**POLÍTICA:**

El Centro de Cirugía de AAMC brinda servicios a los pacientes independientemente de la capacidad de pago, pero dentro de la capacidad financiera del Centro, para garantizar que la prestación de atención médica sea coherente con las necesidades de cada persona y con respeto por la dignidad de cada persona.

1. El aviso público y la información sobre el programa se publicarán anualmente en el sitio web del Centro de Cirugía de la AAMC ubicado en [www.luminishealth.org](https://www.luminishealth.org).
2. La política y la solicitud del Programa de Asistencia Financiera se publicarán en el sitio web de AAMC [www.luminishealth.org](https://www.luminishealth.org) para AAMC Surgery Center.
3. Los avisos también se publicarán en la oficina de registro y negocios del Centro de Cirugía de AAMC, en las áreas de recepción de los cirujanos asociados y en el sitio web de www.luminishealth.org de la AAMC, anualmente, en un formato comprensible para la población del área de servicio.
4. El personal del cirujano asociado deberá notificar el programa a las personas que se someten a una cirugía, con materiales educativos preoperatorios y documentación.
5. Se prefiere solicitar asistencia financiera al menos 5 días antes de que se brinde el servicio.
6. Para solicitar asistencia, las personas completan la Solicitud de Asistencia Financiera y proporcionan la documentación de respaldo requerida.
7. Dentro de los dos días hábiles siguientes a la solicitud de asistencia de una persona, el Gerente de la Oficina Comercial del Centro de Cirugía AAMC, en colaboración con el Comité Ejecutivo Médico, tomará una decisión sobre la elegibilidad probable e informará a la persona y le notificará por teléfono u otro contacto principal anotado en la solicitud.

**Criterios de elegibilidad**

1. Las personas con ingresos familiares inferiores al 100% de la pauta actual de pobreza, que no tengan cobertura de seguro médico y no sean elegibles para el programa público que proporciona cobertura para gastos médicos, serán elegibles para servicios gratuitos.
2. Las personas por encima del 100% de la pauta de pobreza actual, pero por debajo del 200% de la pauta federal de pobreza, serán elegibles para recibir servicios con un cargo con descuento, basado en una escala móvil de ingresos familiares.
3. Se debe proporcionar prueba de ingresos y verificación del número de dependientes que se basa en la declaración de impuestos del año anterior. Si esto no está disponible, se aceptarán los talones de cheques de pago de los últimos dos meses. Los dependientes deben cumplir con la definición de dependientes del IRS para calificar como miembros del hogar.
4. Si la solicitud de asistencia es rechazada y se basa en los ingresos, el MEC de AAMC Surgery Center revisará la solicitud y considerará la elegibilidad caso por caso.

La siguiente fórmula se utiliza para determinar dónde caerá el paciente en la escala móvil:

(Ingreso bruto - 100% nivel de pobreza) ÷ (100% nivel de pobreza)

Una vez que se determine ese número, el porcentaje asociado se tomará de la lista de tarifas de AAMC Surgery Center y se proporcionará el descuento.

1. Ejemplo:
   1. Un hogar de dos personas tiene un ingreso neto de $26,187.
   2. El umbral del 200% para una familia de dos es de $42,300.
   3. $26,187- $21,150 = $5,037
   4. $5,037 ÷ $21,150 = 24%
   5. 100% - 24% = 76% de descuento.
   6. AAMC Surgery Center aplicará un descuento del 76% en el programa de tarifas, dejando a la persona adeudando los siguientes montos:

**Pautas federales de pobreza para 2025**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tamaño del hogar** | **100%** | **200%** |
| 1 | $15,650 | $31,300 |
| 2 | $21,150 | $42,300 |
| 3 | $26,650 | $53,300 |
| 4 | $32,150 | $64.300 |
| 5 | $37,650 | $75,300 |
| 6 | $43,150 | $86.300 |
| 7 | $48,650 | $97,300 |
| 8 | $54,150 | $108,300 |

*Si su hogar es más grande de 8 personas, agregue $4,320 por cada persona adicional.*

**Aprobación:**

Si la solicitud cumple con las pautas de ingresos, se aprobará y se asignará el monto del descuento.

1. Notifique al paciente los resultados de la revisión de la solicitud.
2. Infórmele al paciente sobre el monto del descuento y recuérdele que el saldo de los cargos (si corresponde) deberá pagarse en el momento de la cirugía.
3. Entregue al paciente una copia de la solicitud de tarifa variable para que la presente cuando reciba otros servicios.
4. Introduzca el importe del descuento en el sistema informático y almacene la solicitud y la documentación aprobadas en un archivo de aprobación de descuento.
5. El estado financiero del paciente debe evaluarse en cada visita.

**DEFINICIONES:**

INGRESOS - Ingresos brutos, se refiere a los sueldos y salarios monetarios de todas las fuentes antes de las deducciones. Los ingresos también se refieren a los pagos de la seguridad social, los beneficios de veteranos, los planes de pensiones, el desempleo y la compensación laboral, los pagos de fideicomisos, la manutención de los hijos, la pensión alimenticia, la asistencia pública, los beneficios de huelga, los fondos sindicales, los estipendios de capacitación, los ingresos del alquiler, los intereses y dividendos u otro apoyo regular de cualquier persona que viva en el hogar o fuera del hogar. También se incluye como ingreso regular el 100% de todos los activos líquidos (es decir, certificados de depósito, acciones, bonos, fondos del mercado monetario, etc.)

COBERTURA - Todos los demás recursos se aplicarán primero, incluido Medicaid, antes de que se otorgue el ajuste de descuento. La persona debe solicitar los fondos de asistencia médica disponibles según corresponda en cada caso individual.

REQUISITOS DE SOLICITUD - Los pacientes que soliciten un descuento deben solicitarlo utilizando la aplicación proporcionada antes del tratamiento. Las solicitudes de tarifa variable no se considerarán para las cuentas facturadas y antigüedades en cuentas por cobrar, a menos que existan circunstancias atenuantes. Las solicitudes de descuentos en tarifas variables no se considerarán para los pacientes que tienen deudas incobrables y no respondieron a la actividad de cobro o a los estados de cuenta antes de la cancelación de la cuenta.

Durante el proceso de solicitud, se deben presentar documentos específicos para obtener suficiente información para verificar los ingresos de cada miembro del hogar empleado. Algunos de estos documentos incluyen:

1. Talón de nómina o carta del empleador que verifique los ingresos brutos
2. W2
3. Copia de la declaración de impuestos federales sobre la renta presentada más recientemente
4. Comprobante de otros ingresos para todas las personas que viven en el hogar

**PROCEDIMIENTO:**

1. El Director Médico y/o el Gerente de la Oficina Comercial considerarán alternativas para el paciente (es decir, si el paciente es elegible para otra cobertura como Asistencia Médica u otros programas especiales)
2. El Director Médico y/o el Gerente de la Oficina Comercial informarán al paciente de la escala móvil de tarifas (Ver Adjunto) y le preguntarán al paciente sobre los ingresos familiares para determinar la elegibilidad.
3. El Director Médico y/o el Gerente de la Oficina Comercial trabajarán con el paciente para completar la solicitud de tarifa variable con la documentación de respaldo adjunta.
4. El Director Médico y/o el Gerente de la Oficina de Negocios determinarán cuántos miembros de la familia dependen de los ingresos cubiertos por el paciente y si hay ingresos adicionales en la familia.
5. El Director Médico y/o el Gerente de la Oficina de Negocios presentarán la solicitud junto con la documentación al Administrador de la práctica para su aprobación.
6. El Director Médico y/o el Gerente de la Oficina Comercial tomarán una determinación de la elegibilidad probable para la atención de caridad dentro de los dos días hábiles posteriores a la solicitud de asistencia completada del paciente.