

Programa de asistencia financiera de Nemours (NFAP, por sus siglas en inglés)

POLÍTICA DE LA EMPRESA Número 1.3.6
FECHA DE VIGENCIA: 11 de enero de 2022
FECHA DE APROBACIÓN: 11 de enero de 2022
REEMPLAZA EL DOCUMENTO CON FECHA:
14 de mayo de 2022

DEPARTAMENTO ORIGINADOR: Finanzas
PROPIETARIO DEL DOCUMENTO: CFO
EL DOCUMENTO SE APLICA A:
Todos los asociados de Nemours

PROPÓSITO

A medida que aumenta la magnitud y el potencial de la atención médica no reembolsada, también aumenta la necesidad de informarlo y de distinguir de manera correcta y uniforme entre la atención médica de caridad y las cuentas incobrables. La clasificación adecuada de la atención médica de caridad suele ser difícil de hacer y está supeditada al criterio que se adopte. El objeto de esta política es describir el programa y el proceso para determinar la atención médica de caridad que brinda The Nemours Foundation. Este programa se conoce como Programa de asistencia financiera de Nemours (NFAP, por sus siglas en inglés). Cuando sea posible, la aplicación de este programa concuerda con la Declaración 15 de la Junta de principios y prácticas de la Asociación de Administración Financiera de la Atención Médica (HFMA, por sus siglas en inglés): Presentación de la valuación y los estados contables de la atención médica de caridad y de las cuentas incobrables, de acuerdo con las pautas de información de los proveedores institucionales y el Servicio de impuestos internos. Esta política cumple con lo estipulado en la Ley de protección del paciente y atención médica asequible de 2010.

POLÍTICA

1. La política de The Nemours Foundation (“Nemours”) establece que las divisiones operativas proporcionarán atención médica, ya sea con un descuento o sin cargo, a los pacientes de Nemours que reúnan los requisitos para participar en el NFAP. Se proporcionará atención médica para afecciones médicas de emergencia a todas las personas, sin discriminación e independientemente de su elegibilidad para el NFAP.
2. Anualmente, el director de finanzas de Nemours aprobará y distribuirá las pautas financieras para determinar la elegibilidad financiera de cada paciente para participar en el NFAP.
 - a. Las pautas para la matriz financiera del NFAP para pacientes sin seguro se basarán en un piso del 250% de las pautas del índice federal de pobreza y un techo del 300% de las pautas del índice federal de pobreza. Ver Documento adjunto 1.
3. Solo el vicepresidente de finanzas en el Valle de Delaware y el vicepresidente de finanzas en Florida, el director ejecutivo de Nemours Children’s Hospital, Delaware (NCHDE) y el director ejecutivo de Nemours Children’s Hospital, Florida (NCHFL), y el médico en jefe de NCHDE y el médico en jefe de NCHFL pueden hacer una excepción en cuanto a las pautas de elegibilidad, descritas a continuación, para aquellas familias que estén en situaciones extraordinarias. Estas excepciones deberán ser documentadas por escrito.
4. En general, los solicitantes del NFAP deben solicitar todos los programas de asistencia estatales o federales aplicables antes de ser elegibles para el NFAP. Nemours podrá ayudar a las familias en el proceso de solicitud de los programas estatales o federales aplicables.



Nemours.org

- a. Si el garante no coopera con la gestión interna de Nemours o de los organismos federales o estatales dedicados a establecer la elegibilidad, se lo podrá considerar no elegible para el NFAP. Previa solicitud, los ga-rantes deberán presentar una carta de denegación en la que se indique la razón por la que no son elegibles para tales programas federales o estatales.
5. La elegibilidad para el NFAP está disponible únicamente para los pacientes que residen en los Estados Unidos. Cual-quier paciente fuera de los Estados Unidos que solicite cobertura a través del NFAP deberá ser aprobado por alguna de las personas enumeradas en la Sección 3.
 6. La elegibilidad para el NFAP se determina según el nivel de ingresos y otras circunstancias de un paciente o familia.
 7. Las siguientes son exclusiones del NFAP.
 - a. Habitualmente, Nemours no pagará suministros (lo que incluye productos farmacéuticos), lentes de contacto, audífonos o equipo médico que no sean directamente provistos por la división operativa de Nemours. Cualquier excepción requiere la aprobación previa por escrito de una de las siguientes personas: el vicepresidente de finanzas en el Valle de Delaware, el vicepresidente de finanzas en Florida, el director ejecutivo de NCHDE, el director ejecutivo de NCHFL, el médico en jefe de NCHDE y el médico en jefe de NCHFL.
 - b. En circunstancias excepcionales y extraordinarias, Nemours podrá celebrar contratos por escrito con otros proveedores de atención médica para compensarlos de manera directa por los servicios prestados a los participantes del NFAP. Para estos contratos, se exige la aprobación previa por escrito de una de las siguientes personas: el vicepresidente de finanzas en el Valle de Delaware, el vicepresidente de finanzas en Florida, el director ejecutivo de NCHDE, el director ejecutivo de NCHFL, el médico en jefe de NCHDE y el médico en jefe de NCHFL.
 - c. Si el garante no coopera con la gestión interna de Nemours o de los organismos federales o estatales, no es intención ni práctica de Nemours conseguir pacientes con seguro por medio de la exención o descuento de coseguros o importes deducibles. Esto no impide que Nemours aplique la exención de esos saldos tras el proceso de solicitud, la revisión del asesor financiero y la decisión final de la capacidad de pago del garante o paciente según las pautas financieras aprobadas.

PROCEDIMIENTO

1. Previa solicitud, a todo paciente de Nemours (o su garante), se le proporcionará una solicitud para el Programa de asistencia financiera de Nemours (Documento adjunto 2) y una explicación por escrito del NFAP.
2. Para recibir información relacionada con el NFAP, cualquier empleado de Nemours podrá remitir a garantes o pacientes, quienes probablemente reúnan los requisitos, ante el asesor financiero de Nemours.
3. Se recomienda a los garantes o pacientes completar toda la solicitud del Programa de asistencia financiera de Nemours a fin de ser tomados en cuenta para participar del NFAP. La solicitud completada debe ser dirigida al Departamento de asesoramiento financiero.
 - a. El hecho de no cumplir plenamente con los términos y condiciones del NFAP (según lo explicado por el asesor financiero o según se describe en la solicitud) puede dar lugar a que un paciente no sea elegible para participar en el NFAP.
 - b. No efectuar los pagos apropiados a Nemours, conforme a sus cargos ajustados, podría dar lugar a que la persona inmediatamente se considere no elegible para continuar en el NFAP; eso hará que su estado pase a ser “pago a cuenta propia” para todas las cuentas pendientes activas.
 - c. En casos excepcionales, tras obtener la aprobación por escrito del administrador adjunto, un asesor financiero podrá aceptar recibir declaraciones verbales respecto de los ingresos, el estado del seguro y los dependientes para ayudar al solicitante a completar su solicitud del NFAP.

- d. Una determinación de elegibilidad, cuando se haya obtenido información verbal o cuando la familia no haya proporcionado información suficiente para evaluar plenamente todos los criterios, puede estar respaldada por fuentes de datos públicas externas que estén disponibles, como organizaciones de calificación crediticia, que proporcionen información sobre la capacidad de pago. La información obtenida de tales fuentes se documentará como parte del apoyo a la solicitud o de la determinación de caridad.
 - e. Conforme a la Ley de protección al paciente y atención médica asequible de 2010, las solicitudes se aceptarán y procesarán hasta por lo menos 240 días después de la fecha del primer informe de facturación.
4. Se utilizará la versión más reciente de las pautas de la matriz financiera del NFAP para orientar a los asesores financieros a la hora de determinar la elegibilidad financiera de un garante o paciente para el NFAP.
 5. La matriz que se incluye como Documento adjunto 1 de esta política indica las pautas para determinar la elegibilidad financiera. Si un garante o paciente reúne los requisitos financieros y es elegible para recibir un descuento, el porcentaje de descuento será aplicado a los cargos brutos totales.
 6. Tras la determinación de la elegibilidad para recibir asistencia financiera, al garante no se le cobrará más que a las personas cuyo seguro cubre la atención médica de emergencia u otra atención necesaria por razones médicas. Hemos realizado los cálculos por separado para NCHDE y NCHFL, como un porcentaje de los cargos brutos, de los montos pagados en relación con las cuentas para pacientes que tienen Medicare y seguro médico comercial. En el Registro Federal, se hace referencia a ese monto como “Montos que generalmente se facturan” o “AGB” (por sus siglas en inglés). El método utilizado para calcular este porcentaje es el denominado “Método en Retrospectiva” tal como se estipula en el Título 26, Parte I del CFR (Código de Regulaciones Federales) bajo el título “Additional Requirements for Charitable Hospitals: Proposed Rule” (Requisitos adicionales para instituciones hospitalarias de caridad: Regla propuesta).
 7. Hemos preparado un análisis, conforme a las regulaciones propuestas, para calcular los montos pagados por Medicare y por seguros privados (sin incluir los pagadores de Medicaid o de atención médica administrada por Medicaid) como un porcentaje de los cargos brutos. Ambos porcentajes de descuentos ofrecidos por NCHFL y NCHDE en el Documento adjunto 1 exceden estos montos de descuento calculados. El AGB se calculará anualmente para cumplir con las regulaciones mencionadas. Los descuentos ofrecidos por NCHDE y NCHFL siempre serán equivalentes o superiores a los descuentos calculados mediante el método AGB detallado anteriormente.
 8. Nemours está dispuesto a adoptar cambios con relación a la capacidad de pago de un garante, que ocurran dentro del año de la fecha en la que se ha brindado el servicio. Tras evaluar la naturaleza de dicho cambio, los participantes del NFAP podrán ser elegibles para recibir un descuento mayor o por la totalidad de cualquier saldo pendiente. El garante es responsable de informar todo cambio que se produzca al Departamento de asesoramiento financiero de Nemours.
 9. Como requisito para continuar su participación, la familia o el garante deben recertificar la continuidad de su participación en el plan anualmente. El proceso de recertificación incluye la notificación al garante o paciente de su obligación por los servicios prestados y la declaración posterior firmada por esa persona, que indique que no se han producido cambios significativos en su información financiera desde la fecha de la solicitud hasta la fecha de los servicios.
 10. El NFAP está sujeto a la realización de auditorías a criterio del Departamento de Auditoría Interna de Nemours.

MEDIDA PARA DAR A CONOCER EL NFAP

1. Esta política contiene procedimientos (ver Sección 4 más arriba) que describen el método por el cual un paciente puede solicitar asistencia financiera. La solicitud para el NFAP se incluye como Documento adjunto 2.
2. No se denegará asistencia financiera a aquellos solicitantes que no proporcionen información no requerida en la solicitud del NFAP.
3. El público puede obtener una copia de esta política del NFAP, la solicitud del NFAP (Documento adjunto 2) y un resumen en lenguaje simple de la política visitando nuestro sitio web en nemours.org/financialassistance.
4. Las copias impresas de la política del NFAP, la solicitud del NFAP y un resumen en lenguaje simple están disponibles en las sedes de los hospitales y las clínicas de Nemours y se proporcionarán sin cargo, previa solicitud. Estos documentos están disponibles en inglés y español y pueden enviarse por correo al solicitante sin cargo.
5. A las personas que visitan las sedes de los hospitales y las clínicas de Nemours se les informa sobre la disponibilidad de la asistencia financiera mediante vitrinas de anuncios que se encuentran en la entrada y en los quioscos de recepción y a través de videos que se reproducen en distintos monitores, donde esto esté disponible.
6. Se les informa a los residentes de la comunidad acerca del programa NFAP a través de nuestras clínicas ubicadas en diferentes sectores de nuestra comunidad de pacientes. Estas clínicas tienen folletos, vitrinas, etc., en los que se informa sobre la disponibilidad de la asistencia financiera de Nemours. Esta información también se puede obtener en el sitio web de Medicaid de Delaware, que hace referencia a la Política de asistencia financiera de Nemours.
7. Creemos que la medida descrita anteriormente cumple con las Regulaciones del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) respecto de los procedimientos y las políticas de atención médica de caridad y con el hecho de dar a conocer esa información en la comunidad donde los hospitales prestan servicios.

DOCUMENTOS RELACIONADOS — Ninguno

REFERENCIAS — Ninguna

DEFINICIONES

- Atención médica de caridad: Se proporciona a un paciente con una incapacidad de pago demostrada basándose en los umbrales de pobreza enumerados en el Documento adjunto 1.

APÉNDICE — Ninguno

DOCUMENTOS ADJUNTOS:

- Programa de asistencia financiera de Nemours, Pautas financieras para pacientes sin seguro
- Solicitud del programa de asistencia financiera de Nemours

Documento adjunto 1

The Nemours Foundation

Programa de asistencia financiera de Nemours

Pacientes sin seguro

Pautas financieras

Tamaño de la familia	FPL <250% Descuento del 100%	FPL <300% Descuento del 80%
1	\$37,650	\$45,180
2	\$51,100	\$61,320
3	\$64,550	\$77,460
4	\$78,000	\$93,600
5	\$91,450	\$109,740
6	\$104,900	\$125,880
7	\$118,350	\$142,020
8	\$131,800	\$158,160

FPL = Índice Federal de Pobreza

Fuente: [aspe.hhs.gov](https://www.aspe.hhs.gov): 24 de enero de 2024

Documento adjunto 2

Solicitud del Programa de asistencia financiera de Nemours

TIPO DE SOLICITUD:

Nueva Renovación Último vencimiento:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Número de registro médico: _____

Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

Dirección: _____

Teléfono del hogar: _____ Otro teléfono: _____

Nombre de hermano(a) 1: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de hermano(a) 2: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE/SOLICITANTE

Nombre del solicitante: _____ Número de seguro social: _____

Vínculo con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Cantidad de exenciones: _____ Estado civil: _____

Dirección: _____

Teléfono del hogar: _____ Otro teléfono: _____

Ingresos: \$ _____

Una vez por semana Dos veces por semana Dos veces por mes Una vez por mes

Otros ingresos: \$ _____

Pensión alimenticia/Manutención infantil Seguro Social Desempleo Otro

Empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección del empleador: _____

INFORMACIÓN DEL GARANTE/SOLICITANTE (CONTINUACIÓN)

Nombre del cosolicitante: _____ Número de seguro social: _____

Vínculo con el paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono del hogar: _____ Otro teléfono: _____

Ingresos: \$ _____

Una vez por semana Dos veces por semana Dos veces por mes Una vez por mes

Otros ingresos: \$ _____

Pensión alimenticia/Manutención infantil Seguro Social Desempleo Otro

Empleador: _____ Teléfono: _____

Dirección del empleador: _____

A mi leal saber y entender, certifico que la información descrita anteriormente es fiel y precisa.

Entiendo que esta solicitud se hace a Nemours Children's para determinar mi elegibilidad a fin de recibir asistencia financiera conforme al Programa de asistencia financiera de Nemours (NFAP, por sus siglas en inglés).

Entiendo que Nemours Children's podrá verificar la totalidad o una parte de la información proporcionada anteriormente. Asimismo, acepto mantener mi cuenta al día y libre de deuda. Si mi cuenta entra en mora, seré dado de baja del programa.

Si durante la revisión y el procesamiento de mi solicitud se determina que soy elegible para recibir asistencia a través de los programas federales o estatales, acepto cumplir con todos los requisitos razonables que sean necesarios para participar en dichos programas; asimismo, debo notificar de inmediato a Nemours sobre dicha elegibilidad.

Acepto proporcionar toda la información solicitada para procesar mi solicitud en un plazo de 15 días a partir de la solicitud. Entiendo que no hacerlo podría retrasar la decisión sobre mi solicitud o ser motivo para quedar fuera del NFAP. Además, entiendo que el hecho de no completar la solicitud dentro de un plazo de 30 días y no comunicarme con el defensor financiero para pedir una extensión implicará el inicio de una nueva solicitud.

En caso de que esta solicitud no sea aprobada, entiendo que seré plenamente responsable de pagar mi factura.

Solicitante: _____ Cosolicitante: _____

Fecha: _____

Defensor financiero: _____ Fecha: _____