

Estado actual: Activo		N.º de ID de PolicyStat: 10694848	
 THE UNIVERSITY OF KANSAS HEALTH SYSTEM	Vigente desde:	01/2018	
	Aprobado:	11/2021	
	Última revisión:	03/2020	
	Próxima revisión:	12/2022	
	Propietario:	Colette Lasack: VP, Operaciones del ciclo de ingresos	
	Área:	Administración fiscal	
	Etiquetas:		
	Aplicabilidad:	UKHS: Great Bend Campus - Clinics/ UKHS: Great Bend Campus - Hospital/TUKHS Kansas City Division	
Aprobación financiera			
ALCANCE:			
The University of Kansas Health System asume el compromiso de prestar servicios médicamente urgentes a los pacientes sin perjuicio de su capacidad de pagar. Esta política aplica a todos los pacientes programados que hayan recibido servicios en el Sistema de salud, pero la prestación de atención caritativa y la asistencia financiera no obligan al Sistema de salud a proporcionar atención continua, a menos que los servicios y el apoyo sean exclusivos de nuestra organización. Las excepciones a esta política incluyen:			
A. Servicios de urgencia/emergencia, incluidos todos los servicios cubiertos de acuerdo con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (EMTALA); B. Los pacientes de trasplantes dentro del alcance de la Política de trasplantes de órganos sólidos (ver Anexo C); C. Los ciudadanos extranjeros que residen fuera de Estados Unidos dentro del alcance de la Política de pacientes internacionales (ver el Anexo B); D. A menos que esté específicamente cubierto por un seguro o requerido para un procedimiento: 1. Consejería genética. 2. Servicios cosméticos o electivos. 3. Servicios dentales. 4. Endocrinología reproductiva. 5. Procedimientos experimentales y de investigación. 6. Servicios generalmente no cubiertos por los estándares de la industria. E. Las personas identificadas que no pueden cumplir con los procedimientos a causa de discapacidades mentales y físicas. F. Excepciones legales según las pautas del Departamento de Cumplimiento/Legal de The University of Kansas Health System; G. Pacientes que reciben atención de un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC);			

OBJETO:

Esta política proporciona las pautas para asegurar de manera financiera el reembolso adecuado de los servicios programados para pacientes y manejar las expectativas de los pacientes de la responsabilidad financiera antes de la prestación de atención. Este documento describe los criterios para determinar el riesgo financiero, así como también los criterios de cumplimiento de los pacientes para la resolución del riesgo financiero.

DEFINICIONES:

Aprobación financiera: proceso para asegurar que las obligaciones financieras y administrativas se cumplan antes del servicio programado.

Medicamento urgente: servicios considerados necesarios por parte del médico que los solicita en la fecha del servicio programado inicialmente.

Certificación previa: el proceso mediante el cual el personal del sistema de salud se comunica con la compañía de seguro del paciente (o tercero intermediario) y la compañía de seguro confirma la elegibilidad y reúne información antes de la admisión del paciente y los procedimientos y servicios ambulatorios seleccionados. La compañía de seguros proporciona un número de certificación previa y la cantidad de días que el paciente está cubierto para la admisión.

Autorización previa: reconocimiento y aprobación por parte del asegurador del paciente de que el paciente estará recibiendo servicios médicos específicos dentro de un período de tiempo especificado. La compañía de seguros proporciona un número de autorización para los servicios.

Sin seguro: el paciente no tiene cobertura de terceros para ayudar con la responsabilidad financiera de los servicios médicos.

Sistema de salud: The University of Kansas Health System

Seguro insuficiente: el paciente tiene cobertura de terceros pero según sus beneficios el paciente será responsable de una parte significativa de la responsabilidad financiera.

Atención administrada: un sistema para prestar atención de salud diseñado para controlar los costos a través de programas administrados en los que el médico acepta limitaciones en la cantidad a cobrar por la atención médica y se le proporciona al paciente un grupo específico de médicos contratados.

Responsabilidad legal ante terceros (TPL): el pagador con TPL es el pagador en última instancia en casos de accidente y responsabilidad legal. Esta cobertura es de la parte que se determine responsable legal del accidente o lesión. Este pagador puede ser, entre otras cosas: aseguradoras de automóviles, de responsabilidad legal personal o comerciales (esto no incluye la cobertura de pagos por lesiones personales (PIP) de aseguradores de automóviles).

POLÍTICA

A. La política y los procedimientos de aprobación financiera aplicarán a las siguientes categorías de riesgo financiero:

1. Sin seguro/No cubierto: pacientes que no tienen una cobertura de seguro de salud activa o cuyo seguro no cubre los servicios programados;
2. Deuda esperada alta/Seguro insuficiente: pacientes que deben \$5,000 o más por los próximos servicios;
3. Sin certificación/autorización previa: pacientes sin una certificación previa/autorización previa de su compañía de atención administrada si es necesario para los servicios; y
4. Datos fundamentales incompletos: pacientes que no tienen los elementos fundamentales necesarios para verificar su elegibilidad (es decir, comprobante de seguro, diagnóstico).

B. Procedimientos/estándares y roles y responsabilidades

Durante el proceso de programación y registro previo para servicios no urgentes/que no son de emergencia,

se seguirán los siguientes pasos para asegurar financieramente la cuenta por categoría de riesgo:

C. Sin seguro/No cubierto

1. Los servicios del paciente pueden reprogramarse o aplazarse si el paciente se niega a ayudar al personal a proporcionar la información financiera o demográfica necesaria para establecer:
 - a. La elegibilidad para el seguro actual;
 - b. El potencial para ser elegible para el seguro de Medicaid o el Intercambio de seguro de salud durante los períodos de inscripción abiertos;
 - c. La capacidad de pagar por los servicios como un pago particular; y
 - d. La necesidad de asistencia financiera.
2. Los pacientes que pretenden recibir servicios no cubiertos por su asegurador (es decir, servicios no cubiertos) o que están asegurados con un asegurador no contratado serán registrados como pago particular de acuerdo con los procedimientos del departamento.

D. Deuda esperada alta/Sin seguro: ver Todos los pacientes

E. Sin certificación/autorización previa:

1. Si los servicios requieren autorización previa por parte de la compañía de seguros del paciente, se requiere un número de autorización válido antes de dos (2) días hábiles de la fecha del procedimiento para asegurar la cuenta financieramente y evitar que el servicio se re programe o aplace.
2. Si no obtiene una autorización, el paciente puede elegir proceder con el servicio después de pagar la deuda estimada del paciente, y será informado de su responsabilidad de pagar los cargos restantes y deberá firmar un Aviso previo de no cobertura del beneficiario (ABN) o renuncia si el asegurador no autoriza su servicio.

F. Datos fundamentales incompletos:

1. Los elementos de conjunto de datos mínimos (MDS) se deben asegurar al momento de la programación siempre que sea posible.
2. Todos los elementos de datos fundamentales que falten se deben entregar hasta dos (2) días hábiles antes de la fecha del procedimiento para asegurar la cuenta financieramente y evitar que el servicio se retrase o aplace.
3. El paciente o el médico que hace la orden debe proporcionar información de cobertura de seguro de terceros o identificarse como pagador particular. Esta información se usa para determinar la deuda potencial del paciente y la capacidad de pagar los cargos incurridos como resultado de los servicios prestados en los centros médicos.

G. Todos los pacientes

1. Todas las deudas estimadas de los pacientes por los servicios no urgentes/que no son de emergencia se cobran antes o en el momento del servicio e incluyen los copagos, deducibles, coseguros y saldos pendientes de acuerdo con las Pautas de arreglo de pagos.
 - a. Deuda del próximo servicio: si el paciente tiene una deuda de \$5,000 o más, el paciente deberá pagar un depósito de acuerdo con las Pautas de arreglo de pagos para evitar que se aplace el servicio. Se solicitará un arreglo de pagos para todas las deudas no pagadas en su totalidad.
 - b. Plan de pagos existente: si un paciente tiene un plan de pagos existente y está al día con los pagos, entonces solo deberá la deuda nueva estimada de acuerdo con las pautas de arreglo de pagos. Las deudas restantes adeudadas después de pagado el pago mínimo se aplicarán a un plan de pagos revisado.
2. Si hay que reprogramar debido a la falta de los requisitos de aprobación financiera descrita anteriormente, el personal del Sistema de salud trabajará con el consultorio del médico que hace la orden para aplazar los procedimientos programados no urgentes y dará el tiempo suficiente para obtener la información financiera requerida o el pago a fin de considerar que la cuenta está

segura financieramente antes de la fecha del servicio. Consulte la Determinación de aplazamiento del servicio en la sección 10 del procedimiento.

3. Se hará un seguimiento de los servicios aplazados y se informará a la administración de ciclo de ingresos regularmente para las revisiones de eficacia de la política.
4. Autorización médica: Todos los pacientes, incluidos los ciudadanos estadounidenses, deben presentar registros médicos (en inglés), a su cargo, para que los revise el coordinador del paciente, el navegador del paciente correspondiente u otro personal designado, dependiendo del área de negocio.
5. Los pacientes con seguro comercial tienen el derecho de elegir que no se facture a su seguro médico. Los pacientes que elijan esta opción recibirán una factura como pagadores particulares y deberán seguir la política de cobranza de pagos particulares 6468422. Si el paciente elige presentar un seguro más tarde, UKHS le dará el formulario de reclamo al paciente para que lo presente él mismo.

H. Procedimientos

1. Al momento del registro previo de un paciente para servicios no urgentes/que no son de emergencia programados, debe tener la aprobación financiera de un representante de trámites previos al servicio o representante de asesoramiento financiero (FA) durante el proceso de servicio previo. El proceso se realiza lo antes posible pero no menos de dos (2) días antes del servicio.
2. Se espera que los pacientes paguen todos los copagos y deducibles al momento del servicio. Los pacientes de pago particular deben pagar al menos \$100 de depósito al momento del servicio para las visitas ambulatorias. Todas las autorizaciones o remisiones se deben pagar al momento del servicio. Es responsabilidad del paciente obtener las autorizaciones para las remisiones del seguro de sus médicos de atención primaria. La remisión debe especificar el nombre del proveedor que verá el paciente y el rango de tiempo que cubrirá la remisión.
3. La aprobación financiera tiene en cuenta el riesgo financiero del Sistema de salud para que se haga un servicio programado. Hay cuatro (4) categorías de riesgo financiero claves para satisfacer la aprobación financiera:
 - a. Sin seguro/No cubierto.
 - b. Deuda esperada alta/Seguro insuficiente.
 - c. Sin certificación/autorización previa
 - d. Datos fundamentales incompletos
4. Si uno o más riesgos financieros no están cubiertos durante el proceso de aprobación financiera, el servicio del paciente se puede aplazar hasta lograr la aprobación financiera.
5. Sin seguro/No cubierto
 - a. Definición: Los pacientes sin cobertura de seguro de salud activa o los pacientes con seguro pero el asegurador no cubre los servicios programados del paciente. Esta población debe ser revisada por el personal de asesoramiento financiero para la revisión de pagos y cobranza de las deudas que incluyan las deudas futuras o las deudas pendientes.
 - b. Si el paciente no tiene seguro sin una cobertura de seguro de salud activa o su cobertura está pendiente, el personal de asesoramiento financiero le pedirá al paciente que pague las responsabilidades del paciente estimadas después de aplicado el descuento por pago particular, los saldos pendientes o la deuda incobrable. Si el paciente expresa la incapacidad de pagar, entonces:
 - i. Los representantes de asesoramiento financiero trabajarán con el paciente antes del servicio para determinar la elegibilidad para la inscripción en Medicaid o el seguro comercial a través del Intercambio de seguro de salud (HIX). La inscripción al HIX está limitada al período de inscripción abierta según lo determine el Departamento de

Salud y Servicios Humanos federal.

- ii. Cuando el paciente haya solicitado un plan de seguro o asistencia del gobierno, se le pedirá aplazar el servicio hasta la fecha de validez de la cobertura más algunos días adicionales para permitir la aprobación financiera según las Pautas del pagador. Se revisará primero la urgencia médica antes del aplazamiento del servicio. Consulte la Determinación de aplazamiento del servicio.
 - c. Si los servicios programados no están cubiertos según el asegurador del paciente, el paciente tendrá las siguientes opciones:
 - i. Posponer los servicios y reprogramar con un proveedor contratado. Si el paciente elige esta opción, los representantes de trámites previos al servicio se comunicarán con el consultorio del médico que hace la orden para informar de la decisión del paciente de posponer los servicios. El consultorio del médico es responsable de retirar al paciente de la agenda.
 - ii. Continuar los servicios como se planificó. El paciente será informado de que los servicios no estarán cubiertos por su compañía de seguros y deberá firmar un ABN o renuncia y se esperará que pague de acuerdo con esta política y la Política de asistencia financiera. El seguro del paciente igual se agregará en el HIS y será facturado como habría sido de otra manera.
 - d. Si un paciente tiene una deuda, se le pedirá que la pague de acuerdo con las Pautas de arreglos de pagos y establezca un arreglo de pago para el resto de la deuda.
 - e. Si el paciente se niega a pagar de acuerdo con las Pautas de arreglos de pagos, el servicio será revisado para determinar un aplazamiento. Consulte la Determinación de aplazamiento del servicio.
6. Deuda esperada alta/Sin seguro
- a. Definición: pacientes que deben \$5,000 o más por los próximos servicios. Esta población debe ser revisada por el personal de asesoramiento financiero/de trámites previos al servicio para la revisión de pagos y cobranza de las deudas que incluyan las deudas futuras o las deudas pendientes.
 - b. Si el paciente tiene una deuda esperada alta debido a un servicio futuro, deberá pagar un depósito de acuerdo con las Pautas de arreglo de pagos para evitar que se aplase el servicio. Se solicitará un arreglo de pagos para todas las deudas no pagadas en su totalidad.
 - c. Si el paciente expresa tener dificultades financieras para la deuda esperada alta antes del servicio, un representante de asesoramiento financiero podrá buscar programas que apliquen al paciente para incluir asistencia financiera de acuerdo con la Política de asistencia financiera del Sistema de salud.
 - d. Si el paciente se niega a pagar de acuerdo con las Pautas de arreglo de pagos y no califica para asistencia financiera, el servicio será revisado para determinar un aplazamiento. Consulte la Determinación de aplazamiento del servicio.
7. Sin certificación/autorización previa
- a. Definición: cuando la compañía de seguros del paciente requiera autorizaciones para los servicios, la autorización se debe obtener al menos dos (2) días hábiles antes de la fecha de servicio (por ejemplo, al final del lunes para un procedimiento programado para el miércoles) para evitar el aplazamiento del servicio.
 - b. Cuando se requiera la autorización del seguro pero no se obtenga al menos dos (2) días hábiles antes de la fecha del servicio, un representante de trámites previos al servicio se comunicará con el consultorio del médico que hizo la orden para determinar si hay un número de autorización en el archivo. Si el representante de trámites previos al servicio no puede obtener la autorización, consulte la Determinación de aplazamiento del servicio.
 - c. Si un paciente sin seguro se presenta el día del servicio sin una autorización en el archivo,

el funcionario de registro informará al paciente que se requiere la autorización pero no hay ninguna en el archivo. El funcionario de registro se comunicará con asesoramiento financiero, que aconsejará al paciente y hará lo siguiente:

- i. Comunica los intentos previos de asegurar la autorización de la oficina del médico que hace la orden y de la compañía de seguros del paciente.
- ii. Comunica si se hicieron intentos de comunicarse con el paciente antes de que llegue.
- iii. Asesoramiento financiero hace un intento final urgente de asegurar la autorización mediante la oficina del médico o pagador.
- iv. Si se asegura la autorización, el procedimiento se realiza como se planificó.
- v. Si no se puede obtener una autorización, el paciente puede elegir proceder con el servicio después de pagar la deuda estimada del paciente, y será informado de su responsabilidad de pagar los cargos restantes y deberá firmar un ABN o renuncia si el asegurador no autoriza su servicio. Si el paciente decide no proceder, consulte la Determinación de aplazamiento del servicio.

8. Datos fundamentales incompletos

- a. Definición: el paciente no tiene los elementos de datos fundamentales necesarios para verificar la elegibilidad y asegurar la cuenta financieramente.
- b. Intento de obtener la información demográfica o de seguro que falta. El Sistema de salud pospondrá los servicios no urgentes/que no son de emergencia si no se pueden obtener los elementos de los datos fundamentales por parte del pagador, paciente o médico. Los elementos de datos fundamentales incluyen:
 - i. Nombre del paciente
 - ii. Fecha de nacimiento del paciente
 - iii. Dirección del paciente
 - iv. Número de teléfono del paciente
 - v. Número de seguro social del paciente
 - vi. Sexo del paciente
 - vii. Médico de atención primaria (PCP) del paciente
 - viii. Información del accidente
 - ix. Información del garante (si es dependiente)
 - x. Código de CPT/Narrativa del procedimiento
 - xi. Código de diagnóstico
 - xii. Comprobante de seguro
 - xiii. Compañía de seguro/Información de la póliza grupal
 - xiv. Número de autorización (si es necesario)
- c. Si alguno de los elementos de datos fundamentales que se requieren para autorizar financieramente al paciente siguen faltando dos (2) días antes del servicio, podemos aplazar el servicio (consultar la Determinación del aplazamiento del servicio).

9. Consideraciones de cobertura pendiente

- a. Los pacientes programados que tengan pendiente la verificación de cobertura de Responsabilidad legal ante terceros (TPL) y que pretendan los servicios serán registrados

como pago particular a menos que el paciente tenga una cobertura comercial activa. Si se niega la cobertura TPL, se facturará al seguro del paciente de acuerdo con su cobertura actual. Si se verifica el TPL, la orden de facturación debería ser:

1. Seguro de automóvil del paciente para la cobertura PIP (si está relacionado con un automóvil y hay cobertura);
 2. Seguro de salud del paciente (si hay cobertura); y
 3. Cobertura TPL
- b. Los pacientes programados que tengan pendiente la verificación de reclamo de compensación del trabajador serán registrados como pago particular. Si se niega el reclamo de compensación del trabajador y no es parte de un reclamo existente o nuevo, el paciente podrá usar su seguro comercial si estuviera disponible.

10. Consideraciones especiales - Departamento de Emergencias

- a. Los pacientes que estén en tratamiento en el Departamento de Emergencias serán estabilizados de acuerdo con las pautas de EMTALA.
- b. Antes de programar la atención de seguimiento no urgente/que no sea de emergencia en la continuidad de la atención dentro del Sistema de salud, los pacientes serán remitidos a un asesor financiero para completar los pasos de la política descritos en las secciones 1-9 anteriores y serán evaluados para la Determinación de aplazamiento del servicio como se define en la sección 11 a continuación, si fuera necesario.

11. Determinación de aplazamiento del servicio

- a. Definición: el proceso usado por los representantes de asesoramiento financiero para comunicarse con el médico que hace la orden del paciente para que el médico determine si se puede aplazar el servicio a un paciente.
- b. El personal de trámites previos al servicio o de asesoramiento financiero se comunicará con el consultorio del médico para determinar si el procedimiento se puede aplazar debido a que no tiene aprobación financiera, o si el médico considera que el procedimiento es médicamente urgente y el paciente debe seguir con los servicios como se planificó.
 - i. Si el procedimiento del paciente es considerado médicamente urgente por parte del médico que hace la orden, ***el procedimiento seguirá como se planificó independientemente de la capacidad de pagar.***
 - ii. Si el médico no estuviera disponible para proporcionar una determinación de urgencia médica, ***el procedimiento seguirá como se planificó independientemente de la capacidad de pagar.***
 - iii. Los asesores financieros deben ingresar notas de la cuenta exhaustivas relacionadas con el resultado de la Determinación de aplazamiento del servicio y solicitar el estado de FPL correspondiente en Epic.
- c. Si el servicio no es médicamente urgente y se puede aplazar, el personal de trámites previos al servicio o de asesoramiento financiero notificarán al médico que hace la orden para reprogramar el servicio del paciente usando el proceso de reprogramación para la aprobación financiera.
- d. Los jefes del departamento serán notificados de los aplazamientos según sea necesario. Consultar Informes.

12. Informes

- a. Se harán esfuerzos de rastrear 1) los casos aplazados por motivos de aprobación financiera y 2) los casos para los cuales no se reunieron los requisitos financieros pero se prestaron los servicios por urgencia médica. El vicepresidente del ciclo de ingresos del Sistema de salud determinará la propiedad y distribución para el informe.

I. Aplicaciones y excepciones

1. El incumplimiento de esta política puede tener como resultado acciones disciplinarias que pueden incluir hasta el despido de los empleados o rescisión del contrato o finalización del servicio para el personal externo, los estudiantes o los voluntarios.

REFERENCIAS:

Esta sección se dejó en blanco intencionadamente.

DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS:

Formulario de evaluación financiera de atención caritativa

REVISADO/APROBADO POR:

Vicepresidente - Ciclo de ingresos, Grupo de trabajo de autorización financiera

Director - Admisión de pacientes, Grupo de trabajo de autorización financiera

Gerente asesor financiero, Grupo de trabajo de autorización financiera

Director - Servicios financieros de pacientes, Grupo de trabajo de autorización financiera

Director asistente - Servicios financieros de pacientes, Grupo de trabajo de autorización financiera

Director - Ciclo de ingresos de médicos, Grupo de trabajo de autorización financiera

Controlador del Sistema de salud, Grupo de trabajo de autorización financiera

Director - Servicios de ciclo de ingresos compartidos, Grupo de trabajo de autorización financiera

ANEXO A: PAUTAS PARA EL ARREGLO DE PAGOS

- A. Definición: Criterios usados para determinar los términos del plan de pagos del paciente para las deudas futuras o saldos pendientes.
- B. Las pautas para el arreglo de pagos se usarán para determinar los términos del plan de pagos del paciente de cualquier saldo restante o pendiente. Ese saldo no incluye copagos, que se deben pagar al momento del servicio, como está explicado anteriormente en "Procedimientos". Los términos externos son coherentes con los que estarán disponibles para los pacientes a través del prestamista para pacientes de HealthFirst Financial:

	Pautas para el arreglo de pagos	
	Saldo actual + pendiente del paciente	Términos del plan de pagos (mínimo \$25/mes)
Interno	\$0+ (Arreglo de pagos interno predeterminado para todos los saldos del paciente)	10%. Plazo de hasta 10 meses
Externo	\$0 - \$1,000	Plazo de hasta 12 meses
	\$1,001 - \$3,000	Plazo de hasta 24 meses
	\$3,001 - \$5,000	Plazo de hasta 36 meses
	\$5,001 - \$7,500	Plazo de hasta 48 meses
	\$7,501+	Plazo de hasta 60 meses

ANEXO B - PACIENTE INTERNACIONAL

ALCANCE:

El Sistema de salud se compromete en prestar atención a pacientes de primera calidad a las personas de Kansas y áreas cercanas. Esta política aplica a todos los ciudadanos no estadounidenses (pacientes internacionales) que soliciten servicios en el Sistema de salud. Las excepciones a esta política incluyen:

- A. Servicios de urgencia/emergencia, incluidos todos los servicios cubiertos de acuerdo con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (EMTALA);
- B. Los ciudadanos estadounidenses y poblaciones de pacientes dentro del alcance de la Política de aprobación financiera;
- C. Los pacientes de trasplantes dentro del alcance de la Política de trasplantes de órganos sólidos (ver Anexo C);
- D. Los pacientes dentro del continuo de atención del Sistema de salud (aprobado por los jefes clínicos y financieros), a menos que una revisión médica de un médico haya determinado que es adecuada la interrupción o aplazamiento de la atención;
- E. Las excepciones de acuerdo con las pautas del Departamento Legal/de Cumplimiento del Sistema de salud.

OBJETO:

Esta política proporciona las pautas para completar los requisitos de aprobación médica y financiera para los servicios de pacientes internacionales antes de la prestación de la atención.

DEFINICIONES:

Paciente internacional: cualquier paciente que no sea ciudadano de Estados Unidos, (EE. UU.) que resida fuera de EE. UU. y que solicite los servicios médicos del Sistema de salud.

Aprobación médica: proceso para asegurar que los registros médicos del paciente internacional sean revisados por un médico para garantizar que los servicios del Sistema de salud sean necesarios antes de programar los servicios.

Aprobación financiera: proceso para asegurar que las obligaciones financieras y administrativas se cumplan antes de los servicios programados.

POLÍTICA:

- A. La política del paciente internacional y el procedimiento requerirá completar los siguientes pasos antes de programar los servicios del paciente:
 - 1. Autorización médica:
 - a. Los pacientes deben presentar registros médicos (en inglés) para que los revise el coordinador de pacientes internacionales, el navegador del paciente internacional correspondiente u otro personal designado, dependiendo del área de negocio.
 - b. Según el diagnóstico, el personal designado coordinará con el departamento correspondiente para hacer la revisión de la historia clínica del paciente para determinar los tratamientos específicos;
 - c. El médico que hace la revisión proporcionará un plan detallado de atención para permitirle al

personal designado preparar un estimado de los cargos antes de programar los servicios.

2. Aprobación financiera:

- a. Pacientes de pago particular: los pacientes recibirán un estimado por los servicios que se debe pagar en su totalidad antes de programar los servicios.
- b. Pacientes con seguro: los pacientes proporcionarán documentación para verificar la cobertura de seguro internacional y los beneficios para los planes seleccionados aceptados por el Sistema de salud. El personal designado coordinará con el plan de seguro para asegurarse de que la cobertura del paciente esté activa, que los beneficios cubrirán su atención y se asegurarán las autorizaciones necesarias antes de programar los servicios. En caso de que los beneficios no cubran los servicios planificados, los pacientes se registrarán como de pago particular y deberán seguir los pasos del pago particular.
- c. Pacientes patrocinados por embajadas/compañías: los pacientes patrocinados por embajadas o compañías deben tener una carta de garantía válida antes de programar los servicios.

B. Aplicaciones y excepciones

1. El incumplimiento de esta política puede tener como resultado acciones disciplinarias que pueden incluir hasta el despido de los empleados o rescisión del contrato o finalización del servicio para el personal externo, los estudiantes o los voluntarios.

REFERENCIAS:

Esta sección se dejó en blanco intencionadamente.

DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS:

Esta sección se dejó en blanco intencionadamente.

REVISADO/APROBADO POR:

Vicepresidente - Ciclo de ingresos, Grupo de trabajo de autorización financiera

Director - Admisión de pacientes, Grupo de trabajo de autorización financiera

Gerente asesor financiero, Grupo de trabajo de autorización financiera

Director - Servicios financieros de pacientes, Grupo de trabajo de autorización financiera

Director asistente - Servicios financieros de pacientes, Grupo de trabajo de autorización financiera

Director - Ciclo de ingresos de médicos, Grupo de trabajo de autorización financiera

Controlador del Sistema de salud, Grupo de trabajo de autorización financiera

Director - Servicios de ciclo de ingresos compartidos, Grupo de trabajo de autorización financiera

ANEXO C - TRASPLANTES DE ÓRGANOS SÓLIDOS

ALCANCE:

El Sistema de salud está comprometido a proporcionar servicios de trasplante de órganos sólidos a sus pacientes. Esta política aplica a todos los pacientes que busquen los servicios de trasplante de órganos sólidos que no son de emergencia en el Sistema de salud. Además, la política aplica a beneficiarios de trasplantes y donantes vivos, según corresponda. Las excepciones a esta política incluyen:

- A. Servicios de emergencia o traumatismos;
- B. Servicios no relacionados con el trasplante directo;
- C. Servicios de farmacia ambulatorios;
- D. Servicios prestados más de una cantidad de días designados (es decir, varía con el trasplante) después del alta desde la admisión para trasplante;
- E. Excepciones según las pautas del Departamento Legal/de Cumplimiento del Sistema de salud.

OBJETO:

Esta política proporciona las pautas para completar los requisitos de aprobación financiera para los servicios de trasplantes de órganos sólidos que no son de emergencia y manejar las expectativas del paciente de la responsabilidad financiera antes de la prestación de la atención.

DEFINICIONES:

Aprobación financiera: proceso para asegurar que las obligaciones financieras y administrativas se cumplan antes de los servicios de trasplante de órganos sólidos programados.

Autorización previa: reconocimiento y aprobación por parte del asegurador del paciente de que el paciente estará recibiendo servicios médicos específicos dentro de un período de tiempo especificado. La compañía de seguros proporciona un número de autorización para los servicios.

Sin seguro: el paciente no tiene cobertura de terceros para ayudar con la responsabilidad financiera de los servicios médicos.

POLÍTICA:

- A. La política de trasplantes de órganos sólidos y el procedimiento requerirá completar los siguientes pasos de aprobación financiera antes de programar los servicios del paciente:
 - 1. Pacientes de pago particular:
 - a. Los pacientes no asegurados se reunirán con un asesor financiero antes de programar una cita médica.
 - b. El asesor financiero le presentará al paciente o garante el monto de depósito requerido, el que el paciente o el garante deberá pagar antes de comenzar con la evaluación de los servicios de trasplante.
 - 2. Pacientes sin seguro
 - a. Los pacientes proporcionarán documentación para verificar la cobertura de seguro y los beneficios para los planes aceptados por el Sistema de salud.
 - b. El personal de trámites previos a los servicios coordinará con la compañía de seguros para asegurar que la cobertura del paciente está activa y que los beneficios cubrirán su atención.
 - c. Las autorizaciones previas correspondientes se deben obtener junto con la evaluación de los servicios de trasplante de órganos sólidos.
 - d. En caso de que los beneficios no cubran los servicios de trasplantes o no se obtenga la autorización previa, un asesor financiero trabajará con el paciente como pagador particular, siguiendo los pasos de pago particular.
- B. Aplicaciones y excepciones
 - 1. El incumplimiento de esta política puede tener como resultado acciones disciplinarias que pueden

incluir hasta el despido de los empleados o rescisión del contrato o finalización del servicio para el personal externo, los estudiantes o los voluntarios.

REFERENCIAS:

Esta sección se dejó en blanco intencionadamente.

DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS:

Esta sección se dejó en blanco intencionadamente.

REVISADO/APROBADO POR:

Vicepresidente - Ciclo de ingresos, Grupo de trabajo de autorización financiera

Director - Admisión de pacientes, Grupo de trabajo de autorización financiera

Gerente asesor financiero, Grupo de trabajo de autorización financiera

Director - Servicios financieros de pacientes, Grupo de trabajo de autorización financiera

Director asistente - Servicios financieros de pacientes, Grupo de trabajo de autorización financiera

Director - Ciclo de ingresos de médicos, Grupo de trabajo de autorización financiera

Controlador del Sistema de salud, Grupo de trabajo de autorización financiera

Director - Servicios de ciclo de ingresos compartidos, Grupo de trabajo de autorización financiera

Nota: las políticas de The University of Kansas Health System se mantienen en medios electrónicos y están sujetas a cambios. Las copias impresas pueden no reflejar la política oficial actual.

Adjuntos

Sin adjuntos

Firmas de aprobación

Persona que aprueba	Fecha
Jennifer Palmer: Administrador de la Política del Sistema de salud	11/2021
Douglas Gaston: SVP y director financiero	11/2021
Colette Lasack: VP, Operaciones del ciclo de ingresos	11/2021

Aplicabilidad:

The Univ of Kansas Hospital, The Univ of Kansas Hospital - Ambulatory Clinics, The Univ of Kansas Hospital - Home Infusion, The Univ of Kansas Hospital - Marillac Campus, The Univ of Kansas Hospital - Specialty Surgery, The Univ of Kansas Hospital - Strawberry Hill, The Univ of Kansas Hospital- Indian Creek Campus, UKHS: Great Bend Campus - Clinics, UKHS: Great Bend Campus - Hospital