	Johns Hopkins Medicine	Número de política	PFS035
	Manual General de Políticas de Asistencia Financiera	Fecha de entrada en vigor	31/07/2024
	<i>Asunto</i>	Página	1 de 10
	Asistencia Financiera	Sustituye a versión de fecha	08/08/2022

Palabras clave: asistencia, factura, deuda, financiero / financiera, médico(s) / médica(s)

Índice de contenido	No. de página
I. PROPÓSITO	1
II. POLÍTICA	1
III. PROCEDIMIENTOS	3
IV. DEFINICIONES	8
V. REFERENCIA	10
VI. PATROCINADOR	10
VII. CICLO DE REVISIÓN	10
Apéndice A: DISPOSICIONES DE ASISTENCIA FINANCIERA ESPECÍFICAS A LOS REGLAMENTOS DE D.C. (ÚNICAMENTE) PARA SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL	Haga clic aquí
Apéndice B: SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA	Haga clic aquí
Apéndice C: DISPOSICIONES DE LA POLÍTICA DE JOHNS HOPKINS CARE AT HOME	Haga clic aquí
Apéndice D: SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA – DIRECCIÓN DE JHCH	Haga clic aquí


I. PROPÓSITO

Johns Hopkins Medicine se compromete a prestar asistencia financiera a pacientes que tienen necesidades de atención de salud, pero no tienen seguro médico, su seguro es insuficiente, no son elegibles para un programa gubernamental o, de cualquier otro modo, no pueden pagar la atención de salud médicamente necesaria por causa de su situación financiera.

II. POLÍTICA

Esta política contiene los criterios que se seguirán para determinar la elegibilidad de un paciente para obtener Asistencia financiera y explica el proceso y pautas que se aplicarán para determinar la elegibilidad para recibir Asistencia financiera y cómo completar el proceso de solicitud correspondiente. Esta política rige la provisión de asistencia financiera para pacientes que no tienen seguro médico, su seguro es insuficiente, no son elegibles para un programa gubernamental o, de cualquier otro modo, no pueden pagar la atención de salud médicamente necesaria por causa de su situación financiera personal.

Johns Hopkins proporcionará atención a las personas, sin discriminación, para afecciones médicas de emergencia, sin importar si son elegibles para recibir asistencia según lo dispuesto en esta política. Johns Hopkins no tomará parte en acciones que disuadan a las personas de buscar atención médica de emergencia como exigir a los pacientes del departamento de emergencias que paguen antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de emergencia o permitir actividades relacionadas con el cobro de deudas que interfieran con la prestación, sin discriminación, de la atención médica de emergencia. Los servicios médicos de emergencia se proporcionan a todos los pacientes, de manera no discriminatoria, conforme a la política EMTALA que cumplen los hospitales.

 <p>FINANCE</p> <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p>	Johns Hopkins Medicine Manual General de Políticas de Asistencia Financiera	Número de política	PFS035
		Número de política	31/07/2024
	<i>Asunto</i> Asistencia Financiera	Página	2 de 10
		Sustituye a versión de fecha	08/08/2022

Sibley Memorial Hospital se encuentra en el Distrito de Columbia. El Apéndice A de esta política establece disposiciones adicionales concernientes a la Atención no compensada exigida por los reglamentos y las leyes del Distrito de Columbia, los cuales se aplican al Sibley Memorial Hospital. El Apéndice A solo se aplica al Sibley Memorial Hospital. Si existe una contradicción entre el Apéndice A y esta política en relación con la asistencia financiera y la Atención de salud no compensada en el Sibley Memorial Hospital, se aplicarán las disposiciones del Apéndice A.

Johns Hopkins All Children's Hospital se encuentra en Florida. El Apéndice C de esta política establece disposiciones adicionales concernientes al Estatuto 395.301, F.S. de Florida referente a la política de asistencia financiera para pacientes o futuros pacientes y explica la metodología para determinar los montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) y los descuentos relacionados otorgados teniendo en cuenta la aprobación de la solicitud. Si existe una contradicción entre el Apéndice C y esta política en relación con la asistencia financiera y la Atención de salud no compensada en Johns Hopkins All Children's Health System, se aplicarán las disposiciones del Apéndice C.

Por consiguiente, esta política por escrito:

- Incluye criterios de elegibilidad para la asistencia financiera: atención de salud gratuita y con descuento (asistencia parcial).
- Describe la base para calcular los montos cobrados a los pacientes elegibles para asistencia financiera en el marco de esta política.
- Describe el método mediante el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera.
- Describe cómo el hospital dará a conocer ampliamente la política dentro de la comunidad atendida por el hospital.
- Limita los montos que el hospital cobrará por la Atención de emergencias u otra Atención médicamente necesaria proporcionados a las personas elegibles para asistencia financiera a los montos generalmente facturados (cobrados) por el hospital para pacientes con pólizas comerciales o Medicare. En Maryland, las tarifas de hospital están reguladas por la Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud (HSCRC, por sus siglas en inglés). Para todos los hospitales de Johns Hopkins, a excepción de Sibley Memorial Hospital y Johns Hopkins All Children's Hospital, el monto generalmente facturado (AGB) es el establecido por la HSCRC y es equivalente al método prospectivo de Medicare conforme a los reglamentos fiscales federales.


AVISO SOBRE LOS MÉDICOS QUE PROPORCIONAN ATENCIÓN MÉDICA CONFORME A ESTAS POLÍTICAS

En el sitio web de cada hospital hay publicada una lista completa de los médicos que proporcionan Atención de emergencias y médicamente necesaria, tal como se define en esta política en JHH, JHBMC, HCGH, SH, SMH, JHACH. Vea <http://hopkinsmedicine.org/-/media/patient-care/documents/billing-insurance/credentialed-provider-list-501r-audit-request.pdf>. La lista indica si un médico o consultorio médico está sujeto a esta política. Si el médico no está sujeto a esta política, los pacientes deben comunicarse con el consultorio del médico para determinar si el médico ofrece asistencia financiera y, de ser así, qué cubre la política de asistencia financiera del médico. Los médicos que son empleados de The Johns Hopkins School of Medicine y Johns Hopkins Community Physicians se rigen por los procedimientos descritos en esta política.

Sujeto a las leyes de cobros de deudas médicas, que incluyen, entre otras, § 19-214.1 del Código de Regulaciones de Maryland (Salud– General), Johns Hopkins puede presentar una reclamación sobre el patrimonio de los difuntos y dicha reclamación estará sujeta a las leyes de administración patrimonial y las leyes de Patrimonio y Fideicomiso aplicables.

Johns Hopkins no presenta demandas, no embarga salarios ni presenta gravámenes contra los pacientes ni toma ninguna otra “acción de cobranza extraordinaria”, según lo definido en el Código de Renta Interna §501(r)(6). Las medidas judiciales que Johns Hopkins podría tomar en caso de falta de pago se describen en una política de facturación y cobros por separado (PFS046). Para obtener una copia gratuita de esta política u obtener información sobre ella o sobre cómo solicitar la asistencia financiera, comuníquese con Servicio al cliente al 1-855-662-3017 (llamada gratuita) o envíe un correo electrónico a: pfses@jhmi.edu o solicite hablar con un asesor financiero en cualquier centro de atención de Johns Hopkins.

Las solicitudes de Asistencia financiera y Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas se pueden ofrecer a pacientes cuyas cuentas han pasado a una agencia de cobranzas y se aplicarán solo a aquellas cuentas para las que no se haya emitido una determinación, siempre y cuando se cumplan otros requisitos. La Revisión para la Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas incluirá una revisión de los gastos y obligaciones médicas existentes del paciente (incluyendo las cuentas que hayan sido calificadas como incobrables) y cualquier gasto médico proyectado.

	Johns Hopkins Medicine Manual General de Políticas de Asistencia Financiera	<i>Número de política</i>	PFS035
		<i>Fecha de entrada en vigor</i>	31/07/2024
	<i>Asunto</i> Asistencia Financiera	<i>Página</i>	3 de 10
		<i>Sustituye a versión de fecha</i>	08/08/2022

III. PROCEDIMIENTOS

A. Servicios elegibles en el marco de esta política

1. La Asistencia financiera solo es aplicable a la Atención médicamente necesaria tal como se define en esta política. La Asistencia financiera no es aplicable a elementos de comodidad, alojamiento en habitaciones privadas o cirugía estética no esencial. En el caso de que surgiera la pregunta de si una admisión es una “Admisión electiva” o una “Admisión médicamente necesaria”, se consultará al médico de admisión del paciente y el asunto también será planteado al asesor médico designado por el hospital.

B. Elegibilidad para la Asistencia financiera

1. Se tomará en consideración la elegibilidad para la Asistencia financiera para aquellas personas que no tienen seguro médico, su seguro es insuficiente, no son elegibles para los programas de beneficios de atención médica del gobierno y no pueden pagar su atención, según una determinación de necesidad financiera de conformidad con esta política. La concesión de la asistencia se fundamentará en una determinación individualizada de la necesidad financiera y no tendrá en cuenta la raza, el color, la ascendencia u origen nacional, el sexo, la edad, el estado civil, la condición social, la situación de ciudadanía, la orientación sexual, la identidad de género, la información genética, la afiliación religiosa ni tampoco la discapacidad. La necesidad financiera se determinará de acuerdo con los procedimientos que involucran una evaluación individual de la necesidad financiera y pueden:
 - a. Incluir un proceso de solicitud, en el que el paciente o el garante del paciente está obligado a cooperar y a suministrar la información personal, financiera y de otro tipo, así como la documentación pertinente para que la institución pueda tomar una determinación sobre la necesidad financiera de la persona.
 - b. Incluir el uso de fuentes de datos externas públicamente disponibles que aporten información sobre la capacidad de pago de un paciente o del garante de un paciente (como los puntajes de crédito).
 - c. Incluir esfuerzos razonables por parte de JHM para explorar fuentes de pago alternas adecuadas y cobertura de programas de pago públicos y privados, y ayudar a los pacientes a presentar solicitudes a dichos programas.
 - d. Tener en cuenta los activos disponibles del paciente y todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, (solo para determinar la elegibilidad de un paciente para la asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas, como se explica a continuación) además de incluir una revisión de los saldos de cualquier cuenta pendiente del paciente por servicios previamente prestados y el historial de pago del paciente.


C. Método mediante el cual los pacientes pueden solicitar Asistencia financiera y Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas

1. Se prefiere, pero no se exige, la presentación de una solicitud de Asistencia financiera y la correspondiente determinación de necesidad financiera, antes de que se preste la Atención de salud médicamente necesaria. Una copia de la solicitud está disponible por Internet en <https://www.hopkinsmedicine.org/patient-care/billing-insurance/assistance-services>. Se enviará una copia impresa por correo, previa solicitud, llamando al número gratuito 1-855-662-3017 o 443-997-3370. Un paciente también puede obtener una copia impresa de la solicitud a través de los asesores financieros, trabajadores sociales o el personal de registro de un centro de atención. Sin embargo, una determinación de elegibilidad se podrá emitir en cualquier momento del ciclo de cobranza. La necesidad de asistencia financiera se reevaluará en cada ocasión posterior de prestación de servicios, si la última evaluación financiera se realizó más de un año antes, o en cualquier momento que se conozca información adicional pertinente que permita determinar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia.

D. Determinación de la elegibilidad para la Asistencia financiera

Se deberá seguir el siguiente proceso cuando un paciente o el representante de un paciente solicite o presente una solicitud de Asistencia financiera, Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas, o ambas:



1. Determinación de elegibilidad
 - a. Johns Hopkins emitirá una determinación final de elegibilidad para recibir Asistencia financiera tomando en cuenta los ingresos, el tamaño de la familia y los recursos que esta tiene a su disposición. Es necesario que se hayan agotado todos los beneficios del seguro. Al preparar la determinación final de elegibilidad, se evaluarán todos los recursos financieros disponibles. Esto incluye los recursos de otras personas y entidades que sean legalmente responsables por el paciente. A los efectos de esta política, las mencionadas partes se denominarán “garantes”. Puede que a los pacientes con una visa de viaje vigente se les solicite información adicional sobre su residencia y recursos financieros disponibles para determinar su elegibilidad.
 - b. Salvo que en esta política se disponga lo contrario, el paciente debe completar la solicitud de Asistencia financiera de

	Johns Hopkins Medicine Manual General de Políticas de Asistencia Financiera	<i>Número de política</i>	PFS035
		<i>Fecha de entrada en vigor</i>	31/07/2024
	<i>Asunto</i> Asistencia Financiera	<i>Página</i>	4 de 10
		<i>Sustituye a versión de fecha</i>	08/08/2022


(si corresponde), comprobantes razonables de otros gastos declarados, documentación de respaldo y, si está desempleado, un comprobante razonable de desempleo, como una declaración de la Oficina de Seguro de Desempleo o una declaración de su fuente actual de apoyo financiero.

- c. El paciente/ garante deberá indicar todas las fuentes de ingresos mensuales y anuales (teniendo en cuenta el empleo estacional y los incrementos o disminuciones temporales en los ingresos) del paciente/ garante. Además, se debe presentar información actualizada sobre los ingresos y gastos de negocios. Si no están disponibles los ingresos y gastos actuales, debe presentar la declaración de impuestos 1040 del año anterior y el Anexo C. Ejemplos de fuentes de ingresos:
- i. Ingreso de salarios
 - ii. Beneficios de jubilación/ pensiones
 - iii. Ingresos o beneficios de empleo por cuenta propia
 - iv. Pensión alimenticia conyugal
 - v. Manutención de hijos menores
 - vi. Asignaciones para familias militares
 - vii. Asistencia pública
 - viii. Pensión
 - ix. Seguro Social
 - x. Subsidios de huelga
 - xi. Compensación por desempleo
 - xii. Seguro de compensación al trabajador
 - xiii. Beneficios para veteranos
 - xiv. Otras fuentes, como ingresos y dividendos, intereses o ingresos provenientes de propiedades en alquiler.
- d. Un solicitante que pueda calificar para la cobertura de seguro a través de un Plan de salud calificado o que pueda calificar para Asistencia médica deberá solicitar un Plan de salud calificado o Asistencia médica y cooperar plenamente, a menos que el representante financiero pueda determinar fácilmente que el paciente no cumpliría con los requisitos de elegibilidad. Mientras la solicitud de Asistencia Médica de un paciente esté pendiente, se considerará provisionalmente que el paciente está cubierto por la Asistencia Médica y no se le exigirá que llene la solicitud de Asistencia financiera. Si su solicitud de Asistencia Médica es denegada, entonces el paciente deberá llenar la solicitud de Asistencia financiera.
- e. JHM utilizará una determinación de elegibilidad teniendo en cuenta los ingresos del hogar y las más recientes Pautas federales de pobreza para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.
- i. Los pacientes serán elegibles para recibir Asistencia financiera si el nivel máximo de ingresos de su familia (esposo y esposa, parejas casadas del mismo sexo) (como lo definen las regulaciones de Medicaid) no excede el nivel estándar de ingresos (relacionado con las Pautas federales de pobreza) y no poseen activos líquidos que excedan \$10,000, los cuales estarían disponibles para saldar sus facturas de JHM.
 - ii. Las Pautas federales de pobreza (PFP) son actualizadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
 - iii. Si el ingreso del hogar del paciente es de / está por debajo de la cantidad indicada a continuación, la asistencia financiera se otorgará en forma de atención de salud gratuita (un ajuste del 100 %) o atención de salud con un ajuste a costo reducido (35 % a 75 %) a los cargos brutos iniciales por dicha atención. Los ajustes se realizarán de la siguiente manera:
 - Ingresos del hogar hasta el 200 % de las PFP, ajuste de 100 %
 - Ingresos del hogar entre 201 % y 250 % de las PFP, ajuste de 75 %
 - Ingresos del hogar entre 251 % y 300 % de las PFP, ajuste de 50 %
 - Ingresos del hogar entre 301 % y 400 % de las PFP, ajuste de 35 %


En ningún caso ningún hospital de JHM cobrará a ningún paciente que califique para recibir asistencia financiera para atención de emergencia o médicamente necesaria más de los montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) por dicha atención.

 	Johns Hopkins Medicine Manual General de Políticas de Asistencia Financiera	<i>Número de política</i>	PFS035
		<i>Fecha de entrada en vigor</i>	31/07/2024
	<i>Asunto</i> Asistencia Financiera	<i>Página</i>	5 de 10
		<i>Sustituye a versión de fecha</i>	08/08/2022

- f. El paciente/ garante será informado por escrito sobre la determinación final de elegibilidad para la Asistencia financiera, junto con una breve explicación; asimismo, el paciente/garante será informado sobre su derecho a apelar cualquier decisión final de elegibilidad con respecto a la asistencia financiera. La Unidad de Promoción y Educación de la Salud de la Oficina del Procurador General de Maryland está disponible para ayudar al paciente/garante o al representante autorizado del paciente a presentar una apelación y servir como mediador en la misma. La carta de determinación contendrá la dirección, el número de teléfono, el número de fax, la dirección de correo electrónico, la dirección postal y el sitio web de la Unidad de Promoción y Educación de la Salud.
- i. Health Education and Advocacy Unit
 200 St. Paul Street
 Baltimore, MD 21202
 Teléfono: (410) 528-1840, llamada gratuita: 1-877-261-8807
 Fax: (410) 576-6571
www.oag.state.md/Consumer/heau.htm
- g. Toda la información suministrada por los pacientes y familiares se tratará en forma confidencial. A los pacientes se les garantizará la confidencialidad de su información, tanto en las comunicaciones por escrito, como en las verbales.
- h. Una vez que un paciente obtiene la aprobación, la cobertura de la Asistencia financiera entrará en vigor durante el mes de la determinación y los siguientes seis (6) meses calendario.
- i. Una vez que un paciente obtiene la aprobación, si quedara algún saldo pendiente después que se aplique la asignación de Asistencia financiera, a dicho paciente se le ofrecerá un plan de pagos. Cualquier cronograma de pagos desarrollado a través de esta política normalmente no durará más de dos años. En circunstancias extraordinarias, y con la aprobación del gerente designado o conforme a lo exigido por la ley, podrá prorrogarse un plan de pagos.
- j. Los pacientes que indiquen que están desempleados y no tienen cobertura de seguro deberán presentar una solicitud de Asistencia financiera, a menos que cumplan con los criterios de Presunción de elegibilidad para asistencia financiera. Si un paciente califica para la cobertura a través de COBRA, la capacidad financiera del paciente para pagar las primas del seguro COBRA será revisada por el Asesor financiero y se harán recomendaciones al Comité de Evaluación de Asistencia financiera. A las personas que tengan capacidad financiera para adquirir un seguro de salud, se les instará a hacerlo, como un recurso para garantizar el acceso a los servicios de atención médica y para su salud personal en general.
- k. Los pacientes que tengan la cobertura un Plan de salud calificado y soliciten ayuda para pagar los gastos de su propio bolsillo (copagos y deducibles) relacionados con los costos médicos de la Atención médicamente necesaria deberán presentar una solicitud de Asistencia financiera.
- l. Si la cuenta de un paciente se ha asignado a una agencia de cobranzas, y el paciente o garante solicita Asistencia financiera o parece calificar para recibir Asistencia financiera, la agencia de cobranzas notificará a la Gerencia de Ciclo de Ingresos y proporcionará al paciente/ garante una solicitud de Asistencia financiera con instrucciones para que devuelva la solicitud completada a la Gerencia de Ciclo de Ingresos para su revisión y determinación, y pondrá la cuenta en suspensión durante 45 días, en espera de instrucciones adicionales.
- m. Los servicios prestados a pacientes registrados como pacientes de Pago voluntario por cuenta propia (que optan por prescindir de cobertura de seguro o facturación al seguro) no califican para la Asistencia financiera.
- n. El vicepresidente de la Gerencia de Ciclo de Ingresos o su personal designado podrá hacer excepciones de acuerdo a las circunstancias particulares de cada caso.
- E. Presunción de elegibilidad para Asistencia financiera
1. Se parte del supuesto de que algunos pacientes son elegibles para asistencia financiera en la modalidad de descuentos, en función de sus circunstancias de vida personales. Los pacientes que son beneficiarios/ receptores de los siguientes programas de servicios sociales sujetos a comprobación de recursos se consideran elegibles para recibir atención de salud gratuita, una vez que se complete una solicitud de Asistencia financiera, y prueba de inscripción en un lapso de treinta (30) días (se permiten 30 días adicionales, si se solicitan):
- Hogares con niños que participan en el programa de comidas gratis o a bajo costo
 - Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por su sigla en inglés)


	Johns Hopkins Medicine Manual General de Políticas de Asistencia Financiera	Número de política	PFS035
		Fecha de entrada en vigor	31/07/2024
	<i>Asunto</i> Asistencia Financiera	Página	6 de 10
		Sustituye a versión de fecha	08/08/2022

- c. Programa de asistencia para el pago de servicios públicos de energía para hogares de bajos ingresos
 - d. Programa especial de alimentos suplementarios para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por su sigla en inglés)
 - e. Otros programas de servicios sociales sujetos a comprobación de recursos que el Departamento de Salud e Higiene Mental (DHMH, por sus siglas en inglés) y la Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud (HSCRC, por sus siglas en inglés) consideren elegibles para políticas de atención gratuita, en conformidad con el reglamento COMAR 10.37.10.26 de HSCRC.
2. Se otorgará la presunción de elegibilidad para asistencia financiera en las siguientes circunstancias, sin necesidad de llenar una solicitud de Asistencia financiera, pero con prueba o verificación de la situación descrita:
 - a. Un paciente con cobertura vigente de Asistencia Médica para Farmacia
 - b. Cobertura QMB / cobertura SLMB
 - c. Pacientes con Petición de Servicios de Emergencia del Sistema de Salud Pública de Maryland
 - d. Un paciente que haya fallecido sin patrimonio conocido
 - e. Un paciente que se considere como persona sin hogar
 - f. Un paciente que presente una aprobación de una escala de tarifas móviles o de Asistencia financiera de un Centro de Salud Federalmente Calificado o de un Departamento de Salud de una ciudad o condado
 - g. Pacientes con Asistencia Médica o Cuidado Administrado de Medicaid para servicios proporcionados en Salas de emergencia que excedan la cobertura de estos programas
 - h. Programas MOM del Departamento de Salud para consultas ambulatorias que no sean de emergencia, que no están cubiertas por la Asistencia Médica
 3. La presunción de elegibilidad para la Asistencia financiera sólo se otorga para los servicios actuales y las cuentas pasadas, no se extiende a los servicios futuros.
 4. JHM utilizará una determinación de elegibilidad teniendo en cuenta los ingresos del hogar y las más recientes Pautas federales de pobreza para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.
 - a. Las Pautas federales de pobreza (PFP) son actualizadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
 - b. Si el ingreso del hogar del paciente es de / está por debajo de la cantidad indicada a continuación, la asistencia financiera se otorgará en forma de atención de salud gratuita (un ajuste del 100 %) o atención de salud con ajuste a costo reducido (35 % a 75 %) a los cargos de sus cuentas de JHM. Los ajustes se realizarán de la siguiente manera:
 - i. Ingresos del hogar hasta el 200 % de las PFP, ajuste de 100 %
 - ii. Ingresos del hogar entre 201 % y 250 % de las PFP, ajuste de 75 %
 - iii. Ingresos del hogar entre 251 % y 300 % de las PFP, ajuste de 50 %
 - iv. Ingresos del hogar entre 301 % y 400 % de las PFP, ajuste de 35 %
- F. Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas
1. La consideración para la Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas puede estar disponible para aquellos pacientes que, aunque sean elegibles para Asistencia financiera, se ha considerado que atraviesan dificultades para pagar sus facturas médicas. JHM prestará Atención médicamente necesaria a costo reducido a los pacientes con ingresos familiares por encima del 400 % de las PFP, pero por debajo del 500 % del Nivel Federal de Pobreza.
 2. Dificultad financiera para pagar facturas médicas significa una deuda médica por Atención médicamente necesaria que haya contraído una familia durante un período de doce (12) meses, que exceda el 25 % de los ingresos familiares. La deuda médica se define como los gastos del propio bolsillo para cubrir los costos médicos de la Atención médicamente necesaria facturados por un hospital de Johns Hopkins, así como por la atención prestada por los proveedores de atención médica de Johns Hopkins. Los gastos del propio bolsillo mencionados anteriormente no incluyen copagos, coaseguros ni deducibles, a menos que el ingreso del paciente sea por debajo del 200 % de las Pautas federales de pobreza. Los pacientes con ingresos del hogar de hasta 500 % de las PFP y con dificultades financieras recibirán un ajuste del 25 %.
 3. Factores que se toman en cuenta para la concesión de Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas:
 - a. La deuda médica contraída durante los doce (12) meses anteriores a la fecha de la solicitud de Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas en el centro de tratamiento de Hopkins donde se presentó la solicitud.
 - b. Los pacientes serán elegibles para recibir Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas si el nivel máximo de ingresos de su familia (esposo y esposa, parejas casadas del mismo sexo) (como lo definen las

	Johns Hopkins Medicine Manual General de Políticas de Asistencia Financiera	<i>Número de política</i>	PFS035
		<i>Fecha de entrada en vigor</i>	31/07/2024
	<i>Asunto</i> Asistencia Financiera	<i>Página</i>	7 de 10
		<i>Sustituye a versión de fecha</i>	08/08/2022

regulaciones de Medicaid) no excede el nivel estándar de ingresos (relacionado con las Pautas federales de pobreza), y no poseen activos líquidos que excedan \$10,000, los cuales estarían disponibles para saldar sus facturas de JHM.

- c. Ingresos familiares durante los doce (12) meses calendario anteriores a la fecha de la solicitud de Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas.
 - d. Documentación de respaldo.
4. Una vez que un paciente obtiene la aprobación de la Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas, la cobertura de la Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas entrará en vigor a partir del mes del primer servicio calificado y los siguientes doce (12) meses calendario. Cubrirá a los miembros de la Familia inmediata del paciente que residan en el mismo hogar. El paciente y los miembros de la Familia inmediata seguirán siendo elegibles para la Atención de salud médicamente necesaria de costo reducido cuando busquen atención médica posteriormente en los hospitales de Johns Hopkins en el marco de esta política durante doce (12) meses calendario, contados a partir de la fecha en que inicialmente hayan recibido la Atención médicamente necesaria de costo reducido. La cobertura no se aplicará a las Admisiones electivas ni a los procedimientos electivos o cosméticos. Sin embargo, el paciente o el miembro de la Familia inmediata del paciente que resida en el mismo hogar debe notificar al hospital sobre su elegibilidad para la Atención de salud médicamente necesaria de costo reducido al registrarse o al ser ingresado.
 5. Si al paciente se le aprueba una asignación porcentual debido a Dificultades financieras para pagar facturas médicas, se recomienda que el paciente haga un pago de buena fe al comienzo del período de Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas. A petición de un paciente que no esté asegurado y cuyo nivel de ingresos caiga dentro de las pautas de ingresos por dificultades financieras para pagar facturas médicas, JHHS pondrá un plan de pagos a disposición del paciente.
 6. Cualquier cronograma de pagos desarrollado a través de esta política normalmente no durará más de dos años. En circunstancias extraordinarias, y con la aprobación del gerente designado, podrá prorrogarse un plan de pagos.
 7. En el caso de aquellos pacientes que son elegibles para atención médica de costo reducido en el marco de los criterios de la Asistencia financiera y que también califican según las Pautas de Asistencia financiera por dificultades para pagar facturas médicas, JHM aplicará la reducción de los cargos que sea más favorable para el paciente.
- G. Aviso sobre la Política de Asistencia financiera, Educación del paciente, Comunicación y Extensión
1. A cada persona que acuda al hospital para recibir servicios se le dará un aviso individual sobre la política de Asistencia financiera del hospital al momento de preadmisión o de admisión. JHM abordará con el paciente o la familia del paciente cualquier inquietud financiera que pudiera(n) tener.
 2. Johns Hopkins difundirá información sobre su política de Asistencia financiera anualmente mediante la publicación de avisos sobre esta política en un periódico de circulación general en las jurisdicciones a las que sirve, en un formato comprensible para las poblaciones del área de servicio.
 3. El aviso a los pacientes sobre la disponibilidad de Asistencia financiera se publicará en los lugares de registro de pacientes, las oficinas de admisión/ comerciales, las oficinas de facturación y en el departamento de emergencias de cada centro de atención médica. El aviso se publicará en el sitio web de cada hospital, se mencionará durante las comunicaciones orales y se enviará a los pacientes junto con las facturas del paciente. Una copia de la política de Asistencia financiera se publicará en el sitio web de cada centro y se entregará a cualquier persona que la solicite.
 4. También se proporcionará un aviso individual sobre la disponibilidad de Asistencia financiera conforme a esta política a las pacientes de Obstetricia que busquen servicios en los hospitales en el marco de esta política, al momento de realizar iniciativas de extensión comunitaria, brindar servicios prenatales, la preadmisión o la admisión.
 5. Estará disponible para los pacientes una Hoja de información sobre facturación y asistencia financiera para el paciente antes de que el paciente reciba servicios médicos programados en un hospital, antes del alta hospitalaria, junto con la factura del hospital y a solicitud previa.
 6. Se ha publicado un Resumen en lenguaje sencillo de esta política en el sitio web de JHM, el cual estará a disposición de todos los pacientes.
- H. Descubrimiento tardío de elegibilidad
1. Si Johns Hopkins descubre que un paciente era elegible para recibir atención médica gratuita en una fecha de servicio específica (de acuerdo a los estándares de elegibilidad aplicables en esa fecha de servicio) y esa fecha específica está dentro de un período de descubrimiento de dos (2) años, al paciente se le reembolsarán los montos que haya pagado el paciente/ garante que excedan de cinco dólares (\$5).


	Johns Hopkins Medicine Manual General de Políticas de Asistencia Financiera	<i>Número de política</i>	PFS035
		<i>Fecha de entrada en vigor</i>	31/07/2024
	<i>Asunto</i> Asistencia Financiera	<i>Página</i>	8 de 10
		<i>Sustituye a versión de fecha</i>	08/08/2022

2. Si la documentación del hospital demuestra la falta de cooperación del paciente o el garante en el suministro de información para determinar la elegibilidad para atención de salud gratuita, el período de dos (2) años previsto en el presente documento podrá reducirse a treinta (30) días contados desde la fecha de la solicitud de información inicial.
3. Si el paciente está inscrito en un plan gubernamental de atención médica sujeto a comprobación de recursos que exija que el paciente haga pagos de su bolsillo para pagar servicios hospitalarios, entonces no se le devolverá al paciente ni al garante ningún monto que pueda ocasionar que el paciente pierda su elegibilidad financiera para cobertura de salud.


IV. DEFINICIONES

Para los fines de esta política, los términos que siguen se definen de la siguiente manera:

Deuda médica	La Deuda médica se define como gastos del propio bolsillo para pagar costos médicos ocasionados por la Atención médicamente necesaria facturada por un hospital o un proveedor de atención médica de Johns Hopkins cubiertos por esta política. Los gastos de bolsillo no incluyen copagos, coaseguros ni deducibles. La Deuda médica no incluye las facturas del hospital ni las facturas médicas para las cuales el paciente eligió ser registrado como paciente de Pago voluntario por cuenta propia (optando por no recibir la cobertura del seguro ni facturar al seguro) y no solicitó asistencia financiera.
Activos líquidos	Efectivo, valores, pagarés, acciones, bonos, bonos de ahorro de EE. UU., cuentas corrientes, cuentas de ahorro, fondos mutuos, depósitos a plazo fijo, pólizas de seguro de vida con valor de rescate en efectivo, cuentas por cobrar, beneficios de pensión u otros bienes inmediatamente convertibles en efectivo. La residencia principal de un paciente <u>no se considerará un activo convertible en efectivo</u> . Un vehículo automotor utilizado para las necesidades de transporte del paciente o de cualquier miembro de la familia del paciente no se considerará un activo convertible en efectivo. El patrimonio neto de cualquier otro inmueble estará sujeto a liquidación. Los activos líquidos no incluyen los activos de jubilación a los que el Servicio de Rentas Internas haya concedido un tratamiento fiscal preferente como cuenta de jubilación, incluyendo, entre otros, los planes de compensación diferida Calificados según el Códigos de Renta Interna o los planes de compensación diferida no calificados. Los recursos que se excluyan al determinar la elegibilidad financiera del Programa de Asistencia Médica en virtud de la Ley del Seguro Social no se considerarán activos convertibles en efectivo. Los fondos de educación superior prepagados en la cuenta del Programa 529 de Maryland no se considerarán un activo convertible en efectivo. Los activos monetarios excluidos de la determinación de los activos líquidos se ajustarán anualmente en función de la inflación de acuerdo con el índice de precios al consumidor.
Admisión electiva	Ingreso en el hospital para el tratamiento de una afección médica que no se considera una afección médica de emergencia.
Familia inmediata	Si el paciente es menor de edad, el familiar inmediato se define como la madre, el padre, los hermanos menores solteros, naturales o adoptados, que residan en el mismo hogar. Si el paciente es un adulto, el miembro de la familia inmediata se define como el cónyuge o los hijos menores solteros naturales o adoptados que residan en el mismo hogar.

 <p>FINANCE</p> <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p>	Johns Hopkins Medicine Manual General de Políticas de Asistencia Financiera	Número de política	PFS035
		Fecha de entrada en vigor	31/07/2024
	Asunto Asistencia Financiera	Página	9 de 10
		Sustituye a versión de fecha	08/08/2022

Afección médica de emergencia	<p>Una afección médica que se manifiesta en forma de síntomas agudos de suficiente gravedad, los cuales pueden incluir dolor intenso, u otros síntomas agudos tales que razonablemente se pueda prever que, en ausencia de atención médica inmediata, ocasionarán cualquiera de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. peligro grave para la salud del paciente; 2. deterioro grave de cualquier función corporal; 3. disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. 4. Con respecto a una mujer embarazada: <ol style="list-style-type: none"> a. que no haya tiempo suficiente para efectuar una transferencia segura a otro hospital antes del parto. b. que una transferencia pueda plantear una amenaza para la salud y la seguridad de la paciente o el feto. c. que haya signos del inicio y persistencia de contracciones uterinas o ruptura de las membranas.
Servicios y atención de emergencia	<p>Exámenes médicos exploratorios, exámenes y evaluaciones por parte de un médico o, en la medida en que lo permita la ley aplicable, por otro personal idóneo bajo la supervisión de un médico, para determinar si existe una afección médica de emergencia y, en caso afirmativo, la atención, el tratamiento o cirugía por parte de un médico, el cual sea necesario para mitigar o eliminar la afección médica de emergencia, dentro de las posibilidades de servicio del hospital.</p>
Atención médica-mente necesaria	<p>Tratamiento médico necesario para proteger el estado de salud de un paciente y que, en caso de omitirse, afectaría en forma adversa las condiciones del paciente, de acuerdo con los estándares aceptados de la práctica médica y no principalmente por conveniencia del paciente. Para los fines de esta política, la Atención médicamente necesaria no incluye los procedimientos electivos o cosméticos.</p>
Admisión médica-mente necesaria	<p>Ingreso en el hospital para el tratamiento de una Afección médica de emergencia o para la prestación de Atención médicamente necesaria.</p>
Ingresos familiares	<p>Sueldos, salarios, ganancias, propinas, intereses, dividendos, distribuciones corporativas, ingresos por alquileres, ingresos por jubilación / pensión, beneficios del Seguro Social y otros ingresos del paciente / persona responsable tal como los define el Servicio de Rentas Internas, para todos los miembros del Grupo familiar que residan en el hogar. El Tamaño del grupo familiar se utilizará para determinar los Ingresos familiares del paciente.</p>
Tamaño del grupo familiar	<p>Tamaño del grupo en el hogar que está compuesto por el paciente y, como mínimo, las siguientes personas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. un cónyuge, independientemente de si el paciente y su cónyuge tienen previsto presentar una declaración de impuestos federal o estatal conjunta; 2. hijos biológicos, hijos adoptivos o hijastros; y 3. cualquier persona para la que el paciente reclame una exención personal en una declaración de impuestos federal o estatal. <p>En el caso de que el paciente sea un niño, el tamaño del grupo estará compuesto por las siguientes personas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. padres biológicos, padres adoptivos, padrastros o tutores legales; 2. hermanos biológicos, hermanos adoptivos o hermanastros; y 3. cualquier persona para quienes los padres o tutores del paciente reclamen una exención personal en una declaración de impuestos federal o estatal.
Documentación de respaldo	<p>Talones de pago, formulario W-2, formulario 1099, compensación al trabajador, cartas de adjudicación del Seguro Social o de discapacidad, estados de cuenta bancarios o de corretaje, declaraciones de impuestos, pólizas de seguro de vida, evaluaciones de bienes raíces e informes de oficinas de crédito, Explicación de beneficios para respaldar la Deuda médica.</p>

	Johns Hopkins Medicine Manual General de Políticas de Asistencia Financiera	<i>Número de política</i>	PFS035
		<i>Fecha de entrada en vigor</i>	31/07/2024
	<i>Asunto</i> Asistencia Financiera	<i>Página</i>	10 de 10
		<i>Sustituye a versión de fecha</i>	08/08/2022

Plan de salud calificado	Conforme a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por su sigla en inglés), a partir de 2014, un plan de seguros que esté certificado por el Mercado de Seguros de Salud, brinda beneficios de salud esenciales, se rige por los límites establecidos de participación en los costos (como deducibles, copagos y montos máximos de desembolso del propio bolsillo) y cumple con otros requisitos. Un plan de salud calificado tendrá una certificación por cada Mercado en el que se venda.
--------------------------	---

V. REFERENCIA

Manual de Políticas y Procedimientos Financieros de JHHS

- Política No. PFS120 - Autoridad de firmas: Servicios financieros para pacientes
- Política No. PFS034 - Pagos a plazos
- Política No. PFS046 - Cobranzas de pagos por cuenta propia

Atención de beneficencia y deudas incobrables, Guía de auditoría de atención de salud de la AICPA (Asociación de contadores internacionales certificados)

Código de Regulaciones de Maryland COMAR 10.37.10.26 y ss.

Código General de Salud de Maryland 19-214 y ss.

Pautas federales de pobreza (actualizadas anualmente) en el Registro Federal

VI. PATROCINADOR

- Vicepresidente de Gestión de Ciclo de Ingresos (JHHS)
- Director, Operaciones de Servicios financieros para pacientes (JHHS)

VII. CICLO DE REVISIÓN

Dos (2) años