital y realizarán esfuerzos razonables para distribuir un resumen en lenguaje sencillo (plain language summary, PLS) de la FAP y ofrecer un formulario de solicitud de FAP a las personas antes de ser dadas de alta del hospital, o bien incluir un PLS de la FAP en todos los estados de cuenta durante el período de notificación de 120 días. Existe acceso directo por vía web al PLS; y el hospital proporcionará, como mínimo, una notificación por escrito informando al paciente de cualquier acción de ECA que el hospital pueda tomar si no se recibe la solicitud de FAP o no se ha recibido el pago.

Verificación de comprobantes de ingresos

La verificación de ingresos se determina mediante: 1) talones de cheque, 2) una declaración reciente de impuestos sobre la renta o el formulario W-2, 3) una declaración firmada por el paciente o garante de la cuenta en la que se indiquen sus ingresos o la forma en que se sustenta, 4) la aceptación en un programa de asistencia gubernamental basado en los ingresos. Servicios Financieros determinará la elegibilidad para la condonación por atención de caridad usando las siguientes pautas de ingresos:

Procedimiento para la FAP

A. Los pacientes que soliciten atención gratuita y no califiquen para Medicaid o el Programa de Garantía de Atención Hospitalaria (Hospital Care Assurance Program, HCAP) serán remitidos a Servicios Financieros.

B. Los Servicios de Cobranza de ITX también evaluarán las cuentas para determinar si aplican para atención de caridad y las devolverán a Servicios Financieros. Los pacientes de pago por cuenta propia que califiquen para el 100 % de atención de caridad obtendrán un descuento del 50 % en Fisher-Titus Medical Care LLC, excepto en servicios de Salud Conductual. Todos los pacientes asegurados y sin seguro que califiquen para atención de caridad en FTMC tendrán el mismo descuento en Salud Conductual.

C. Una vez identificada la cuenta a condonar, Servicios Financieros procesa la solicitud y realiza los ajustes correspondientes en las cuentas que ya han procesado el seguro y/o el pago por cuenta propia. Si califica, se le enviará al paciente por correo una carta de aprobación de atención de caridad. También se notificará a los pacientes por correo en caso de no ser elegibles.

D. Cada cuenta se identificará por:
   - Nombre del paciente
   - Número de cuenta
   - Monto condonado
   - Fecha del servicio
   - Código de cancelación interno.

E. Cualquier saldo total del garante que sea igual o superior a $5,000.00 se incluirá en una Hoja Resumen de Atención de Caridad independiente para ser revisada y firmada por el Asesor Financiero, el Director de la Oficina de Negocios y el Contralor. Cualquier condonación del saldo total del garante que supere los $15,000 debe ser revisada y firmada por el Vicepresidente de Finanzas.

F. Servicios Financieros digitalizará todos los documentos pertinentes en Cerner en el expediente de dicho garante, incluidos los comprobantes de ingresos, copias de solicitudes o copias de tarjetas de seguro. (Los documentos anteriores al 1 de enero de 2003 se conservan en papel, en orden alfabético).

G. Estos archivos se conservarán durante un período mínimo de siete años para fines de auditoría.

H. Se utilizan códigos de condonación específicos para este programa con el fin de registrar estas condonaciones en una cuenta especial del libro mayor, lo que permite generar informes y auditorías fácilmente. El Contralor asigna los códigos.

I. Los patrimonios hereditarios con bienes agotados, una vez verificados por un Asesor Financiero, calificarán para el programa. Esto incluye el patrimonio del cónyuge sobreviviente, aunque primero se deben agotar los esfuerzos para completar la solicitud.

J. Los pacientes aprobados para el Programa de Caridad de Fisher-Titus Medical Center deberán presentar una nueva solicitud cada 90 días. Los pacientes sin cambios previsibles en sus ingresos del año en curso podrán ser aprobados para todo el resto del año en curso (es decir, aquellos cuyos únicos ingresos provengan del SSI o de la jubilación).

K. Las cuentas identificadas por las empresas de ITX (cerradas, sin activos [Closed, No Assets, CNA]) califican automáticamente para este programa. ITX utilizará todas las normas y prácticas estándar de la industria para intentar cobrar la deuda antes de clasificar una cuenta como "CNA". ITX anotará y mantendrá la razón por la cual la cuenta no se puede cobrar en su sistema.

L. Para fines de determinación de ingresos, no se permitirán deducciones "no deducibles en efectivo". Algunos ejemplos incluyen: depreciación, deducción de uso de vehículos personales para negocios, contribuciones a cuentas de ahorro para la salud, deducciones de cuentas IRA, etc. Por el contrario, ciertos beneficios sí se incluirán en los ingresos; por ejemplo: el subsidio de vivienda para ministros.

M. Para fines de determinación de ingresos, los ingresos del empleo por temporadas se ajustarán para reflejar un salario anual.

N. Los pacientes que califican para un programa de asistencia del gobierno de acuerdo con su nivel de ingresos automáticamente califican para este programa, después de que se documenten los intentos justificables de obtener una solicitud de caridad. Una vez identificado un programa aprobado, las cuentas comprendidas dentro del período de revisión retrospectiva de seis meses se incluirán en la condonación. Algunos ejemplos de programas aprobados incluyen, entre otros, los beneficios de planificación familiar de Medicaid y los pacientes elegibles para el Proyecto de cáncer de mama y de cuello uterino (Breast and Cervical Cancer Project, BCCP).

O. Fisher-Titus Medical Center se reserva el derecho de revocar y/o revertir la aprobación de caridad a los pacientes en función de sus bienes, ingresos o ingresos no imponibles (es decir, Seguro Social, pensiones, dividendos, retiros de cuentas IRA/401k, etc.) que no se hayan informado previamente. La Política de asistencia financiera de Fisher-Titus Medical Center es para aquellas personas y familias que no tienen capacidad de pago.

P. En caso de que ninguno de los programas anteriores aplique, Fisher Titus Health se reserva el derecho de evaluar también una solicitud por Dificultad Económica Excepcional (Hardship) caso por caso para aquellos pacientes que demuestren que su situación financiera es catastrófica, inusual o extraordinaria. La Política de asistencia financiera de Fisher-Titus Health es un programa de último recurso, lo que significa que si otro programa estatal o federal está disponible para brindar asistencia, o si hay otros recursos disponibles para pagar la atención de un paciente o reembolsarle los cargos relacionados con esa atención, ese programa o recurso debe agotarse antes de que el paciente sea elegible para el programa de Fisher-Titus Health.

Q. Nuestro procedimiento de facturación (después de los pagos del seguro y/o el pago por cuenta propia) proporciona cuatro estados de cuenta al paciente. El primer estado de cuenta incluye un 15 % de descuento por pronto pago en su totalidad. El segundo y tercero simplemente indican el saldo total adeudado. El cuarto y último estado de cuenta tiene la frase Final Notice (Aviso final) en color rojo estampado directamente a lo largo de la página. Si el paciente ignora o no responde a esta notificación, independientemente de los pagos realizados, la cuenta pasa a un estado de cobranza. La cuenta permanece en ese estado durante 30 días antes de ser entregada a una agencia de cobranzas externa. Es responsabilidad del paciente comunicarse con la oficina de Servicios Financieros para establecer planes de pago razonables si no puede pagar en su totalidad dentro de esos cuatro estados de cuenta. Fisher-Titus Medical Center no participará en acciones ECA contra una persona para obtener el pago por la atención antes de hacer esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para la FAP para la atención. El hospital le notificará al paciente acerca de la FAP antes de iniciar cualquier acción de ECA para obtener el pago por la atención y se abstendrá de iniciar dicha acción de ECA durante al menos 120 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta. El hospital proporcionará, como mínimo, una notificación por escrito informando al paciente de cualquier acción de ECA que el hospital pueda tomar si no se ha recibido la solicitud de la FAP o el pago. Es responsabilidad del paciente completar una solicitud de caridad dentro de los 240 días posteriores a la fecha del primer estado de cuenta si cree que sus ingresos anuales para el tamaño de su familia pueden calificarlo para una posible asistencia.

ANEXO

Anexo A: AGB y escala móvil

ANEXO A

Monto generalmente facturado (AGB) se define como los montos generalmente facturados por atención de emergencia u otra atención médica necesaria a personas que cuentan con un seguro que cubre dicha atención. A una persona elegible para recibir asistencia en virtud de la política de asistencia financiera de Fisher-Titus Medical Center no se le cobrará más que el AGB por emergencias u otra atención médica necesaria.

Fisher-Titus Medical Center utiliza el método retrospectivo para calcular el AGB. El AGB se obtiene dividiendo (1) la suma de todas las reclamaciones por servicios médicamente necesarios prestados en el hospital y permitidos por el sistema de pago por servicio de Medicare y todas las aseguradoras privadas de salud como pagadores primarios, entre (2) los cargos establecidos en el maestro de cargos del hospital al momento de prestar los servicios. El porcentaje de AGB específico del hospital se calculará anualmente por un período de doce (12) meses, desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre, y permite 120 días para que dicho cálculo se realice y actualice en la FAP. El cálculo del porcentaje de AGB específico del hospital deberá cumplir con el método retrospectivo descrito en la Regulación 501(r)-5(b) (1) (B) del Servicio de Impuestos internos (Internal Revenue Service, IRS). El porcentaje actual de AGB es del 54 %.

Fisher-Titus Medical Center ofrece asistencia financiera en una escala móvil basada en las Pautas Federales de Pobreza vigentes:

PAUTAS DE INGRESOS DEL FPL PARA 2026

Persona(s) en la familia/el hogar	0 % al 100 % del FPL para	Del 101 % al 150 % del FPL **DESCUENTO DE ATENCIÓN GRATUITA**			Del 151 % al 200 % del FPL **75 % DE DESCUENTO**			Del 201 % al 300 % del FPL **54 % DE DESCUENTO**		
1	$15,960	$15,961	a	$23,940	$23,941	a	$31,920	$31,921	a	$47,880
2	$21,640	$21,641	a	$32,460	$32,461	a	$43,280	$43,281	a	$64,920
3	$27,320	$27,321	a	$40,980	$40,981	a	$54,640	354,641	a	$81,960
4	333,000	$33,001	a	$49,500	$49,501	a	$66,000	$66,001	a	$99,000
5	$38,680	$38,681	a	$58,020	$58,021	a	$77,360	$77,361	a	$116,040
6	$43,360	$43,361	a	$66,540	$66,541	a	$88,720	$88,721	a	$133,080
7	$50,040	$50,041	a	$75,060	$75,061	a	$100,080	$100,081	a	$150,120
8	$55,720	$55,721	a	$83,580	$83,581	a	$111,440	$111,441	a	$167,160

Para familias de más de 8 personas, agregue $6,330 por persona adicional.