

Asistencia para Cobertura y Asistencia Financiera – Oficina de Negocios

Objetivo:

La póliza del Programa de Asistencia para Cobertura y Asistencia Financiera (CAFA, por sus siglas en inglés) de AnMed respalda el objetivo de AnMed de brindar niveles adecuados de atención de beneficencia, de conformidad con los recursos de AnMed y las necesidades de la comunidad. AnMed tiene el compromiso de ayudar a los pacientes a obtener cobertura de varios programas, así como de proporcionar asistencia financiera a los pacientes que necesitan tratamiento hospitalario, ambulatorio o de emergencia que sea médicamente necesario. AnMed siempre brindará la atención de emergencia médicamente necesaria, sin importar la capacidad del paciente para pagar.

Alcance:

Esta política es válida para los servicios hospitalarios recibidos en los siguientes centros de AnMed:

AnMed
AnMed Oglesby Center
AnMed Women & Children's Hospital
AnMed Cannon
AnMed Cancer Center
Consultorios médicos de la red de servicios médicos (PNS, por sus siglas en inglés) de AnMed
AnMed Piedmont

Tenga en cuenta que este programa de asistencia financiera no cubre algunos gastos médicos como:

servicios de patología
servicios de radiología
servicio de anestesia
servicios dentales
servicios de visión
médicos que no pertenecen a AnMed
servicios de ambulancia
servicios de farmacia

Responsabilidad:

Esta política será supervisada por miembros de los Servicios Empresariales y Liquidación Financiera de AnMed.

Referencias:

Ninguna

Documentos Relacionados:

Ninguno

AnMed tiene los siguientes objetivos principales para brindar cobertura y asistencia financiera a nuestros pacientes:

- **Demostrar en todo momento el lema de AnMed: “Lo Mejor Empieza Aquí”.**
- **Garantizar que los pacientes agoten las oportunidades de cobertura antes de cumplir los requisitos para recibir la asistencia financiera de AnMed.**

- **Garantizar que AnMed cumpla con la normativa federal o estatal aplicable relacionada con la asistencia financiera.**

Definiciones

Los términos empleados en esta póliza se deben interpretar de la siguiente manera:

1. Electivos: aquellos servicios que, en la opinión de un médico, no son necesarios o se pueden posponer de forma segura.

2. Atención de emergencia: atención inmediata que, en la opinión de un médico, es necesaria para evitar que la salud del paciente esté en peligro grave, el deterioro grave de las funciones corporales o la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

3. Puntuación de Asistencia Financiera (FAS, por sus siglas en inglés): una puntuación desarrollada con la asistencia de un proveedor externo para brindar un mecanismo proactivo, consistente y automatizado para corroborar el perfil financiero de un paciente.

- La puntuación FAS no es una puntuación de crédito.
- Un componente de la puntuación FAS es un Índice de ingresos del hogar que está calibrado según las Pautas Federales de Pobreza.
- Otros componentes incluyen, pero no se limitan a, una revisión de los datos del censo, el historial de transacciones del consumidor, los archivos de propiedad de activos y los archivos de servicios públicos.

4. Composición del Hogar: los residentes de un hogar que incluyen a cualquier adulto soltero o legalmente casado y a sus dependientes menores de 18 años.

5. Ingresos Financieros del Hogar: los ingresos derivados de cualquier fuente, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Ingresos laborales anuales del hogar antes de impuestos.
- Compensación por desempleo.
- Compensación a los trabajadores.
- Seguro Social y Seguridad de Ingreso Suplementario.
- Pagos a veteranos.
- Pensiones o ingresos por jubilación.
- Otros ingresos aplicables provenientes de alquileres, pensión alimenticia, manutención de hijos y cualquier otra fuente distinta.

6. Médicamente Necesario: los servicios de atención médica que se brindan a un paciente para diagnosticar, aliviar, corregir, curar o prevenir la aparición o el empeoramiento de afecciones que pongan en peligro la vida, causen sufrimiento o dolor, provoquen una deformidad física o un mal funcionamiento, amenacen con causar o agravar una discapacidad, o provoquen una enfermedad o dolencia general.

7. Otras Opciones de Cobertura: opciones que permitirían obtener un pago de terceros en la cuenta bajo la revisión de la CAFA, que incluyen, entre otros, la Compensación a los trabajadores, los planes gubernamentales como Medicare y Medicaid, los planes de agencias estatales o federales, la asistencia a víctimas, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés), etc., o pagos de responsabilidad de terceros que resulten de eventos automovilísticos u otros eventos compensables.

Póliza/Procedimiento

AnMed sigue dos procesos diferentes que se basan en la responsabilidad y la cobertura del paciente cuando se determina la elegibilidad para la asistencia financiera de los pacientes con y sin seguro.

1. Categoría I: todos los servicios de hospitalización y observación, así como los servicios de atención médica ambulatoria con saldos mayores o iguales a \$20,000. brutos.

2. Categoría II: todos los demás servicios de atención médica ambulatoria o de emergencia con saldos inferiores a \$40,000 brutos.

No se cobrará al paciente más que las cantidades generalmente facturadas por la atención de emergencia.

Categoría I

Los asesores financieros de AnMed revisarán a todos los pacientes sin seguro con servicios de Categoría I. Los pacientes con servicios de Categoría I deberán completar una solicitud de Asistencia para Cobertura y Asistencia Financiera (CAFA) de AnMed y proporcionar los documentos solicitados antes de ser considerados para la asistencia financiera. La solicitud de CAFA reúne la información necesaria para determinar si el paciente es elegible para otras opciones de cobertura. Si el proceso de CAFA indica una alta probabilidad de cobertura, entonces el paciente, con la asistencia de AnMed, deberá buscar dichas oportunidades antes de que se considere al paciente para la asistencia financiera de AnMed. Los representantes de AnMed están disponibles para ayudar a las personas con discapacidades mentales o físicas a solicitar la asistencia. AnMed mantendrá la confidencialidad de la información financiera y tratará con dignidad a los pacientes que soliciten asistencia para cobertura y asistencia financiera. El proceso de solicitud de asistencia financiera no se iniciará de forma oficial hasta que se complete el proceso de asistencia para cobertura y se determine que el paciente no es elegible para otras opciones de cobertura. Si el paciente coopera por completo en la búsqueda de otras opciones de cobertura, pero dicha cobertura es poco probable o se niega adecuadamente, AnMed determinará la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.

Un paciente que no coopere completamente con este proceso se considera inelegible para la asistencia financiera.

Categoría I, Criterios de elegibilidad

1. Servicios elegibles:

- Todos los servicios de hospitalización médicamente necesarios (según lo determine un médico).
- Todos los servicios ambulatorios médicamente necesarios (según lo determine un médico) con saldos mayores o iguales a \$20,000.
- Todos los servicios médicos hospitalarios de emergencia proporcionados en una sala de emergencias autorizada con saldos mayores o iguales a \$20,000.
- Todos los servicios de atención médica ambulatoria no electivos y médicamente necesarios (según lo determine un médico) proporcionados en respuesta a circunstancias que pongan en peligro la vida en cualquier instalación que no sea una sala de emergencias autorizada con saldos mayores o iguales a \$20,000.

2. Servicios no elegibles:

- Servicios electivos y cosméticos.
- Procedimientos no considerados médicamente necesarios.

3. Pacientes elegibles:

- Si el ingreso del hogar está entre el 0 % y el 400 % del Nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL).
- SOLO para residentes de Carolina del Sur y Georgia.
- Si han agotado otras opciones de cobertura.

4. Pacientes no elegibles:

- Si el ingreso del hogar es superior al 400 % del Nivel federal de pobreza (FPL).
- Si no reside en Carolina del Sur o Georgia.
- Si no ha agotado otras opciones de cobertura.

Determinación del descuento de la asistencia financiera (Financial Assistance, FA) para la Categoría I:

- La solicitud de la CAFA completada, incluidos los documentos solicitados, se utilizará para determinar si otras opciones de cobertura están disponibles para servicios médicamente necesarios y no electivos.
- La elegibilidad para un descuento de asistencia financiera se basa en los ingresos financieros totales del hogar del paciente en los 30 días anteriores a la fecha de finalización de la evaluación.
- La necesidad financiera se determinará comparando los ingresos financieros totales del hogar con el Nivel federal de pobreza (FPL) vigente al momento de la determinación.
- Los pacientes que puedan demostrar que su ingreso financiero total del hogar es igual o inferior al 200 % del FPL son elegibles para un descuento del 100 % por un periodo de 360 días (180 anteriores y 180 posteriores).
- Los pacientes que puedan demostrar que su ingreso financiero total del hogar está entre el 201 % y el 300 % del FPL son elegibles para un descuento del 75 % por un periodo de 360 días (180 anteriores y 180 posteriores).
- Los pacientes que puedan demostrar que el total de su ingreso financiero del hogar es igual o inferior al 301 %-400 % del FPL son elegibles para un descuento del 65% por un periodo de 360 días (180 anteriores y 180 posteriores).

Categoría I, Verificación de los recursos financieros del hogar y periodo de elegibilidad:

Por lo general, las solicitudes de CAFA se completan al momento o después de proporcionar los servicios. Los asesores financieros de AnMed intentarán entrevistar a todos los pacientes hospitalizados sin seguro que no puedan pagar los servicios. AnMed utilizará, cuando corresponda, cualquier dato disponible de un tercero externo para validar la información proporcionada por el paciente en la solicitud de CAFA.

- Periodo de verificación: El ingreso financiero total del hogar se basará en un periodo de revisión de 30 días antes de la fecha de la solicitud. Si hay alguna discrepancia, se puede pedir al paciente que proporcione más documentación sobre sus ingresos.
- Periodo de elegibilidad: Una vez aprobada, la elegibilidad para la Asistencia Financiera es de 180 días a partir de la fecha de la solicitud, así como 180 días retroactivos a partir de la fecha de la solicitud para servicios médicamente necesarios y no electivos. Cualquier cambio que ocurra dentro del período de elegibilidad y que resulte en una alta probabilidad de que el paciente sea

nuevamente elegible para otras opciones de cobertura debe ser gestionado por el paciente para conservar la elegibilidad para la asistencia financiera.

- **Documentación:** Es posible que se pida a los pacientes que proporcionen documentación de sus empleadores e instituciones bancarias para verificar su ingreso. AnMed guardará los estados financieros y la verificación de los ingresos, así como la documentación de los proveedores de terceros, por un plazo mayor a 10 años o por cualquier periodo requerido por la ley. La falsificación de información financiera, incluida la retención de información, resultará en la denegación de la asistencia financiera.
- **Fraude:** AnMed se reserva el derecho de revertir los ajustes de la asistencia financiera proporcionados por esta póliza si la información proporcionada por el paciente es falsa o si AnMed obtiene pruebas de que el paciente recibió cobertura o compensación por los servicios médicos de otras fuentes no reveladas a AnMed.

Categoría II

AnMed utilizará un proceso presuntivo para determinar la elegibilidad para asistencia financiera para los servicios de Categoría II. Todos los pacientes sin seguro que reciban servicios de Categoría II serán evaluados automáticamente al emitirse la factura final para un descuento de asistencia financiera, basado en un puntaje de Asistencia Financiera (FAS). El paciente no está obligado a completar una solicitud de Asistencia Financiera de CAFA para recibir la ayuda. El puntaje FAS se asigna una vez que la factura se ha finalizado. El FAS se determinará con base en algoritmos de puntuación patentados proporcionados por expertos externos con experiencia, seleccionados por AnMed. AnMed evaluará periódicamente los algoritmos para garantizar que se apliquen de manera uniforme y ajustará los umbrales del FAS según sea necesario. Los pacientes que se determine que son elegibles recibirán un descuento del 100 % en la asistencia financiera para los servicios elegibles con cargos brutos iguales o inferiores a \$40,000 y no recibirán una factura.

1. Servicios elegibles:

- Todos los servicios ambulatorios médicamente necesarios (según lo determine un médico) con saldos inferiores a \$40,000 brutos.
- Todos los servicios de emergencia de un hospital con saldos inferiores a \$40,000 brutos.

2. Servicios no elegibles:

- Servicios electivos y cosméticos.
- Procedimientos no considerados médicamente necesarios.

3. Pacientes elegibles:

- Puntuación FAS calibrada según las Pautas federales de pobreza.
- Si no tiene cobertura de seguro de atención médica actual.

4. Pacientes no elegibles:

- Si tiene cobertura de seguro médico actual.
- Si es elegible para otras opciones de cobertura.

Determinación del descuento de FA de Categoría II:

- La elegibilidad para ayuda financiera (FA, por sus siglas en inglés) para los servicios de Categoría II se basa en la puntuación FAS de AnMed que se obtiene de un proveedor externo al momento de la facturación final.
- Cada paciente con servicios de Categoría II que tenga una puntuación FAS elegible recibirá un descuento del 100 % con cargos brutos iguales o menores a \$40,000 por un periodo de elegibilidad de 180 días.
- No se reembolsarán los pagos de pacientes que califique recibidos antes de cualquier ajuste de asistencia financiera.

Cómo solicitar asistencia para cobertura y asistencia financiera:

Categoría I:

Las solicitudes de CAFA son para pacientes que han recibido servicios de Categoría I. Como se indicó anteriormente, el personal del equipo de AnMed se esforzará por entrevistar a todos los pacientes de la Categoría I sin seguro y les ayudará a completar una solicitud de CAFA. AnMed determinará la elegibilidad para la asistencia financiera una vez que se haya completado el proceso de asistencia para cobertura. En esas situaciones, en las que el paciente coopera con la solicitud de CAFA, AnMed determinará automáticamente la elegibilidad para la asistencia financiera al finalizar el proceso de asistencia para cobertura. Si el personal del equipo de AnMed no puede entrevistar a un paciente con servicios de la Categoría I, el paciente puede descargar una solicitud de asistencia financiera en papel en línea y enviarla por correo a AnMed. El paciente también puede pedir una solicitud en papel llamando al 864-512-3435, y se le enviará una solicitud por correo postal, correo electrónico o MyChart. Los pacientes con servicios de Categoría I también pueden hacer la solicitud en persona al momento de recibir el servicio.

Categoría II:

Los pacientes que recibieron servicios de Categoría II no están obligados a completar una solicitud de asistencia financiera. Se evaluará automáticamente a los pacientes con servicios de Categoría II para determinar la elegibilidad de asistencia financiera al momento de la facturación final. Un paciente que se considera elegible recibirá un descuento del 100 %. Si el paciente cree que debería ser elegible para la asistencia financiera, aunque la puntuación FAS consideró que el paciente no era elegible, puede solicitar la CAFA descargando una solicitud en línea y enviándola por correo postal a AnMed. El paciente también puede pedir una solicitud de CAFA en papel llamando al 864-512-3435 y se le enviará una por correo postal, correo electrónico o MyChart. Sólo se revisarán las solicitudes de CAFA llenadas por completo. Los pacientes que elijan solicitar la CAFA deberán buscar otras opciones de cobertura antes de ser considerados para un descuento de asistencia financiera.

Cálculo de los montos generalmente facturados

AnMed proporciona asistencia financiera a los pacientes médicamente indigentes que cumplen con los criterios de elegibilidad descritos en la política de asistencia financiera. A los pacientes no se les cobrará más que el monto generalmente facturado (AGB, por sus siglas en inglés) a las personas que tienen tarifa por servicio de Medicare y a las aseguradoras de salud privadas por la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria. El método Look Back se utiliza para determinar el AGB. Los pacientes o miembros del público pueden obtener el resumen de este documento de forma gratuita comunicándose con la oficina de facturación del hospital.

El monto generalmente facturado es la suma de todos los montos de los reclamos que han sido autorizados por las aseguradoras de salud divididos entre la suma de los cargos brutos asociados a esos reclamos.

% de AGB = suma del monto permitido de los reclamos \$ / suma del \$ de los cargos brutos de esos reclamos

Monto permitido = El total de los cargos menos los ajustes contractuales

Si no se contabiliza ningún ajuste contractual, el total de los cargos es igual al monto permitido. Los ajustes por negación se excluyen del cálculo, ya que las negaciones no afectan al monto permitido.

El AGB se calcula anualmente para cada Oficina de AnMed.

- Se utiliza el método Look Back. Se usa un periodo de doce (12) meses.
- Incluye la tarifa por servicio de Medicare y los pagadores comerciales.
- Excluye a los pagadores: Medicaid, pendientes de Medicaid, no asegurados, tarifas de casos de quienes pagan por sí mismos, vehículos de motor y responsabilidad civil e indemnizaciones laborales.

Hospital: AnMed

Montos generalmente facturados: 20.2 %

En vigor: 1.º de enero de 2026

Todas las solicitudes impresas se deben enviar por correo postal a:

AnMed Business Office
ATTN: Financial Counselors
800 North Fant Street
Anderson, SC 29621

Una vez recibida la solicitud, un asesor financiero de AnMed se comunicará con el paciente si es necesario.

Información sobre la póliza:

AnMed informa de la disponibilidad de su proceso de CAFA a todos los pacientes a través de:

- el sitio web de AnMed
- todos los estados de cuenta
- la información publicada en el Servicio de Emergencias y en las Admisiones o los Registros de pacientes ambulatorios.
- las entrevistas presenciales de servicios de asistencia para cobertura con el paciente y las familias
- el Departamento de Servicio de Contabilidad del Paciente
- los consultorios médicos de AnMed

Dificultades

En caso de dificultades excepcionales, AnMed puede ofrecer descuentos que no están incluidos en esta política de asistencia financiera. Si el paciente no califica para la asistencia bajo esta política, comuníquese con su asesor de asistencia financiera para el paciente para determinar si hay otros descuentos disponibles.

Acciones en caso de falta de pago

Las acciones que AnMed puede tomar en caso de falta de pago de los servicios se describen en una política de facturación y cobranza separada que puede obtenerse solicitando una copia gratuita al Departamento de Servicio de Contabilidad del Paciente al 864-512-1450.

Control de calidad y otras disposiciones:

El personal del equipo de AnMed tiene prohibido hacer recomendaciones o procesar solicitudes de CAFA para sus familiares, amigos y compañeros de trabajo. El Departamento de Aseguramiento de Calidad de los Servicios de Acceso del Paciente (PAS, por sus siglas en inglés) llevará a cabo auditorías periódicas de las cuentas tramitadas para los descuentos de FA para los pacientes de la Categoría I para asegurar que la documentación apropiada se encuentra en el archivo. El Departamento de Aseguramiento de Calidad de PAS también evaluará el proceso de la Categoría II para garantizar que se realizan los ajustes adecuados.