

 **ANMED HEALTH**
PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA

800 North Fant Street, Anderson, South Carolina 29621

Aprobado:	
Fecha de vigencia:	01/07/15
Fecha de vigencia:	01/05/15
Fecha de vigencia:	01/04/2014
Fecha de vigencia:	01/10/2012
Fecha de vigencia:	24/09/12
Fecha de vigencia:	30/08/12
Fecha de vigencia:	12/06/12
Fecha de vigencia:	26/12/11
Fecha de vigencia:	12/08/11
Fecha de vigencia:	29/10/10

El Programa de Asistencia Médica de AnMed Health (AnMed Health Medical Assistance Program, AMAP) es un programa de beneficencia patrocinado por hospitales que proporciona asistencia a los pacientes si cumplen con las pautas establecidas. Los pacientes aprobados para el Programa de Asistencia Médica de AnMed Health deben cumplir con el proceso de solicitud del AMAP y proporcionar constancia de ingresos, recursos equitativos y líquidos mediante la documentación de respaldo necesaria.

Período de elegibilidad

- Una persona que se presume elegible en virtud de estos criterios continuará siendo elegible durante los tres meses siguientes a la fecha de la aprobación inicial, a menos que el personal de AnMed Health tenga motivos para creer que el paciente ya no cumple con los criterios.
- Tras la aprobación inicial, AnMed Health también incluirá cuentas como elegibles que se encuentren dentro de un período de 270 días a partir de la fecha inicial de la declaración, en función de la fecha de solicitud que se ha indicado anteriormente.

Quién NO puede postularse y excepciones a la regla general:

- **Los residentes fuera del estado no son elegibles para los servicios no urgentes** (a excepción de Georgia).
- Los **servicios cosméticos** no están cubiertos por el Programa de Asistencia Médica de AnMed Health.
- **Es posible que los procedimientos de rutina/electivos que no son médicamente necesarios no estén cubiertos** a menos que haya una circunstancia atenuante; se evaluarán caso por caso.
- Los pacientes no serán elegibles para recibir asistencia en las cuentas de **acuerdos de conciliación**.
- Como se indica en el título, hay excepciones para cada regla y, a discreción del subgerente, gerente o director de servicios empresariales, director en jefe, vicepresidente de finanzas, etc., aquellas cuentas con circunstancias atenuantes pueden considerarse para su aprobación a través del Programa de Asistencia Médica de AnMed Health.

Proceso de selección:

- Los miembros del personal deben evaluar al paciente/garante de antemano para determinar si estos son financieramente capaces de hacer pagos. Si es así, se deben celebrar acuerdos financieros con el paciente/garante. Si el paciente/garante no es financieramente capaz de hacer pagos y sí cumple con los criterios del AMAP, los miembros del personal deben reenviar al paciente/garante una solicitud del AMAP.
- Si un miembro del personal determina después de la evaluación de un paciente que es posible que este cuente con la cobertura de Medicare o Medicaid, esta información debe verificarse para determinar la elegibilidad presente o futura para dicha cobertura.
- Si durante la evaluación se determina que el paciente/garante no es indigente en términos médicos, debido a no tener seguro, pero que puede tener una discapacidad o una enfermedad a largo plazo o crónica, debería derivarse al paciente/garante personal de DSS en AnMed Health.
- Es muy importante que los pacientes sean objeto de una evaluación apropiada previa en lo que respecta a información personal sobre pólizas o responsabilidad. Si otra persona puede ser responsable por el reembolso de los servicios prestados, serían primarios a la asistencia del Programa de Asistencia Médica de AnMed Health.
- Todos los pacientes que sean elegibles para cualquier programa estatal o federal deben solicitar y contar con la aprobación o la denegación de la asistencia en virtud del Programa de Asistencia Médica de AnMed Health, y este puede ayudarles con todas las cuentas en las que puedan incurrir en AnMed Health.
- Si otros recursos o programas están disponibles para ayudar con el pago de la cuenta de servicios hospitalarios del paciente, este debe cooperar con estos servicios. Si no busca todas las otras opciones de pago, no se evaluará su solicitud de asistencia financiera. Estas fuentes pueden incluir dinero disponible a través de fuentes de seguros, como por ejemplo, el dinero disponible de terceros responsables por la lesión sufrida por el paciente. Nos reservamos el derecho a restablecer estos cargos si descubrimos cualquier fallo por parte del paciente para cooperar con o emplear cualquier otro servicio ofrecido o determinamos que cualquier información provista era falsa.

Criterios de calificación:

- **Ingresos**
Vamos a utilizar el 200 % de la renta anual bruta estipulada en la tabla de las Pautas de pobreza según lo determinado por el gobierno federal.

- **Propiedad donde reside**
El valor total patrimonial de la propiedad donde reside no debe exceder los \$60,000. Tenga en cuenta: si hay un usufructo vitalicio en un hogar, no se considerará como un activo a efectos de la elegibilidad para el AMAP.
- **Bienes personales reales y tributables a excepción del hogar**
El valor total patrimonial de bienes personales reales y tributables a excepción del hogar no debe superar los \$10,000.
- **Activos líquidos**
El valor total de los activos líquidos no debe superar los \$1,000.

Verificación de recursos y documentación de respaldo:

Ingresos

- Vamos a necesitar una constancia de ingresos con fecha de cuatro semanas antes de la fecha de solicitud. Tenga en cuenta: los ingresos de una pareja no cónyuge que vive en el hogar no se considerarán en el cálculo de ingresos.
- Para el cálculo de los ingresos, se utilizará un promedio de los ingresos durante cuatro semanas multiplicados por cincuenta y dos semanas para establecer los ingresos brutos anuales o los ingresos mensuales multiplicados por doce para establecer los ingreso brutos anuales totales, según corresponda.
- Para verificar los ingresos por trabajo autónomo o según corresponda, vamos a utilizar la declaración de impuestos federales del año anterior para establecer los ingresos brutos anuales del paciente/garante.
- Los documentos que se pueden utilizar para ***verificar los ingresos obtenidos*** incluyen, entre otros, los siguientes:
 1. Comprobantes de salario
 2. Formularios del empleado W-2
 3. Recibos de impuestos salariales
 4. Declaración de impuestos federales sobre la renta
 5. Registros de contabilidad de empleo autónomo
 6. Registros de gastos y ventas
 7. Registros de salario del empleador
 8. Declaraciones del empleador
 9. Oficina de Seguridad de Empleo
- Los documentos que se pueden utilizar ***para verificar otro tipo de ingresos*** incluyen, entre otros, los siguientes:
 1. Carta de adjudicación del Seguro Social
 2. Cheque de pago de beneficios
 3. Carta de indemnización por desempleo
 4. Anuncio de adjudicación de pensiones

5. Anuncio de adjudicación de la Administración de Veteranos
 6. Correspondencia sobre beneficios
 7. Registros de impuesto sobre la renta
 8. Carta de adjudicación de la Junta de Retiro Ferroviario
 9. Documentos de respaldo y pensión alimenticia evidenciados por orden judicial, papeles del divorcio o de separación, cheque de aporte
 10. Registros y cartas de la Administración del Seguro Social o estados de cuenta bancarios de depósito directo
 11. Comisión de Seguridad de Empleo
 12. Registros sindicales
 13. Registros de indemnización por accidentes laborales
 14. Registros y cartas de la Administración de Veteranos
 15. Registros de la compañía de seguros
 16. Registros de impuestos
 17. Registros de la Junta de Retiro Ferroviario
 18. Carta de notificación del Departamento de Servicios Sociales
- Si el paciente/garante no tiene ningún ingreso, necesitaremos documentación del medio de vida del paciente/garante para establecer su capacidad para obtener alimento y vivienda.

Propiedad donde reside

- El valor patrimonial de la propiedad donde reside no debe exceder los \$60,000. Tenga en cuenta: los hogares que se consideran un usufructo vitalicio no se incluirán en el proceso de elegibilidad del AMAP.
- Tendrá que establecerse el valor de la propiedad donde reside a través de la documentación de la oficina del asesor de impuestos del condado del paciente/garante.
- El paciente/garante debe presentar comprobantes o documentación del pago completo o el monto total adeudado con respecto a la propiedad donde reside de parte de la compañía de préstamos o hipotecas.
- El cálculo del valor patrimonial de la propiedad donde reside se debe determinar a través del siguiente cálculo: Valor de la propiedad donde reside - Monto adeudado con respecto a la propiedad donde reside = Valor total patrimonial de la propiedad donde reside.

Propiedad personal realy tributable a excepción del hogar

- El valor patrimonial de la propiedad del bien personal real y tributable a excepción del hogar no debe superar los \$10,000.

- El bien personal real y tributable a excepción del hogar incluye vehículos (motocicletas, automóviles, camionetas, furgonetas), barcos, vehículos recreativos, etc.
- Cualquier hogar o propiedad en tierra que el paciente/garante posea aparte de la propiedad donde este reside.
- El valor de este bien se puede establecer a través de la documentación de Kelley Blue, NADA o la oficina del asesor de impuestos del condado.
- El cálculo del valor patrimonial de la propiedad donde no reside se debe determinar a través del siguiente cálculo: Valor de la propiedad - Monto adeudado con respecto a la propiedad = Valor total patrimonial de la propiedad.

Activos líquidos

- El valor total de los activos/recursos líquidos no debe superar los \$1,000.
- Los recursos de activos líquidos incluyen, entre otros, los siguientes:
 1. Dinero en efectivo en mano.
 2. Cuentas corriente o de ahorro en bancos u otras instituciones de ahorro, incluidas las cooperativas de crédito.
 3. Certificados de ahorro.
 4. El valor de mercado de acciones o bonos.
 5. Cuentas de fideicomiso, excepto cuando sean inaccesibles
 6. Fondos depositados en cuentas de retiro individual (IRA). Se considera el valor en efectivo total de la cuenta, menos el importe de cualquier sanción por retiro anticipado.
 7. Fondos de pensiones que están disponibles.
 8. Reembolsos de los impuestos federales y estatales sobre la renta.
 9. Contratos funerarios previa necesidad.
- El cálculo de activos líquidos para cuentas corrientes se determina con base en el promedio del resumen de cuenta bancaria durante tres meses antes de la fecha de solicitud al AMAP. Para calcularlo, utilizaremos el saldo promedio diario que aparece en el resumen de cuenta bancaria. Si el saldo diario promedio no está disponible vamos a utilizar el saldo final menos cualquier depósito hecho en 7 días.

Proceso de solicitud al AMAP:

- Las solicitudes al AMAP se digitalizarán para su ingreso en un sistema informático y se procesarán en orden de recepción; es nuestro objetivo revisar las solicitudes dentro de un período de 30 días cuando sea posible.

- Las cuentas de los pacientes se cambiarán a la clase financiera I, que coloca a las cuentas en una retención temporal, hasta que finalice el proceso de revisión y procesamiento de las solicitudes.
- El miembro del personal utilizará la hoja de cálculo del AMAP para determinar y documentar los límites de ingresos y activos del paciente/garante.
- Si se procesa la solicitud y se aprueba, el paciente/garante recibirá la notificación por medio de una carta de aprobación.
- Si una solicitud se procesa y falta la documentación de respaldo necesaria, el paciente/garante recibirá la notificación por carta de proceso pendiente con la solicitud de la documentación específica necesaria para procesar la solicitud de asistencia del paciente/garante.
- Si un paciente/garante no envía la documentación de respaldo solicitada en un plazo de 30 días desde la fecha de la carta de proceso pendiente, se denegará su solicitud de asistencia de inmediato.
- Si una solicitud se procesa y se rechaza, el paciente recibirá una carta de denegación con el motivo o los motivos específicos de dicha denegación.
- Toda la documentación utilizada para determinar la elegibilidad del paciente/garante de la asistencia debe digitalizarse para su ingreso en el sistema informático.
- Los pagos efectuados a título oneroso personal (es decir, por el paciente o en nombre del paciente por otra persona) en una cuenta calificada se le reembolsarán al pagador. Los pagos de cualquier otra fuente (incluido el seguro, programas para indigentes, programas de descuento en medicamentos u otros programas similares o relacionados) no se reembolsarán.

Aprobación del AMAP:

- Si un paciente/garante que recibe servicios médicos en AnMed Health cumple con los criterios de calificación del AMAP, recibirá una carta de aprobación por un período de 3 meses a partir de la fecha de solicitud que finalizará el último día del tercer mes.
- Si un paciente/garante que recibe servicios por parte de profesionales médicos en un consultorio médico participante de AnMed Health cumple con los criterios de calificación del AMAP, recibirá una carta de aprobación por un período de 6 meses a partir de la fecha de solicitud, que finalizará el último día del sexto mes. Se adjunta un listado de médicos participantes en AnMed Health. Estos médicos aceptan la aprobación del AMAP.

Rechazo del AMAP:

- Si un paciente/garante no cumple con los criterios de calificación del AMAP, se le denegará su solicitud de asistencia. No serán elegibles para volver a presentar una solicitud ante el AMAP hasta 90 días desde la fecha de la denegación.

Información de ajuste:

- Las cuentas elegibles para recibir asistencia del AMAP se ajustarán a 998-9071.
- AnMed Health ajusta el saldo total de las cuentas calificadas.
- Las Cantidades Facturadas Generalmente (Amounts Generally Billed, AGB) se determinan a través del “método de retrospcción”, que se calcula mediante la revisión de la suma de todas las reclamaciones anteriores que se han pagado en su totalidad al centro hospitalario para recibir atención médica necesaria por parte de Medicare, Medicaid y todas las aseguradoras de salud privadas durante los 12 meses anteriores, dividido por los gastos brutos de esas reclamaciones.
- Si un paciente cuenta con la aprobación del AMAP y después se determina que el paciente tiene Medicare, Medicaid, seguros, responsabilidad civil, etc., entonces los ajustes del AMAP se revertirán para que la parte correspondiente reciba las facturas para el reembolso.
- Si se determina que existe un seguro o responsabilidad civil pagados al paciente o está considerando el pago al paciente, entonces revertiremos el ajuste del AMAP por el monto del pago. El paciente será entonces responsable de este pago a AnMed Health.

Beneficencia presunta:

Elegibilidad presunta: AnMed Health reconoce que no todos los pacientes son capaces de completar la solicitud de asistencia financiera o proporcionar la documentación requerida. Para los pacientes que no pueden proporcionar la documentación requerida (por ejemplo, pacientes fallecidos sin bienes patrimoniales conocidos, pacientes sin hogar o sin empleo, servicios médicamente necesarios no cubiertos prestados a los pacientes que se benefician de los programas públicos de asistencia, quiebras de pacientes y miembros de organizaciones religiosas que han tomado un voto de pobreza y no tienen recursos individuales o a través de la organización religiosa), el hospital podrá conceder ayuda financiera.

En el caso de pacientes que no responden al proceso de solicitud del hospital, se pueden utilizar otras fuentes de información para hacer una evaluación individual de sus necesidades financieras. Esta información le permitirá al hospital tomar una decisión informada sobre la necesidad financiera de los pacientes que no responden. Esta evaluación se lleva a cabo como último recurso después de que AnMed Health tenga razones para creer que el paciente no tendrá derecho a ninguna otra fuente de financiación.

Con el fin de ayudar a todos los pacientes con necesidades financieras con el pago de servicios hospitalarios, incluidos los pacientes que no responden a la solicitud, AnMed Health puede utilizar un tercero para que analice la información del paciente a fin de evaluar su necesidad económica. Esta evaluación utiliza un modelo predictivo reconocido por la industria de la salud, que se fundamenta en las bases de datos de registros públicos. Estos registros públicos le permiten al hospital evaluar si el paciente comparte las características de otros pacientes que históricamente han calificado para la asistencia financiera en el marco del proceso de solicitud tradicional. El modelo presuntivo, aplicado de forma sistemática y correcta, estima la necesidad económica del paciente en función de los mejores datos disponibles en ausencia de información proporcionada directamente por el paciente.

AnMed Health utilizará la evaluación presuntiva por el saldo total de la cuenta corriente. Las cuentas de los pacientes a las que se concede el estado de elegibilidad presuntiva se ajustarán en consecuencia. La intervención de la evaluación presuntiva proporciona un beneficio comunitario, que ayuda al hospital a identificar sistemáticamente las cuentas de aquellos pacientes con necesidades económicas. Estas cuentas se reclasificarán en virtud de la política de asistencia financiera; no van a enviarse a cobranza, no serán objeto de nuevas medidas de cobro y no se incluirán en el gasto por morosidad del hospital. En el caso de determinar otros recursos, programas o activos que harán que una cuenta presuntamente elegible sea inelegible, AnMed Health se reserva el derecho de revertir el estado de elegibilidad presuntivo de cualquier cuenta. La beneficencia presuntiva no se utiliza para crear un estado de beneficencia “constante” y no se utiliza para proporcionar atención gratuita para fechas futuras de servicio. Las transacciones de beneficencia presuntiva se procesarán en una transacción separada y se ajustarán a (insertar código de ajuste).