



MANUAL DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

Programa/Departamento: Todos los programas

Política N.º: FA.1.20

Asunto: Programa de descuento de tarifas variables

Vigencia: 18/ago

Revisado: 23/ene

POLÍTICA:

La Junta Directiva regente tomará una determinación sobre una política apropiada para el programa de descuento de tarifas variables (SFDP, por sus siglas en inglés).

OBJETIVO:

AltaPointe Health Systems ofrece servicios médicos y conductuales primarios a pacientes de acuerdo a su capacidad de pago. Los pacientes con un ingreso por hogar del, o por debajo del 200 % de las Guías Federales de Pobreza actuales pueden aplicar al programa de descuento de tarifas variables. Los pacientes con cobertura de terceros que no cubran o que cubran parcialmente las tarifas de ciertos servicios del centro de salud también pueden ser elegibles para el programa de descuento de tarifas variables. La elegibilidad está sujeta a limitaciones legales y contractuales de la compañía de seguros. Todos los servicios directos e indirectos provistos en el alcance del proyecto de AltaPointe, independientemente del tipo de servicio o forma de entrega, se pondrán a disposición de todos los pacientes del centro de salud, independientemente de su capacidad de pago. El SFDP se aplicará de manera uniforme para todos los pacientes. Si el paciente elegible para el SFDP tiene seguro y no tiene limitaciones contractuales con el Centro, también se aplicarán descuentos sobre las obligaciones de un paciente, incluidos copagos, deducibles y servicios no cubiertos por el seguro. No se cobrará al paciente más de lo que habría pagado bajo la clase de descuento del SFDP aplicable.

El pago del paciente será escalonado de acuerdo con la ubicación que le dé el tamaño de su hogar e ingresos en el Plan de descuento de tarifas variables (ver adjunto).

La Junta Directiva (BOD, por sus siglas en inglés) establece una tarifa nominal (mínimo \$20 en base al nivel de ingresos), inclusive para todos los servicios brindados ese día para esa línea de servicio, la cual se cobrará a aquellas personas que se determine que se encuentran en el, o por debajo del 100 % de las Guías Federales de Pobreza. Se cobrará una tarifa plana, establecida por la Junta Directiva (BOD, por sus siglas en inglés), a aquellas personas que se



determine que se encuentran por encima del 100 % y en el, o por debajo del 200 % de las Guías Federales de Pobreza. El Centro de Salud tiene un cargo nominal establecido como una tarifa plana nominal y es nominal desde la perspectiva del paciente (mínimo \$20 en base al nivel de ingresos). El Centro de Salud utilizará encuestas a pacientes, aportes de la Junta y otra información que sea necesaria para establecer el cargo nominal.

Se espera que todas las tarifas del paciente se paguen al momento del servicio. La Junta Directiva aprobará todas las tarifas de descuento variables anualmente.

No se le negarán servicios a paciente alguno debido a su incapacidad de pago.

Las tarifas de servicios requeridos y adicionales dentro del alcance del proyecto aprobado se basarán en costos razonables y serán coherentes con las tarifas o cargos predominantes a nivel local. Se revisarán las tarifas por servicios anualmente o según sea necesario para la sostenibilidad del programa. Las modificaciones al plan requerirán la aprobación de la Junta Directiva.

Las tarifas de cualquier servicio de salud que requiera suministros o materiales médicos (que no sean envíos para análisis de laboratorio) se incluirán o agruparán en la tarifa del servicio y no se cobrarán por separado. Cualquier análisis de laboratorio realizado en un laboratorio externo se cobrará por separado a la consulta y se facturará de acuerdo con el plan de descuento de tarifas variables aprobado, a tarifas iguales o mejores que el descuento de tarifa variable de Accordia para servicios contratados. Los análisis de laboratorio realizados bajo CLIA por personal del Centro de Salud se incluirán en la tarifa global. Los costos de servicios de una segunda lectura de pruebas de radiología y de traducción no se pasarán al paciente y se considerarán parte del servicio global.

Se emitirá información sobre servicios adicionales, como el Programa de farmacia 340b al momento de la entrevista financiera.

Las personas que superen el 200 % de las Guías Federales de Pobreza estarán sujetas a los procedimientos estándar de autopago, facturación y cobranzas de AltaPointe.

Todos los elementos de la política del programa de descuento de tarifas variables, del plan de descuento de tarifas variables y de la documentación de respaldo están sujetos a la política de AltaPoint sobre confidencialidad del paciente. Se notificará a los pacientes sobre estas disposiciones de confidencialidad.



PROCEDIMIENTO:

A. Plan de descuento de tarifas variables

1. La Junta Directiva revisará y aprobará el Plan de descuento de tarifas variables (SFDS, por sus siglas en inglés) anualmente en base a las actualizaciones de las Guías Federales de Pobreza en un esfuerzo por evaluar la efectividad del programa de descuento de tarifas variables para reducir los obstáculos en la atención y la idoneidad de la política para AltaPointe y su comunidad.

Procedimiento del personal:

- a. La información sobre el Programa de descuento de tarifas variables se entrega a todos los pacientes al momento del registro y está disponible a solicitud.
- b. La solicitud del Programa de descuento de tarifas variables se completa para determinar los ingresos y el tamaño del hogar.
- c. El personal del módulo de recepción o el gerente del consultorio revisan las solicitudes para determinar la elegibilidad.
- d. El personal informa al paciente y a su familia (según corresponda) sobre su elegibilidad para recibir descuento de tarifas variables en base a las Guías Federales de Pobreza.
- e. Los pacientes deberán presentar verificación de ingresos al momento de coordinar la cita. Si no se presenta la documentación, se evaluará a los pacientes y se les indicarán las formas en las que pueden enviar tal información al Centro de Salud para su documentación. Los pacientes también tienen la oportunidad de regresar con la información tan pronto como sea posible.
- f. Se firma una declaración según lo indicado.
- g. La determinación del nivel del Programa de descuento de tarifas variables se realiza en base a la información provista por el paciente, a lo explicado al paciente y a las preguntas respondidas.
- h. La información se ingresa en el Registro Electrónico de Salud.
- i. Se brinda información adicional al paciente (incluido reporte de cambios, cargos considerados e información del programa de farmacia de descuento 340B).
- j. Se evaluará la elegibilidad del paciente y se volverá a evaluar periódicamente, y por lo menos una vez al año (independientemente de la condición del seguro). Se brindará documentación según corresponda.
- k. El Centro de Salud evaluará y volverá a evaluar a todos los pacientes en cuanto a ingresos y tamaño del hogar, en forma coherente con la política del programa de descuento de tarifas variables según lo aprobado por la Junta Directiva.
- l. Cualquier pregunta sobre la elegibilidad del paciente (fuera de condiciones normales) se referirá a la Administración para recibir asistencia para clarificación.



2. Se brindará capacitación anual sobre la implementación de las políticas del programa de descuento de tarifas variables y los procedimientos operativos de respaldo. Se realizará una auditoría de una muestra de las solicitudes de descuento de tarifas variables periódicamente para garantizar el cumplimiento de la política del Programa de descuento de tarifas variables.
3. La determinación de la capacidad de pago de un paciente será de acuerdo con el Plan de descuento de tarifas variables aprobado de la agencia para todos los pacientes que procuren servicios.
4. Aunque AltaPoint no requiere que los pacientes se inscriban en un seguro público o privado, si los pacientes no asegurados o con un seguro insuficiente recibirán instrucción sobre las opciones disponibles para ellos en base a su elegibilidad para recibir seguro o la cobertura de terceras partes. Los miembros del personal de registro documentarán apropiadamente la incapacidad de pago de los servicios por parte del paciente y les ofrecerá el SFDS
5. Se informará a todos los pacientes al momento de que se programe una cita o cuando se presenten en el módulo de recepción sobre la posibilidad de calificar para algún descuento. También se publicará información sobre la disponibilidad del programa de descuento de tarifas variables en el vestíbulo en todos los idiomas predominantes en la comunidad y de una manera apropiada para los diversos niveles de alfabetización. El personal del módulo de recepción le informará a los pacientes y a las partes responsables sobre el requisito de evaluación y cobro de tarifas.
6. Los pacientes, nuevos y establecidos, que deseen aplicar al programa de descuento de tarifas variables deben completar la solicitud de tarifas variables. El paciente también debe presentar prueba de ingresos aceptable, como declaración de impuestos, dos boletas de pago, formulario W2, etc. Los comprobantes de ingresos deben tener fecha dentro de los 90 días de la solicitud del programa de descuento de tarifas variables. Los pacientes tienen la opción de completar la solicitud del programa de descuento de tarifas variables. Los pacientes que no completen la solicitud del programa de descuento de tarifas variables no serán elegibles para recibir descuentos.
7. El personal de registro ingresará información del tamaño del hogar e ingresos en el registro electrónico de salud y notificará al paciente si es elegible para el programa de descuento de tarifas variables. Se escaneará la prueba de ingresos y la solicitud completa en el registro electrónico de salud del paciente.
8. La combinación del ingreso del hogar y la cantidad de personas que lo conforman determina el descuento en base al plan de descuento de tarifas variables aprobado por la Junta.



9. Para fines de determinación de elegibilidad, un hogar se define como una o más personas que viven juntas y quienes aportan sus ingresos con el fin de compartir los gastos del hogar. Las mujeres embarazadas cuentan como dos personas para determinar el tamaño del hogar.
10. **Los ingresos se definen como** un ingreso bruto actual en efectivo de todas las fuentes antes de los descuentos del impuesto sobre la renta, impuestos del seguro social del empleado, primas del seguro, bonos, etc., que el cliente, su cónyuge y todos los otros miembros del hogar ganen o reciban al momento de la evaluación.
11. Para fines de determinación de elegibilidad, los ingresos incluyen lo siguiente:
 - a) Empleo (salario bruto)
 - b) Beneficios de jubilación/pensión
 - c) Seguro Social/discapacidad/asistencia pública
 - d) Beneficios de asistencia pública
 - e) Manutención infantil
 - f) Ingresos por intereses
 - g) Ingresos por alquiler
 - h) Compensación por desempleo
 - i) Compensación de trabajadores
 - j) Jubilación del rubro ferroviario
 - k) Pensión alimenticia
 - l) Beneficios de veteranos
 - m) Beneficios de huelga sindical
 - n) Asignación militar
 - o) Empleo agrícola o autónomo
 - p) Otras fuentes de ingresos
 - q) Pago de tiempo libre remunerado (PTO, por sus siglas en inglés)
12. Se permite la declaración personal de ingresos; sin embargo, el Centro de Salud solicitará documentación adicional para respaldar la declaración personal y la solicitud se enviará al nivel administrativo para su revisión. No se requiere documentación adicional, pero se insta a que se presente. No se rechazará a los pacientes debido a su incapacidad para brindar documentación adicional. Se aceptarán los siguientes documentos:
 - a) Carta de verificación en el caso de que reciba cupones de alimentos.
 - b) Prueba de cobertura de Medicaid únicamente para planificación familiar.
 - c) Si el paciente no recibe ingresos y familiares o amigos lo mantienen, se solicita una carta explicando esas coordinaciones. La carta debe estar firmada por la persona que brinda la asistencia.



13. Se usarán los siguientes procedimientos para la determinación del ingreso bruto anual por hogar para fines de evaluar, facturar y cobrar tarifas:
1. Los ingresos anuales actuales, ya sea de empleo de medio tiempo o de tiempo completo, u otros ingresos, recibidos por un paciente y todos los miembros del hogar se calculan al multiplicar:
 - a) Un salario por hora por 2080 horas (para empleo de tiempo completo, use las horas previstas).
 - b) Un salario diario por 260.
 - c) Un salario semanal por 52 semanas.
 - d) Un salario mensual por 12 meses
 - e) Un salario quincenal por 26 periodos de pago.
 2. Los ingresos de tales fuentes como trabajo estacional u otro trabajo de menos de 12 meses de duración, comisiones, horas extra, bonos y compensación por desempleo se calculará según el monto anual estimado de tal ingreso en los siguientes 12 meses. Se puede utilizar información histórica en base a los últimos 12 meses si no se puede tomar una determinación de manera lógica de los ingresos esperados.
14. Se cobrará a los pacientes la tarifa completa hasta que se presente toda la documentación para el plan de descuento de tarifas variables. Si la documentación se presenta dentro de los 30 días, los cargos se descontarán a la tarifa correspondiente. Al momento de la visita inicial, se le puede otorgar elegibilidad provisional al cliente para el SFDS.
15. Los pacientes deben volver a certificarse anualmente para el SFDS en la primera visita después de hayan pasado doce meses desde la fecha de la solicitud original. El paciente puede tener que completar una nueva solicitud de descuento de tarifas variables al momento de ser revaluado para elegibilidad.
16. Excepciones de la política: En el caso de que una persona no brinde la documentación solicitada para determinar la elegibilidad o expresa incapacidad de pago al momento del servicio, las siguientes son consideraciones que podrían respaldar una excepción a la provisión de elegibilidad temporal o descuento por parte de la Administración:
- a) El proveedor médico de personal determina qué servicios se requieren con urgencia.
 - b) Al parecer del proveedor del paciente, CMO, director ejecutivo o administrador de enfermería, el estado mental o emocional de la parte responsable impide su capacidad de brindar la documentación solicitada. En tales casos el paciente debe estar acompañado de un trabajador social, un administrador de caso o un familiar con autoridad legal para la toma de decisiones.
 - c) Se determina que el paciente tiene otras circunstancias excepcionales que garantizan que pueda ser visto (p. ej., es un paciente regular cuya cuenta indica que ha pagado de



manera consistente sus visitas según lo requerido, pero resulta que esta ocasión olvidó su dinero).

- d) La persona es un miembro de HMO asignado a AltaPointe; esta su primera cita y no está enterado de su copago.
17. Si se identifica una emergencia médica, se llevará a la atención inmediata del proveedor médico supervisor, CMO, director ejecutivo o administrador de enfermería. Se tomará una decisión de si se puede brindar la atención con descuento y de ser así, el director ejecutivo, el administrador de enfermería, CMO o CFO darán la autorización para brindar esa atención y el registro electrónico de salud o el historial de salud conductual del paciente se documentará como corresponde.
 18. Si no se cumple ninguna de las condiciones indicadas más arriba, se ofrecerá al paciente la oportunidad de reprogramar su visita.
 19. AltaPointe tiene un procedimiento diseñado para revisar periódicamente la utilización del Programa de descuento de tarifas variables. AltaPointe utilizará información que evalúe la tarifa a la cual los pacientes en cada clase de pago accederán a los servicios en el centro de salud. Se evaluará esta información, junto con encuestas de satisfacción del cliente, en cuanto a la efectividad del Programa de descuento de tarifas variables para reducir los obstáculos para la atención. También se revisarán las cuentas de los pacientes y la documentación relacionada para garantizar el cumplimiento de esta política. Se identificarán e implementarán cambios según sean necesarios.
 - a. Anualmente se evaluará información con respecto a la cantidad de visitas por año para analizar la tarifa a la cual los pacientes de cada clase de pago con descuento acceden a los servicios del centro de salud.
 - b. Se evaluará la información según se describe más arriba en comparación con la información del año anterior como un punto de referencia para el cambio.
 - c. Se puede utilizar otra información (encuestas de pacientes, información de satisfacción del paciente, etc.) para determinar algún obstáculo financiero para cada clase de tarifa variable.
 - d. Se abordará la identificación de obstáculos (potenciales o reales) y se implementarán los cambios según lo indicado con la aprobación de la Junta.

B. Descuentos de farmacia de tarifa variable del Programa 340B

La entidad cubierta se asegurará de que solo aquellos pacientes que cumplan los requisitos de la guía de pobreza puedan obtener medicamentos del Programa 340B a una tarifa con descuento de una de las farmacias con contrato con AltaPointe.

Antecedentes:



AltaPointe ofrece tarifas de medicamentos recetados con descuento, según los requisitos y las guías de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés). AltaPointe ha obtenido la información correspondiente del paciente para garantizar su calificación para la tarifa de farmacia con descuento.

Líderes responsables:

1. Director ejecutivo (CEO, por sus siglas en inglés)
 - Responsable como funcionario autorizador, a cargo del cumplimiento y la administración del programa.
 - Responsable de afirmar el cumplimiento del programa a través de una recertificación.
2. Director financiero (CFO, por sus siglas en inglés)
 - Responsable como funcionario autorizador, a cargo del cumplimiento y la administración del programa en muchos casos.
 - Potencialmente responsable de afirmar el cumplimiento del programa a través de una recertificación.
 - Cuenta para el ahorro y el uso de fondos a fin de brindar atención para personas indigentes en virtud del acuerdo de atención de indigentes.
 - A menudo responsable como contacto primario del Programa 340B.
3. Director médico (CMO, por sus siglas en inglés)
 - Agente responsable del cumplimiento 340B.
 - Agente del CEO o del CFO responsable de administrar el Programa 340B para implementar y optimizar totalmente los ahorros apropiados y garantizar que los enunciados de la política y los procedimientos actuales estén implementados para mantener el cumplimiento del programa.
 - Mantener el conocimiento de los cambios de la política que afectan el Programa 340B, incluido, pero no limitado a cambios en las reglas de HRSA y Medicaid. Monitorear cualquier cambio en la elegibilidad/información clínica.

PROCEDIMIENTO:

1. El paciente brindará la solicitud para el programa de descuento de tarifas variables y comprobante de la información de ingresos del hogar.
2. La tarifa de descuento de tarifas variables del paciente se calcula según la información provista.
3. Si el paciente se encuentra en, o por debajo del 200 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) calificará para una tarifa de medicamentos recetados con descuento. (Tarifa con descuento = costo del medicamento recetado 340B + tarifa



administrativa + tarifa de despacho con descuento).

4. El farmacéuta usará BIN, PCN e información del grupo para procesar apropiadamente la receta médica y confirmar que la receta médica sea de un proveedor de AltaPointe.
5. La elegibilidad del paciente para el programa se evaluará anualmente.