

Servicios de contabilidad para pacientes

Programa de asistencia económica para pacientes

Autor: Vicepresidente de gestión del ciclo de ingresos

Patrocinador ejecutivo: Vicepresidente y director financiero. Fecha:

6 de febrero de 2025

Tipo de política

- ☒ Política de gobernanza de entidades
- ☐ Política de entidades
- ☐ Política departamental de entidades

- ☐ Política de gobernanza de sistemas
- ☐ Política de sistemas
- ☐ Política departamental de sistemas
- ☐ Política de la Oficina Central

Ámbito de aplicación de la política

- ☐ Summa Health (empresa)
- ☐ Summa Health Network
- ☒ Summa Health Medical Group
- ☐ SummaCare

- ☒ Summa Health System (hospitales)
- ☐ New Health Collaborative
- ☐ SMSO
- ☒ Departamento: Servicios contables para pacientes

POLÍTICA DE ASISTENCIA ECONÓMICA DE SUMMA HEALTH SYSTEM

OBJETIVO:

El objetivo de esta política es definir el programa de asistencia económica de Summa Health System y el proceso de solicitud. Las solicitudes de asistencia económica para residentes de Ohio se tramitarán primero para participar en el programa HCAP y, luego, estarán sujetas a las disposiciones de esta Política de asistencia económica. Esta política también tiene una adenda relacionada específicamente con el programa de asistencia económica de farmacias especializadas.

POLÍTICA:

Summa Health System se compromete a proporcionar asistencia económica en respuesta a las necesidades de la comunidad, a los pacientes que buscan atención de emergencia o medicamento necesaria, pero tienen recursos limitados para pagar por ella. Summa Health System proporcionará, sin discriminación, atención médica de emergencia o medicamento necesaria a las personas, independientemente de su capacidad de pago, o de su elegibilidad en virtud de esta política.

POLÍTICAS RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA ECONÓMICA y PROCEDIMIENTOS:

Summa Health System ofrece otras opciones para los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que no califican para recibir asistencia económica en virtud de esta política. Para obtener más información, consulte las siguientes políticas de Summa Health System:

- Política de exámenes médicos de Summa Health System (EMTALA): de conformidad con la Ley EMTALA, toda persona que acuda a las instalaciones o propiedades de Summa Health System para solicitar un examen o tratamiento de emergencia, o que lo solicite en su nombre, tiene derecho a que se le realice un examen médico adecuado, independientemente de su capacidad de pago.
- Medidas extraordinarias de cobranza: Summa Health System no se involucrará en medidas extraordinarias de cobranza tales como informar a las agencias de crédito, vender la deuda de un individuo a otra parte, diferir, negar o requerir un pago antes de proporcionar la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de una factura anterior, o medidas que requieran un proceso legal o judicial, antes de hacer un esfuerzo razonable para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia económica en virtud de esta política. La actividad de cobro, incluida cualquier medida extraordinaria de cobranza, procederá como se describe en la Política de facturación y cobro de Summa Health System.
- Política HCAP de Summa Health System: Summa Health System participa en el Programa de garantía de atención hospitalaria (HCAP) de Ohio. Summa Health System sigue las pautas estatales de la política HCAP. El HCAP cubre los servicios básicos hospitalarios médicamente necesarios.
- Descuentos para pacientes sin seguro de Summa Health System: los pacientes sin seguro que no reciben un descuento en virtud del HCAP o la Política de asistencia económica de Summa Health System son elegibles para recibir el descuento para pacientes sin seguro en los servicios de emergencia y necesarios desde el punto de vista médico.

A los efectos de esta póliza, los servicios médicamente necesarios incluyen los servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o dolencia, o los síntomas de una enfermedad, lesión, afección o dolencia que cumplan con los estándares médicos aceptados.

La Política de asistencia económica no cubre los servicios que no son médicamente necesarios. Algunos servicios están

excluidos. La lista que figura a continuación es un ejemplo de los servicios excluidos y no los incluye todos.

- Servicios estéticos
- Implantes penianos, cabestrillos, reversión de vasectomía
- Cuidados en la maternidad subrogada
- Infertilidad
- Cirugías bariátricas
- Lentes de contacto o lentes implantables especializados
- Servicios para los que se elaboró una tarifa global

A los servicios reconstructivos necesarios desde el punto de vista médico se aplican las tarifas con descuentos por pago por cuenta propia.

1. Los pacientes deben seguir las normas de su plan de salud para que se apliquen las tarifas con descuentos.
2. Los pacientes que opten por recibir servicios no contratados o “fuera de la red” de Summa Health no son elegibles para recibir la tarifa de asistencia económica.
3. Los pacientes que opten por recibir los servicios cuando no hayan obtenido la autorización de su compañía de seguros no serán elegibles para las tarifas con descuentos. A estos pacientes se les pedirá que firmen un aviso de responsabilidad financiera (FRN) antes de que se presten los servicios y se esperará el pago completo antes de que se presten los servicios.
4. Si una compañía de seguros niega la autorización para la prestación de un servicio por no estar cubierto o por haberse superado el nivel de beneficio, el paciente no será elegible para la tarifa de asistencia económica de responsabilidad del paciente/autofinanciación del paciente.
5. Los pacientes no son elegibles para recibir la tarifa de asistencia económica de responsabilidad del paciente/autofinanciación del paciente si tienen un seguro que autorice la prestación de los servicios o los cubra. Esto aplica si la responsabilidad del paciente después del seguro es superior a la tarifa con descuento de responsabilidad del paciente/autofinanciación del paciente.

Proveedores cubiertos por la política de asistencia económica de Summa Health System

Puede encontrar listas detalladas de proveedores cubiertos y no cubiertos por la Política de asistencia económica de Summa Health System en el enlace a continuación: <https://www.summahealth.org/patientvisitor/insuranceandbilling/financialassistance>

Las listas son exactas a partir de la fecha indicada y se actualizarán cuando sea necesario, pero con una frecuencia trimestral como mínimo. Los porcentajes de descuento reales pueden variar para cada uno de los proveedores enumerados, ya que cada uno puede tener un importe generalmente facturado único.

Información adicional sobre esta política:

- Incluye criterios de elegibilidad para recibir asistencia económica.
- Describe las bases para calcular los importes cobrados a los pacientes elegibles para recibir asistencia económica en virtud de esta política.
- Describe el proceso que las personas deben seguir para solicitar asistencia económica.
- Describe las medidas que se adoptan durante el proceso de solicitud de asistencia económica.
- Describe cómo Summa Health System dará a conocer ampliamente la política en la comunidad.

1. Requisitos para recibir asistencia económica

Se considerará la posibilidad de conceder asistencia económica a aquellas personas que no tengan seguro o tengan un seguro insuficiente con un plan de seguro contratado para cubrir sus

gastos médicos y que no puedan pagar para recibir atención, en función de la determinación de la necesidad económica de acuerdo con esta política. Esto puede incluir cualquiera de las siguientes condiciones:

- a. La persona no tiene cobertura de seguro de responsabilidad civil.
- b. La persona es elegible para recibir asistencia pública, pero un servicio en particular no está cubierto.
- c. Se agotaron los beneficios de Medicare o Medicaid y la persona ya no tiene capacidad de pago.
- d. La persona está asegurada con un plan de seguro contratado, pero califica para recibir asistencia en función de sus necesidades económicas para pagar su saldo después del seguro.
- e. La persona cumple con los requisitos del Programa de garantía de atención hospitalaria (HCAP) de Ohio.
- f. Si el ingreso familiar anual bruto de la persona es de hasta el 250% de las Pautas Federales de Pobreza (FPG), la persona es elegible para recibir atención gratuita.
- g. Si los ingresos familiares brutos anuales de la persona se encuentran entre el 251 % y el 400 % del FPG, la persona es elegible para recibir atención con un descuento sobre los cargos brutos hasta los “importes generalmente facturados” a los pacientes asegurados por dicho servicio. Tal y como se utiliza en el presente documento, el término “importes generalmente facturados” tiene el significado establecido en el artículo 501(r)(5) del Código de Rentas Internas (IRC) y en cualquier normativa u otra directriz emitida por el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos o el Servicio de Impuestos Internos que defina dicho término. Consulte el Anexo A para obtener una explicación detallada de cómo se calculan los “importes generalmente facturados”.
- h. Una vez que Summa Health ha determinado que un paciente es elegible para recibir asistencia económica basada en los ingresos, esa determinación es válida durante 6 meses antes de la fecha del servicio y 6 meses después de la fecha del servicio. Después de que haya finalizado el período aprobado, el paciente deberá completar una nueva Solicitud de asistencia económica y proporcionar la verificación de ingresos solicitada para solicitar asistencia económica adicional.

2. Criterios de elegibilidad

- a. Para determinar la elegibilidad de una persona, se utilizan las Pautas federales sobre el límite de pobreza, así como las definiciones del tamaño de la familia y los ingresos familiares. Las Pautas federales sobre el límite de pobreza se publican anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos; <https://www.hhs.gov> (ver Anexo A)
- b. Summa Health System calcula el importe generalmente facturado mediante un método retroactivo basado en reclamaciones permitidas por Medicare de pago por servicio durante un período renovable de 12 meses. Consulte el Apéndice A para obtener una explicación detallada de cómo se calculan los importes generalmente facturados.
- c. Asistencia económica de Summa Health System: los ingresos familiares de la persona deben ser superiores al 250 % e inferiores o iguales al 400 % de los límites federales de pobreza (FPL) vigentes para calificar para una reducción (véase el Anexo A). No se cobrará a ningún paciente que sea elegible para recibir asistencia económica un monto superior a los importes generalmente facturados (AGB). Esto podría dar lugar a un ajuste parcial de los gastos facturados para las personas sin seguro, o un ajuste parcial de los gastos facturados para las personas con seguro sobre la responsabilidad restante del paciente tras el pago del seguro.
- d. Asistencia económica de Summa Health System: los ingresos familiares de la persona deben ser iguales o inferiores al 250 % de los límites federales de pobreza (FPL) vigentes para calificar para una reducción del 100 % de los gastos aplicables. Esto da lugar a un ajuste completo de los gastos facturados para las personas elegibles sin seguro, o un ajuste completo de los gastos facturados para las personas elegibles con seguro sobre la responsabilidad restante del paciente tras el pago del seguro.
- e. Los formularios de solicitud de asistencia económica se tendrán en cuenta durante un máximo de tres (3) años después del primer resumen de facturación posterior al alta, y se considerarán válidos

durante seis (6) meses después de la última fecha de aprobación de la solicitud.

- f. Los ingresos pueden verificarse mediante la solicitud de una declaración financiera personal o la obtención de copias del último formulario W-2 del solicitante, el último formulario de impuestos, extractos bancarios o cualquier otro tipo de documentación que respalde los ingresos declarados. Summa Health System puede solicitar aclaraciones verbales sobre los ingresos, el tamaño de la familia o cualquier información que pueda resultar confusa en la solicitud.
- g. La documentación recibida que respalde la verificación de ingresos debe conservarse en los archivos del paciente para referencia futura durante un mínimo de seis (6) años.
- h. Programa de garantía de atención hospitalaria (HCAP): las personas con un nivel de ingresos igual o inferior al 100 % de los límites federales de pobreza (FPL) pueden ser elegibles para participar en este programa estatal de Ohio que incluye la prestación de servicios de emergencia y necesarios desde el punto de vista médico. La calificación para el HCAP se realiza de acuerdo con las regulaciones estatales y sustituye a la Política de asistencia económica de Summa.
- i. Summa Health System se reserva el derecho de considerar un descuento o atención con descuento a cualquier individuo que pueda quedar fuera de los parámetros establecidos en esta política, cuando se haya identificado, a discreción exclusiva del centro hospitalario, que dicho individuo tiene circunstancias médicas excepcionales (es decir, enfermedad terminal, exceso de facturas médicas o medicamentos, etc.). Estos casos deben ser presentados por el director de System al vicepresidente para su consideración y aprobación por el director financiero o su designado.
- j. La Política de asistencia económica de Summa no cubre procedimientos dentales cosméticos y no necesarios desde el punto de vista médico.

3. Limitación de cargos para todos los pacientes elegibles para recibir asistencia económica:

- a. A ningún paciente que califique para alguna de las categorías de asistencia económica mencionadas anteriormente se le cobrará más que el porcentaje de importes generalmente facturados (AGB) de los cargos brutos por Servicios Elegibles, como se define a continuación.
- b. Summa Health System proporciona asistencia económica a los pacientes que cumplen con los criterios de elegibilidad descritos en la Política de Asistencia Económica. Después de que la cuenta del paciente se reduzca mediante el ajuste de asistencia económica en función de la política, el paciente/garante es responsable del pago del resto de la factura pendiente, que no deberá ser superior al importe generalmente facturado a individuos con cobertura de seguro.
- c. Summa Health System ha determinado el importe generalmente facturado mediante un método de actualización basado en reclamaciones permitidas por Medicare de pago por servicio durante un período renovable de 12 meses.

4. Solicitud de asistencia económica

- a. El paciente completará el formulario de solicitud de asistencia económica de Summa Health System en línea, con la ayuda de un defensor financiero, o enviará por correo una solicitud impresa.
 - i. La presunción de elegibilidad puede utilizarse para justificar y documentar la asistencia económica en determinadas circunstancias (por ejemplo, si el paciente no tiene hogar) en ausencia de un formulario de solicitud de asistencia económica cumplimentado.
 - ii. Summa Health System puede utilizar los recursos disponibles (por ejemplo, soluciones tecnológicas, organizaciones de servicios, etc.) para obtener información como la propensión a pagar con el fin de ayudar a determinar si un paciente se presume elegible para recibir asistencia económica. Cuando un paciente no presenta una solicitud de asistencia económica o documentación justificativa, el hospital puede revisar los informes crediticios y otra información pública disponible para determinar, de acuerdo con los requisitos legales aplicables, el tamaño

estimado de la unidad familiar y las cantidades de ingresos para determinar la elegibilidad para recibir asistencia económica. Los pacientes califican según las pautas de la escala variable de la política financiera (Anexo A) junto con la Política de asistencia económica.

iii. Se aceptan firmas electrónicas.

b. Los representantes financieros de los pacientes están a su disposición para ayudarlos a cumplimentar el formulario de asistencia económica.

Consulte la página 8 para obtener más información sobre los representantes financieros de los pacientes.

5. Medidas que Summa Health System adopta durante el proceso de solicitud de asistencia económica

a. Disposición de la Política de asistencia económica de Summa Health System:

- i. Se incluye en las condiciones del formulario de inscripción.
- ii. Se incluye en el resumen de facturación del paciente.
- iii. Está publicada en
<https://www.summahealth.org/patientvisitor/insuranceandbilling/financialassistance>

Si no se presentó ningún formulario de solicitud de asistencia económica en al menos un período de 120 días a partir de la fecha siguiente al primer resumen de facturación posterior al alta, Summa Health System puede tomar las medidas que se indican en la Política de facturación y cobro.

Solo se revisarán las solicitudes de asistencia económica debidamente cumplimentadas. Una solicitud se considera completa si se completan todos los campos de la solicitud, se recibieron todos los documentos solicitados y un representante de los servicios de asistencia en materia de cobertura revisó la información y consideró que el paciente no es elegible para otras oportunidades de cobertura. Después, se procesa la solicitud de asistencia económica y se toma una decisión al respecto en el plazo previsto. Cuando un paciente o su garante puedan ser elegibles para recibir cobertura a través de programas de asistencia médica, el intercambio de beneficios de salud o se determine que reúnen los requisitos para recibir cobertura médica retroactiva a través de los programas de asistencia médica, Summa Health proporcionará asistencia al paciente o al garante para solicitar dicha cobertura. Se puede negar la asistencia económica si el paciente o su garante no realizan esfuerzos razonables para cooperar con Summa Health y ayudarlo.

Solicitudes incompletas: Si una solicitud está incompleta o el paciente no proporcionó la información solicitada o no tomó las medidas requeridas por un representante de Summa Health, se le notificará al paciente por escrito por correo sobre la solicitud incompleta y lo que se necesita para procesar la solicitud.

Medidas a tomar en caso de falta de pago

Las ECA (medidas extraordinarias de cobranza) solo se producen después de haber realizado todos los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia económica. Summa Health proporciona a todos los pacientes 240 días a partir de la fecha de la primera factura posterior al alta para solicitar asistencia económica antes de que se tome cualquier medida extraordinaria de cobranza por falta de pago. Todos los pacientes disponen de 30 días para llegar a acuerdos financieros en relación con su factura antes de que se tome una ECA, ya sea dentro o fuera del plazo de 240 días.

6. La Política de asistencia económica, el formulario de solicitud de asistencia económica y el resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia económica son públicas y están a disposición de las personas a las que se les presta servicio en inglés, español, árabe, nepalí, birmano y coreano. Estos son los idiomas apropiados para las áreas de servicio de Summa Health System.

a. Sitio web: Summa Health System publicará de forma destacada y visible la versión completa y actualizada de los siguientes documentos en su sitio web:

- i. Política de asistencia económica (FAP)
- ii. Formulario de solicitud de asistencia económica
- iii. Resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia económica
- iv. Información de contacto del representante financiero de pacientes de Summa Health System

b. Carteles: los carteles de Summa Health System se expondrán de forma visible en lugares públicos de las instalaciones hospitalarias, incluidos todos los puntos de admisión y las zonas de registro, incluidos los servicios de urgencias.

c. En persona: los representantes de acceso de pacientes y los representantes financieros de pacientes ofrecerán a los pacientes la solicitud de asistencia económica, de forma gratuita, que se utilizará para determinar la elegibilidad para acceder a todos los programas de asistencia. Las personas que hablen un inglés limitado o nulo, o que tengan problemas de audición, dispondrán de un método de interpretación gratuito.

7. Los pacientes/garantes deberán cooperar en el suministro de información de terceros, incluida información sobre accidentes de tráfico u otros accidentes, solicitudes de coordinación de beneficios, información preexistente u otra información necesaria para procesar la reclamación, incluida la cooperación en la solicitud de beneficios de Medicaid. La asistencia económica de Summa Health puede denegarse si el paciente/garante no coopera.

Asistencia económica en situaciones catastróficas:

Summa Health System define “situaciones catastróficas” como gastos médicos incurridos que resulten en deudas a cargo del paciente superiores al 25% de los ingresos brutos anuales familiares.

Representantes financieros de pacientes:

Los representantes financieros de los pacientes están a su disposición para responder a preguntas sobre la asistencia económica, acuerdos de pago, cobertura de seguro, Medicare y otras consultas financieras. Las personas que hablen un inglés limitado o nulo, o que tengan problemas de audición, dispondrán de un método de interpretación gratuito.

Para obtener más información sobre la asistencia económica, llame al número que aparece a continuación o visite:

- Summa Akron City Campus
(330) 375-6685
Central Registration
141 N Forge Street
Akron, OH 44304
- Summa Barberton Campus
(330) 615-3236
Central Registration
155 5th Street NE
Barberton, OH 44203

Para obtener un presupuesto de servicio, llame al (234) 312.5173

Servicios contables para pacientes:

Comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente de Servicios contables para pacientes de Summa al 330.278.0160. Los representantes están a su disposición de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Aviso para los residentes de Ohio: Programa de garantía de atención hospitalaria (HCAP):

Summa Health System ofrece, sin cargo alguno para el paciente, servicios hospitalarios básicos y médicamente necesarios a personas residentes en Ohio que no sean beneficiarias de Medicaid y cuyos ingresos sean iguales o superiores a los límites federales de pobreza. Los servicios cubiertos son los servicios de hospitalización y ambulatorios cubiertos por el Programa Medicaid de Ohio, a excepción de los servicios de trasplante y los servicios relacionados con los trasplantes. Los beneficiarios de ayuda económica por discapacidad califican para recibir asistencia. La residencia en Ohio se determina por el hecho de que una persona viva en Ohio voluntariamente y no reciba asistencia pública en otro estado. Las solicitudes de asistencia económica para residentes de Ohio se tramitarán primero para participar en el programa HCAP y, luego, estarán sujetas a las disposiciones de esta Política de asistencia económica.

ANEXO A

Pautas de ingresos de 2025: en vigor a partir de la fecha de servicio del 1/1/2025

Programa de garantía de atención hospitalaria de 2025		Programa de asistencia económica	
Tamaño de la familia		Ingreso familiar bruto del 250% o menos: 100% de descuento en cargos brutos	Ingreso familiar bruto de entre 250% y 400%: descuento del 86%
1	\$15,650	\$39,125	\$62,600
2	\$21,150	\$52,875	\$84,600
3	\$26,650	\$66,625	\$106,600
4	\$32,150	\$80,375	\$128,600
5	\$37,650	\$94,125	\$150,600
6	\$43,150	\$107,875	\$172,600
7	\$48,650	\$121,625	\$194,600
8	\$54,150	\$135,375	\$216,600
Nivel de descuento o	100 %	100 %	86% AGB

Se debe añadir 5500.00 por cada persona adicional

Por **“familia”** se entiende el paciente, su cónyuge (independientemente de que viva o no en el domicilio) y todos los hijos del paciente, naturales o adoptivos, menores de 18 años que vivan en el domicilio. **Si el paciente es menor de 18 años**, la “familia” incluirá al paciente, a sus padres naturales o adoptivos *(independientemente de que vivan o no en el domicilio) y a los hijos menores de 18 años de los padres que vivan en el domicilio.

Los hijastros y los nietos, a menos que hayan sido adoptados legalmente, no se cuentan en la familia a efectos de estos programas.

Adenda de asistencia económica para farmacias especializadas al Programa de asistencia económica para hospitales

Objetivo: Esta adenda a la Política de asistencia económica del hospital (“Política de FAP”) describe el proceso y las circunstancias limitadas en las que se permite reducir o eximir los montos de costo compartido adeudados por recetas de farmacias especializadas. La Política de FAP es complementar el Programa de Asistencia económica del Hospital ayudando a los pacientes que atraviesan dificultades económicas a obtener medicamentos especializados, mejorar los resultados clínicos a través de una mejor adherencia a la medicación y mejorar la calidad de vida. Esto se aplica a personas que no tienen seguro, que tienen un seguro insuficiente o que pagan por sí mismas. Esta adenda se aplica solo a la farmacia especializada y cuando una persona tiene necesidades económicas o cuando las medidas razonables para cobrar los montos de costo compartido no han dado resultado.

Ningún miembro de Summa Health System puede ofrecer, pagar, solicitar o recibir ninguna remuneración para inducir o recompensar la derivación de servicios reembolsables por un programa federal de atención médica, a menos que se aplique una excepción legal o una salvaguardia reglamentaria.

Puntos clave:

- Esta adenda es distinta de la Política de FAP y solo se aplica a los medicamentos recetados de farmacias especializadas dispensados por Summa Health.
- No se realizarán reducciones ni exenciones de costos compartidos de manera rutinaria ni se ofrecerán como parte de ningún anuncio o solicitud.
- Las reducciones o exenciones de costos compartidos solo se ofrecen después de que la persona indica una necesidad económica, como por ejemplo la incapacidad de pagar los montos de costos compartidos.
- Las reducciones o exenciones de costos compartidos solo se ofrecen después de determinar, de buena fe, que el paciente tiene necesidades económicas.

Cumplimiento normativo:

- La adenda está estructurada para cumplir con las salvaguardias regulatorias y las excepciones a la remuneración que permiten la asistencia económica en caso de necesidad económica *de buena fe* establecidas en el artículo 42. Artículo 1320a-7b(b)(3)(G) del Código de los Estados Unidos (USC), artículo 1001.952(k) del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR), 1320a-7a(i)(6)(A) del Título 42 del USC y 1003.110 del Título 42 del CFR.

Política:

1. Medidas preliminares de necesidad económica:

- 1.1. Se deben tomar las siguientes medidas antes de ofrecer reducciones o exenciones de costos compartidos:
 - 1.1.1. Se exploran alternativas terapéuticas y, si corresponde, se contacta al médico que emite la receta para identificar una opción más asequible para el paciente.
 - 1.1.2. El médico que receta el medicamento confirma que es medicamento necesario para tratar la condición del individuo.
 - 1.1.3. Se han agotado todas las demás opciones de asistencia económica elegibles de pagadores, patrocinados por terceros y/o fabricantes.

2. Calificación de necesidad económica:

- 2.1. El ingreso familiar bruto del paciente es igual o menor al 250% de las Pautas Federales de Pobreza más recientes.
- 2.2. El término «ingresos familiares brutos» incluye, entre otros, los ingresos brutos del garante y su cónyuge procedentes de empleo, incapacidad temporal, incapacidad permanente, desempleo, seguridad social, pensiones del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA), asignaciones militares, pensiones e ingresos accesibles de cuentas fiduciarias, ingresos por cuenta propia, ingresos procedentes de sociedades,

sociedades anónimas de tipo S, sociedades de responsabilidad limitada (LLC), e ingresos por alquiler de propiedades.

- 2.3. Para calificar para reducciones o exenciones en los costos compartidos de farmacias especializadas, la persona debe indicar necesidad económica, completar una solicitud y proporcionar lo siguiente:
 - 2.3.1. Talones de pago de nómina de los últimos tres meses.
 - 2.3.2. La declaración de impuestos más reciente (si no están disponibles los talones de pago de la nómina).
 - 2.3.3. Registros de desempleo.
 - 2.3.4. Documentación de beneficios gubernamentales; y/o
 - 2.3.5. Cualquier otra documentación financiera que el hospital solicite razonablemente.
- 2.4. La persona debe certificar que toda la información proporcionada es verdadera.
- 2.5. La necesidad financiera se determina caso por caso, de manera individualizada, utilizando los mismos criterios de elegibilidad que en la Política de FAP, Anexo A.
 - 2.5.1. Un tercero puede ayudar a determinar la necesidad económica en virtud de la orientación de Summa Health.
- 2.6. Toda la documentación utilizada para determinar la elegibilidad financiera debe mantenerse y estar disponible para su revisión por parte de Summa Health.
- 2.7. El beneficiario de la asistencia económica deberá someterse a un proceso de revisión cada seis (6) meses.
- 2.8. Una persona no calificará para reducciones o exenciones de costos compartidos si el pagador de la persona asegurada prohíbe la asistencia con el copago, incluso si la persona demuestra necesidad económica.

3. Asistencia adicional para los beneficiarios de Medicare:

- 3.1. Esta política no prohíbe a las personas participar en programas de asistencia para medicamentos recetados elegibles.

4. Modificación de la política:

- 4.1. Summa Health System se reserva el derecho de editar, modificar o eliminar esta adenda a la política de FAP en cualquier momento.

Referencias:

[42 CFR 1001.952\(k\)\(3\)](#)