

<b>Descuentos para profesionales, para empleados, por autopago y servicio de salud asistencial – Solo en el centro del NMOSC</b>	Tema	PAS
	Número de documento	1.2.1 NM
	Fecha de entrada en vigor	01 feb 2020
	Fecha de revisión	
	Número de revisión	
	Aprobado	
	Total de páginas	12
	Formularios de USPI	Sí

Section A: Purpose .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Section B: Policy.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Section C: Persons Affected.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Section D: Responsibilities .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Section E: Definitions.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Section F: Connections.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Part 1: Areas of Exposure .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Part 2: Key Controls .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Part 3: USPI's EDGE™ Connection.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Part 4: Other Policies and Procedures .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Part 5: Forms.....	<b>3</b>
Section G: Procedures.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Part 1: Professional Courtesy Discounts.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Part 2: Employee Courtesy Discounts.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Part 3: Cash or Self-Pay Discount.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Part 4: Charity Care Discount.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Part 6: Sanctions.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Part 7: Audit .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Section H: Revision History .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Appendix A: Provider Listing .....	<b>9</b>

## **Sección A: Objeto**

Con miras a garantizar que los descuentos no se perciban como un aliciente para los médicos o como fraude de seguros, los centros deben ser coherentes al ofrecer y aplicar descuentos a las tarifas estándar del centro.

## **Sección B: Política**

Es política del Centro de Cirugía Ortopédica de Nuevo México (New Mexico Surgery Center Orthopadics, NMOSC) garantizar que:

1. Los descuentos para profesionales se apliquen de manera coherente.
2. Los descuentos para empleados se apliquen de manera coherente.
3. Se otorguen descuentos por autopago o en efectivo de conformidad con las leyes estatales.
4. La atención benéfica se brinda de conformidad con las leyes federales, estatales y locales, se aplica de manera coherente y equitativa, y no constituye un aliciente para los médicos. El NMOSC brinda atención médicamente necesaria, gratuita o con descuento, si un paciente no puede pagar.

## **Sección C: Personas afectadas**

Cualquier persona involucrada en casos de verificación, facturación y cobranza a los que se otorga un descuento.

## **Sección D: Responsabilidades**

1. El establecimiento afiliado al Centro de Cirugía Ortopédica de Nuevo México (NMOSC) deberá adherirse a los descuentos estándar que establece el Sistema de Salud Presbiteriana (Presbyterian Healthcare System, PHS) para profesionales, para los empleados de sistemas de salud, por autopago o pago en efectivo y en casos de servicio de salud asistencial.
2. El gerente de la oficina comercial es responsable de la implementación y administración de estas políticas.

3. El verificador de seguros es responsable de obtener información financiera y llenar los formularios de asistencia financiera.
4. El procesador de cargos es responsable de ingresar todos los cargos y luego realizar ajustes en la cuenta del paciente, en virtud del acuerdo aprobado con el paciente.
5. La administración del centro se asegurará que se publique un aviso sobre la disponibilidad de asistencia financiera y que sea claramente visible para los pacientes en cualquier área de admisión, oficina comercial o departamento de emergencias.
6. La administración del centro se asegurará de que sus sitios web incluyan un enlace a la asistencia financiera y un número de teléfono para que los pacientes llamen y soliciten asistencia o información sobre la política de asistencia financiera del centro.
7. La administración del centro se asegurará de que todos los estados de cuenta de los pacientes incluyan un resumen del Programa de Asistencia Financiera y un número de teléfono para consultas.

## Sección E: Definiciones

**El paciente de atención de benéfica** es un paciente que recibe un descuento como resultado de una necesidad financiera.

**FAP:** política de asistencia financiera (Financial Assistance Policy, FAP).

**Programa federal de atención médica:** significa cualquier plan o programa que brinde beneficios médicos, ya sea de forma directa, a través de un seguro o de otro modo, que sea financiado directamente, en su totalidad o en parte, por el Gobierno de los Estados Unidos, a saber: Medicare, Medicaid/MediCal, Medicare/Medicaid/MediCal administrado, el programa Tricare de atención médica del Departamento de Defensa/Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos (United States Department of Veterans Affairs, VA)/Programa Médico y de Salud de las Fuerzas Uniformadas (Civilian Health and Medical Program of the Uniformed Services, CHAMPUS), Programa Estatal de Seguro Médico para Niños ((State Children's Health Insurance Program, SCHIP), Servicios de Salud para Indios, Servicios de Salud para Voluntarios del Cuerpo de Paz, Plan de Beneficios de Salud para los Empleados del Gobierno Federal, Plan de Beneficios de Jubilación para los Empleados Ferroviarios, Programa para la Pneumoconiosis (neumoconiosis), Servicios Prestados a Presos Federales, Planes de Seguro para Condiciones Preexistentes (Pre-Existing Condition Insurance Plans, PCIP) y Solicitudes de la Sección 1011.

**Indigente financieramente** significa un paciente sin seguro o con seguro insuficiente, cuyo total de ingresos declarados es menor o igual al 200% de las **Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG)**. Estos pacientes financieramente indigentes son elegibles para un descuento del 100%.

**Indigente médicamente** es un paciente cuyas facturas médicas u hospitalarias después del pago por parte de terceros exceden un porcentaje específico de su total de ingresos declarados (que van del 5% al 10%) y que no puede pagar la factura restante.

**El paciente que paga por cuenta propia** es un paciente que no tiene o está optando por no utilizar un tercero pagador. Si el paciente tiene una póliza en la que el centro está contratado, entonces el centro deberá procesar el reclamo según lo dispuesto en el contrato. El paciente puede considerarse autopago si la compañía de seguros no cubre el procedimiento.

## **Sección F: Conexiones**

### **Parte 1: Áreas de exposición**

Los descuentos y cortesías para profesionales no se administran por igual.

### **Parte 2: Controles clave**

1. Los administradores o directores financieros aprueban todos los descuentos.

### **Parte 3: Conexión EDGE™ de USPI**

Recibir un pago total y oportuno por los servicios prestados

### **Parte 4: Otras políticas y procedimientos**

PAS 9.2.1 Cobranza de garantes del NMOSC

### **Parte 5: Formularios**

Anexo A: Solicitud de asistencia financiera

## **Sección G: Procedimientos**

## **Parte 1: Descuentos de cortesía para profesionales**

1. Según las pautas del Sistema de Salud Presbiteriana (Presbyterian Healthcare System, PHS), el NMOSC no otorgará descuentos de cortesía para profesionales ni al médico ni a su familia inmediata (cónyuge, hijos) y padres. Esto se aplica a los médicos del NMOSC y del sistema de salud asociado.

## **Parte 2: Descuentos de cortesía para los empleados**

1. Cada centro de USPI otorga a todos los empleados de USPI elegibles a tiempo completo y a tiempo parcial y a su familia inmediata (cónyuge y dependientes elegibles) un descuento de cortesía, equivalente al 100% de la responsabilidad del paciente por todos los servicios médicamente necesarios, siempre y cuando la persona que recibe la atención tenga cobertura de USPI o alguna otra forma de cobertura de atención médica. Excepciones:
  - Si la persona que recibe la atención médica participa en el plan de salud dirigida por el consumidor de USPI, este plan prohíbe la exención de los montos deducibles de la persona, aunque permite la exención del coaseguro.
  - Si la persona que recibe la atención médica forma parte de un plan de salud patrocinado por el gobierno, como Medicare o Tricare, se nos prohíbe renunciar a las responsabilidades financieras del paciente.
  - El descuento de cortesía no incluye cirugía estética.
2. No se otorgarán descuentos de cortesía a los empleados del sistema de salud asociado.

## **Parte 3: Descuento por pago en efectivo, autopago y liquidación de deudas incobrables previas**

1. Descuento por autopago

El NMOSC puede otorgar un descuento a los pacientes que pagan por su cuenta de acuerdo con la política del PHS. Si se otorga un descuento por autopago, se deben aplicar todas las normas que se indican a continuación:

- a. Para el NMOSC, el monto del descuento es del 30% de los cargos facturados. No hay descuento por procedimientos múltiples para casos con más de un procedimiento. Todos los implantes se facturarán con base en los porcentajes de marcaje normal del centro.

- b. Este descuento no se puede combinar con ningún otro, ni siquiera con el servicio de salud asistencial o con el pronto pago.
- c. El descuento deberá estar a la disposición de todos los pacientes que pagan por cuenta propia y deberá aplicarse de manera coherente.
- d. El descuento deberá aplicarse a los cargos facturados finales, después de que se facturen todos los procedimientos e implantes.
- e. Durante la llamada con respecto a los cargos estimados, el verificador del seguro le informará al paciente sobre cualquier restricción en los cheques personales o los requisitos de pago total, de conformidad con la política financiera del centro.
- f. Si el paciente le informa al centro después de que se realizó la cirugía que se recurrirá aun tercer pagador de seguro, el gerente de la oficina comercial (business office manager, BOM) puede suministrar información, conforme a la política de privacidad del centro, al paciente para que pueda presentar una solicitud a su compañía de seguros. La siguiente información debería proporcionarse en formato de carta: fecha de servicio, códigos de procedimiento y descripción de servicios prestados, cualquier código de diagnóstico y el monto que el paciente pagó por los servicios. No proporcione al paciente los cargos del centro ni la información en un formulario de reclamo. El hospital no presentará ningún reclamo a un tercero pagador por un caso realizado como autopago.
- g. El centro podrá establecer los procedimientos cosméticos, los cuales deberán aplicarse por igual a todos los casos correspondientes.

## 2. Descuento por liquidación de deuda incobrable previa

- a. El NMOSC puede exonerar o reducir el coaseguro o los montos deducibles del paciente, incluidos los programas federales de atención médica, para los servicios ambulatorios con el fin de proporcionar un incentivo de pago legítimo, así como para ahorrarse los costos de cobranza. Para calificar a un descuento por liquidación de deudas incobrables previas, deberán cumplirse los siguientes requisitos:
  - i. La exención o descuento no se ofrece como parte de ningún anuncio ni solicitud.

- ii. Únicamente podrá informarse a los pacientes y sus representantes acerca de la disponibilidad del descuento durante el proceso de facturación real y después de la fecha de alta, y justo antes de que la cuenta se envíe a cobranzas.
- iii. El monto de las tarifas descontadas a los pacientes conforme al descuento por liquidación de deudas incobrables previas deberá tener una relación razonable con los costos ahorrados de cobranza. El monto descontado deberá pagarse en su totalidad en un lapso máximo de 30 días, contados a partir de la fecha en que se ofreció el descuento.
- iv. El centro de cirugía ambulatoria no deberá reclamar luego el monto reducido o exonerado como deuda incobrable a los efectos de pago conforme a ningún programa federal de atención médica, ni de otro modo transferir la carga de la reducción o exención a ningún programa federal de atención médica, programa estatal de atención médica, otros pagadores o personas.

#### **Parte 4: Descuento de atención benéfica**

1. Se requiere que el centro otorgue el descuento a un paciente a quien se le preste un servicio de salud asistencial, conforme lo determine el NMOSC y el socio de atención médica del Sistema de Salud Presbiteriana (Presbyterian Health System, PHS). El administrador o director de finanzas deberá adherirse a la política de servicio de salud asistencial de conformidad con esas normas y que pueda aplicarse de manera coherente y equitativa. El PHS y el NMOSC pueden trabajar conjuntamente para llevar a cabo el proceso de asistencia financiera.
  - a. Solicitud: el centro le exigirá a cada paciente que solicite asistencia financiera que llene el formulario correspondiente. Las solicitudes, junto con una copia de esta política y un resumen en lenguaje sencillo de la misma, se pueden obtener en las siguientes modalidades:
    - i. En línea en <http://www.nmscortho.com/>.
    - ii. Al contactar a un representante de servicio al cliente al (505) 291-2300.
    - iii. Por correo, sin cargo, previa solicitud a un representante de servicio al cliente.
  - b. Cálculo de los miembros de la familia inmediata: el centro incluirá al paciente, al cónyuge y a cualquier dependiente. Si el paciente es menor de edad, el centro incluirá al paciente, a la madre, al padre y a cualquier

dependiente de la madre y del padre, según el código del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS).

- c. Elegibilidad: el centro considerará la asistencia financiera para aquellas personas que no tienen seguro, tienen un seguro insuficiente, no son elegibles para los programas gubernamentales que pagarían por los servicios o que de otra manera no podrían pagar por su atención. El término “con seguro insuficiente” incluye a las personas inscritas en un seguro médico que no pueden pagar los gastos de bolsillo y están por debajo del 400% de las pautas de pobreza establecidas por el gobierno federal.
  - i. El otorgamiento de asistencia financiera se basará en una determinación individualizada de la necesidad financiera, en concordancia con esta política, y no tendrá en cuenta edad, sexo, raza, color, origen nacional, religión, estatus social o de inmigrante, sexo, orientación sexual, identidad de género, afiliación conyugal o discapacidad médica o mental.
  - ii. Se procurará financiación de posibles terceros pagadores, incluidos los programas gubernamentales, antes de brindar asistencia financiera conforme a esta política.
- d. Pautas: el centro utiliza las pautas de pobreza federal (Federal Poverty Guidelines, FPG), vigentes en el momento en que se revise la solicitud, con el fin de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera.

Criterios:

- i. Los pacientes cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 200% de las FPG son elegibles para recibir servicios médicamente necesarios sin cargo
- ii. Los pacientes cuyos ingresos familiares sean superiores al 200% pero no más del 400% de las FPG optan a recibir un descuento por servicios médicamente necesarios según se describe en la tabla a continuación:

Salarios y activos brutos como % de las pautas de pobreza federal	Responsabilidad del paciente (% de los cargos brutos)
200% o menos	0%
De 201% a 250%	25%
De 251% a 400%	50%
401% o mayor	100%

- iii. Los montos cobrados a los pacientes que optan a la asistencia se limitarán a lo que sea menor: entre el monto permitido de Medicare y la escala móvil anterior.
- iv. Los pacientes que no califiquen para asistencia financiera pueden solicitar una revisión de caso especial en función de sus



circunstancias individuales. Los pacientes que procuren una revisión de caso especial deben consignar toda la documentación y proporcionar lo siguiente:

1. Al menos los últimos tres estados de cuenta de ahorro y cuenta corriente.
  2. Todos los estados de tarjeta de crédito pendientes.
  3. Documentación de otros activos y pasivos.
- v. Los servicios que no sean de emergencia se pueden programar antes de realizar una solicitud de asistencia financiera; sin embargo, generalmente se requiere una determinación en cuanto a la solicitud de asistencia financiera antes de obtener los servicios. No obstante, puede hacerse en cualquier momento del ciclo de cobranza. La necesidad de asistencia financiera se reevaluará al comienzo de cada año y en cualquier momento en que se dé a conocer información adicional pertinente a la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera. La asistencia financiera se aplicará a los niveles aprobados a las cuentas pendientes sin tener en cuenta la fecha de servicio.
- e. Determinación de la necesidad financiera: la necesidad financiera se determinará conforme a los procedimientos que impliquen la evaluación individual de la necesidad financiera. Estos procedimientos constan de un proceso en el que el paciente o su garante deben presentar una solicitud de asistencia financiera y proporcionar información personal, financiera y de otra índole, así como la documentación pertinente para verificar los ingresos familiares y determinar la necesidad financiera.
- i. Los requisitos de documentación comprenden:
    1. Solicitud de asistencia financiera debidamente llenada.
    2. Declaraciones de impuestos del año anterior.
    3. Al menos dos de los últimos recibos de pago.
  - ii. El NMOSC se reserva el derecho de aceptar documentación equivalente o sustituta para cualquiera de los elementos enumerados anteriormente de forma individual.
  - iii. El NMOSC puede explorar fuentes alternativas apropiadas de pago y cobertura de programas públicos y privados, y ayudar a los pacientes a solicitar dichos programas.
  - iv. Cuando la documentación no está disponible, las circunstancias pueden justificar la asistencia financiera, a saber: la inscripción en programas financiados por el estado o que el paciente no tenga hogar. El centro requerirá que se proporcione una exposición de motivos donde se explique por qué el paciente o la parte responsable no puede proporcionar la verificación solicitada.
  - v. Pacientes vencidos: no se requiere verificación de ingresos; sin embargo, el centro puede solicitar documentación de activos estatales.

- f. Si se niega la asistencia financiera, la persona deberá pagar por su atención.
  - g. Toda la información completa (solicitud, cálculo, aprobación) deberá enviarse al NMOSC, por fax, al (505) 213-0339.
  - h. Toda la información financiera que se suministre al NMOSC o al PHS a través del proceso de solicitud de asistencia financiera será confidencial y solo se utilizará para fines internos. No se utilizará para ningún otro propósito.
  - i. Las solicitudes de asistencia financiera se procesarán sin dilación. El NMOSC notificará prontamente al paciente o solicitante de requerirse cualquier otra información para completar la solicitud. Igualmente, el NMOSC notificará al paciente o solicitante por escrito su decisión dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud efectuada. El NMOSC acelerará la revisión de las solicitudes presentadas antes de recibir los servicios.
2. Base para calcular los montos cobrados a los pacientes: después de la determinación de elegibilidad conforme a esta política de asistencia financiera, no se imputará al paciente elegible para asistencia financiera por la atención médicamente necesaria un importe mayor al de los montos generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención (amount generally billed, AGB). El NMOSC utiliza el método prospectivo de Medicare para calcular el AGB, mediante el proceso de facturación y codificación que usaría para un beneficiario de la tarifa por servicio de Medicare y al establecer el AGB para la atención al monto que pagarían conjuntamente Medicare y el beneficiario de Medicare. El NMOSC no factura ni espera el pago de los cargos brutos o totales de las personas que califican para asistencia financiera conforme a esta política.
3. El procesador de cargos ingresa los cargos en la PAS y luego utiliza el código de diario correspondiente para cancelar el monto al porcentaje acordado. El monto cancelado no califica para el reconocimiento como cuentas por cobrar o ingresos en los estados financieros, ya que nunca se espera su pago.
4. La atención de caridad se puede determinar después del día de la cirugía, hasta 240 días a partir del primer estado de cuenta posterior al alta, para todos los saldos existentes al momento de la firma y aprobación de la solicitud. La solicitud existente no abarca las futuras fechas de servicio. Los pacientes pueden volver a solicitar asistencia financiera relacionada con cualquier saldo nuevo.
5. Acciones tomadas en caso de impago. Las acciones que el NMOSC puede tomar en caso de falta de pago se describen en una política de cobranza por separado. Se puede obtener una copia gratuita de esta política por separado al comunicarse con un representante de servicio al cliente o por correo (sin cargo), previa solicitud, con base en la información de contacto que se indica en esta política.

## Parte 6: Sanciones

Las penalizaciones por la violación de esta política variarán según la naturaleza y la gravedad de la infracción. Las personas que violen lo anterior estarán sujetas a medidas disciplinarias, incluso el despido; la acción legal por parte de USPI, lo cual abarca, a título enunciativo: procesamiento penal según las leyes estatales y federales correspondientes, y restitución por uso indebido.

## Parte 7: Auditoría

El gerente de la oficina comercial y el auditor interno revisan los ajustes realizados a las cuentas de los pacientes en función del descuento.

## Sección H: Revisión histórica

Fecha de revisión	Número de revisión	Cambio	Secciones revisadas
01 feb 2020	1.0	Nuevo documento	N/A

# Anexo A

## Solicitud de asistencia financiera

### Solicitud de asistencia financiera

*Si necesita ayuda para llenar este formulario, solicite hablar con uno de los representantes de la oficina comercial o llame al (505) 291-2300.*

Nombre del centro de PHS\_\_NMOSC                      Nombre del paciente \_\_\_\_\_                      Número de cuenta \_\_\_\_\_

---

**Instrucciones para completar este formulario:**

**Este formulario completo debería adjuntarse a la documentación requerida y enviarse a la Contabilidad de Pacientes de NMOSC para su procesamiento.**

- Declaración o declaraciones de impuestos del año anterior.
  - Al menos dos de los recibos de pago más recientes.
- 

Nombre de la parte responsable \_\_\_\_\_ N.º de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

---

Nombre de otra parte responsable \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del n.º de seguro social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Teléfono celular \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_  
Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
Ingreso bruto mensual/anual en dólares \$ \_\_\_\_\_

---

**Otros integrantes del núcleo familiar**

Nombre	Fecha de nac.	Parentesco	Nombre	Fecha de nac.	Parentesco

Las personas que soliciten asistencia financiera deben explorar primero otras fuentes de financiamiento. Indique cuáles fuentes ha solicitado y las razones por las que no es elegible para recibir esa asistencia.

- Seguro médico grupal \_\_\_\_\_  
¿Su empleador ofrece seguro médico grupal? Sí/No
- Medicaid: si lo rechazaron, adjunte una copia de la negativa de Medicaid
- Otra asistencia estatal o del condado (únicos servicios de hospitalización en la comunidad [Sole Community Hospital (SCH)], servicio para indigentes)
- Otros programas proporcionados por terceros (para propietarios de viviendas, automóviles, etc.)
- Cobertura de Cobra

Describa por qué no puede pagar el saldo de su cuenta: (se puede necesitar documentación adicional)

---

---

---

---

---

---

---

---

Si no tiene la documentación requerida en la lista, pregúntenos; podríamos aceptar otro tipo de documentación para cumplir con este requisito. Se puede negar asistencia financiera a los pacientes que no sigan el proceso de solicitud o que se nieguen a solicitar programas externos a los que podrían haber calificado.

Por medio de la presente, declaro que la información aquí proporcionada es fiel y exacta. Autorizo que se realice cualquier verificación requerida, incluida la del informe de la agencia de crédito. Entiendo que, si se determina que esta información es falsa o engañosa, seré responsable del pago de los cargos por todos los servicios prestados. Entiendo que esta solicitud de asistencia financiera no concierne a otros proveedores de atención médica.

Llene y devuelva la solicitud, junto con la documentación requerida, a la siguiente dirección. También puede enviarla por fax al (505) 213-0339:

NEW MEXICO ORTHOPAEDIC SURGERY CENTER  
(CENTRO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA DE NEW MÉXICO)  
8300 CONSTITUTION AVE NE  
ALBUQUERQUE, NM 871107613

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

El NMOSC y PHS tienen el compromiso de proteger la confidencialidad de sus pacientes. Cualquier información que se suministra al NMOSC y PHS al través del proceso de solicitud de asistencia financiera se mantendrá en confidencialidad, solo se utilizará para fines internos, y no se divulgará a fuentes externas sin el consentimiento expreso de la parte interesada.