
TÍTULO: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DEL HOSPITAL

 X ADMINISTRATIVO CLÍNICO

APROBADO POR:

Equipo de liderazgo de operaciones del sistema X **FECHA DE ENTRADA EN**
VIGENCIA: 15/05/2017*

Ciclo de ingresos VP X **FECHA DE APROBACIÓN:** _____
Junta de Premier Health X **FECHA DE**
APROBACIÓN: _____

**Fechas de entrada en vigencia previas: 22/05/1992, 01/01/2011, y*

01/01/2016

EMITIDO POR: Servicios financieros para pacientes

RESPONSABLE DE LA REVISIÓN: Director de servicios financieros para pacientes

AUTORIZADO POR: _____

El Jefe financiero y la Junta del hospital

PROPÓSITO

Establecer lineamientos para decidir cuándo los Hospitales Premier Health pueden ofrecer a sus pacientes atención con descuento o gratuita bajo su Programa de asistencia financiera. Esta política se aplica a todos los hospitales Premier Health, que incluyen Miami Valley Hospital, Good Samaritan Hospital (para la fecha de servicio anterior a 07/23/18), Atrium Medical Center y Upper Valley Medical Center. En esta política, todos los hospitales se denominan colectivamente "hospitales Premier Health".

POLÍTICA

Los hospitales Premier Health tienen el compromiso de proporcionar asistencia financiera a las personas que necesiten atención de emergencia o médicamente necesaria y cumplan con los requisitos de elegibilidad para el Programa de asistencia financiera descrito en esta política. Acorde con su misión de brindar servicios de atención médica compasivos, de alta calidad y asequibles, los hospitales Premier Health se esfuerzan por asegurar que las finanzas de las personas no sean un impedimento para buscar y recibir atención de emergencia o médicamente necesaria.

Los hospitales Premier Health proporcionan a las personas, sin discriminación e independientemente de su capacidad de pago, atención médica de emergencia, en concordancia con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA), independientemente de su elegibilidad según esta póliza. Los hospitales Premier Health prohíben cualquier acción que pudiera desalentar a las personas que requieren atención médica de emergencia, como exigir que un paciente pague al Departamento de emergencias antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de emergencia, o permitir actividades de cobranza de deudas que interfieran con la prestación de atención médica de emergencia.

DEFINICIONES

Montos generalmente facturados (Amount Generally Billed, AGB): el monto que, por lo general, se cobra a los pacientes asegurados por atención de emergencia o medicamento necesaria.

Atención de emergencia: atención inmediata que es necesaria para evitar que la salud del paciente corra peligro grave, el deterioro grave de las funciones corporales y la disfunción grave de órganos o partes del cuerpo.

Acciones de cobranza extraordinarias (Extraordinary collections actions, ECA): acciones que requieren un proceso legal o judicial (gravámenes, ejecuciones hipotecarias, embargos), venta de la deuda de un individuo a un tercero, presentación de información negativa a agencias u oficinas de crédito, o postergación o denegación de atención médicamente necesaria por falta de pago de un servicio de atención médica previo.

Familia: una "familia" incluye al paciente, al cónyuge del paciente (independientemente de si vive en el hogar) y a todos los hijos naturales o adoptivos del paciente menores de dieciocho años que viven en el hogar. Si el paciente es menor de dieciocho años, la "familia" incluirá al paciente, a los padres naturales o adoptivos del paciente (independientemente de si viven en el hogar) y a los hijos naturales o adoptivos del paciente, menores de dieciocho años que viven en el hogar.

Lineamientos federales de pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG): lineamientos de pobreza que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. actualiza periódicamente en el Registro Federal, en virtud de la autoridad que otorga el Art. 42 del U.S.C., Sec. 9902(2).

Política de asistencia financiera (Financial Assistance Policy, FAP): la política del hospital que considera los ingresos, activos y el número de personas que viven en el hogar para determinar los descuentos para los pacientes.

Programa de asistencia financiera: el programa mediante el cual los hospitales Premier Health administran la FAP.

Gastos brutos: la cantidad total facturada por artículos y servicios antes de que se aplique cualquier descuento, subvenciones contractuales o deducciones.

Cuenta de ahorros para la salud (Health Savings Account, HSA): cuenta de ahorros deducible de impuestos establecida por participantes en planes de salud con deducible alto. Este dinero se debe usar para pagar gastos médicos actuales y futuros.

Programa de aseguramiento de la atención hospitalaria (Hospital Care Assurance Program, HCAP): el HCAP es el mecanismo del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio para proporcionar pagos adicionales a los hospitales que proveen una parte desproporcionada de servicios no compensados a personas indigentes o sin seguro.

Ingresos: los ingresos se definen como el salario, el sueldo, los retiros mensuales de cuentas de pensión y los recibos en efectivo antes de la deducción de impuestos. Para individuos con empleos independientes y agrícolas, se contarán los recibos que reflejen gastos comerciales razonables. Otras fuentes de ingreso pueden incluir la pensión alimenticia, manutención infantil, beneficios para veteranos y compensación por desempleo.

Pacientes en estado de indigencia desde el punto de vista médico: pacientes sin seguro que se encuentran por encima del 300% de las FPG y que a criterio de Premier Health no tienen la capacidad de pagar una parte de sus facturas médicas debido a que estas exceden el 15% del ingreso anual familiar y de activos, a pesar de que cuentan con suficientes ingresos o activos elegibles que excederían los requisitos de elegibilidad generalmente aplicables para la atención gratuita o con descuento bajo esta política.

Atención médicamente necesaria: los servicios básicos médicamente necesarios a nivel hospitalario se definen como todos los servicios que se prestan a pacientes internados y ambulatorios cubiertos bajo el programa Medicaid en el Código Administrativo de Ohio, Capítulo 5101:3-2. Los procedimientos cosméticos y electivos o las complicaciones relacionadas con dichos procedimientos no tienen descuento disponible bajo esta política.

Incumplimiento: ocurre cuando un paciente o garante no coopera con las solicitudes de información de parte del hospital, de un tercero pagador o de los recurso externos de pago, o agentes; ya sean del hospital o de un tercero pagador o de los recursos externos de pago.

Hospitales Premier Health: para efectos de esta política, Premier Health lo componen Miami Valley Hospital, Good Samaritan Hospital (para la fecha de servicio anterior a 07/23/18), Atrium Medical Center y Upper Valley Medical Center.

Elegibilidad presunta: el proceso a través del cual los hospitales Premier Health pueden recurrir a las determinaciones de elegibilidad previas y a la información de otras fuentes aparte de la del individuo, a fin de determinar la elegibilidad para el Programa de asistencia financiera.

Recurso de terceros: cualquier persona o entidad que pueda ser responsable del pago de las facturas médicas de un paciente. Esto incluye la cobertura que puede ampliarse al paciente a través de otra persona, entidad o póliza. Como ejemplo, entre los recursos de terceros se pueden mencionar:

1. Seguro médico.
2. Planes de salud con beneficios limitados.

3. Planes de salud con deducible alto.
4. Planes ERISA.
5. Cobertura de indemnización laboral.
6. Cuentas de ahorros médicos y cuentas de ahorros para la salud del paciente.
7. Planes de beneficios para empleados.
8. Seguro vehicular.
9. Pagos médicos o cobertura PIP.
10. Cobertura para conductores no asegurados o con seguro insuficiente.
11. Planes de seguro de indemnización.
12. Cobertura excedentaria.
13. Seguro de responsabilidad.
14. Cobertura de responsabilidad de terceros.
15. Beneficios o seguro gubernamental.
16. Cualquier otra persona o entidad que los representantes de los hospitales Premier Health identifiquen.
17. Otro tipo de cobertura para el total o parte de la factura del paciente.

Paciente sin seguro: un paciente sin seguro es aquel que no cuenta con otra fuente de pago ni de reembolso por los cargos relacionados con su atención médica. Un paciente con seguro a través de una entidad que no tiene contrato con los hospitales Premier Health o si está "fuera de la red" no se puede considerar como paciente sin seguro bajo esta póliza.

PROGRAMAS:

Los Hospitales Premier Health proporcionan servicios gratuitos o con descuento a pacientes elegibles para atención de emergencia o médicamente necesaria. Los programas de los hospitales Premier Health incluyen los siguientes:

1. Programa de aseguramiento de la atención hospitalaria (Hospital Care Assurance Program, HCAP): el programa HCAP es el mecanismo del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (ODJFS) para cumplir con las leyes federales, a fin de proporcionar pagos adicionales a los hospitales que proveen una parte desproporcionada de servicios no compensados a personas indigentes o sin seguro.
2. Programa de asistencia financiera. El Programa de asistencia financiera brinda ayuda para atención médica de emergencia y médicamente necesaria conforme al Apéndice A de esta política.
3. Programa de asistencia para casos de extrema necesidad de Premier Health. Cuando los programas anteriores no son aplicables, Premier Health se reserva el derecho de revisar individualmente las solicitudes de ayuda ante casos de extrema necesidad para pacientes en estado de indigencia desde el punto de vista médico que han demostrado dificultades financieras catastróficas, inusuales o extraordinarias. Tanto el Programa de asistencia financiera como el Programa de asistencia para casos de extrema necesidad son el último recurso, lo cual significa, que si otro programa federal o estatal está disponible para brindar ayuda, o si recursos de terceros se encuentran disponibles para pagar por el cuidado del paciente o para reembolsar al paciente

por cargos relacionados con su cuidado, deben hacerse uso de estos recursos antes de que el paciente pueda ser elegible para los programas de Premier Health.

Los pacientes que no cumplen los requisitos para ninguno de los programas mencionados anteriormente, y en consecuencia, no son elegibles bajo esta política, pueden ser elegibles para otros descuentos por servicios de emergencia o médicamente necesarios que son administrados fuera de esta política.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD:

El Programa de asistencia financiera de los hospitales Premier Health está disponible para los pacientes que son ciudadanos de los Estados Unidos y cumplen los criterios descritos en el Apéndice A, y no califican para Medicaid, HCAP ni para otros programas subvencionados por el gobierno. Los pacientes que requieren asistencia en el marco de esta política, únicamente son elegibles para el Programa de asistencia financiera después de que los recursos de terceros se hayan agotado, de acuerdo con las exigencias de los hospitales Premier Health. Se espera que los pacientes cooperen con las solicitudes de información de los hospitales Premier Health, de los terceros pagadores o de recursos externos de pago, o agentes, ya sean estos de los hospitales Premier Health, de terceros pagadores o de recursos externos de pago. Los pacientes deben completar el proceso de solicitud de Medicaid a fin de ser elegibles para recibir asistencia financiera.

La asistencia financiera solo se proporciona para la atención que se considera de emergencia o médicamente necesaria, y después de que los pacientes hayan cumplido los requisitos financieros establecidos y descritos en esta política. Los hospitales Premier Health ofrecen asistencia gratuita y con descuento, de acuerdo con el tamaño de la familia y los ingresos familiares como un porcentaje de los Lineamientos federales de pobreza, tal como se definen en el APÉNDICE A de esta política. Asimismo, los hospitales Premier Health pueden utilizar los activos familiares para determinar si el paciente cumple los criterios de elegibilidad para recibir asistencia financiera. Los pacientes que reciben un descuento deben pagar el saldo restante y deben trabajar con un asesor financiero de Premier Health para establecer un plan de pago de acuerdo con su situación financiera.

Los hospitales Premier Health no cobrarán un monto mayor que el AGB establecido a los pacientes que son elegibles para el Programa de asistencia financiera por la atención de emergencia o médicamente necesaria, tal como se describe en esta política. No se les cobrará un monto mayor que el AGB a los pacientes que Premier Health determina que califican para el programa de asistencia para casos de extrema necesidad.

DETERMINACIÓN DEL MONTO DEL DESCUENTO

Para calcular el AGB, Premier Health utiliza el método de "actualización" que se describe en la sección 4(b)(2) del IRS y la norma final 501(r) del Tesoro.

1. Con este método, los hospitales Premier Health utilizan datos basados en reclamos permitidos por Medicaid en combinación con los pagos por servicios de Medicaid y todas las aseguradoras privadas de salud que pagan los reclamos al hospital durante el período previo de 12 meses. Cada hospital calcula su AGB por separado, no obstante, los hospitales Premier Health utilizan el mismo descuento para todos los hospitales Premier Health, los cuales ofrecen beneficios más generosos a los pacientes.

2. Luego, el porcentaje del AGB se multiplica por los gastos brutos en el caso de la atención de emergencia y medicamento necesaria para determinar el AGB. Los hospitales Premier Health vuelven a calcular el porcentaje cada año. Consulte el Apéndice (A) para conocer los porcentajes y descuentos actuales del AGB. La tasa de AGB calculada se debe aplicar antes del día 120, después del período de 12 meses.
3. Se considera que el paciente elegible para el Programa de asistencia financiera es responsable de pagar únicamente el monto del que es personalmente responsable, después de que se han aplicado todas las deducciones, los descuentos y los reembolsos del seguro. El descuento mínimo que resulta de los cálculos de AGB se aplica al monto por pagar que es responsabilidad personal del paciente, en lugar del total de la cuenta.

PROCESO DE SOLICITUD:

Para solicitar la asistencia financiera, los pacientes deben presentar una solicitud completa que incluya documentos de respaldo previa solicitud, ya sea en persona o por correo.

1. Los pacientes pueden solicitar la asistencia financiera a través del Programa de asistencia financiera antes, durante o después de recibir la atención de emergencia y medicamento necesaria, hasta 240 días después de la primera declaración posterior al alta.
2. Las solicitudes para el Programa de asistencia financiera que se usan tanto para el HCAP como para el Programa de asistencia financiera de los hospitales Premier Health están disponibles en las áreas de registro y asesoría financiera de los hospitales y en los sitios web de los hospitales Premier Health. También se pueden pedir los formularios de solicitud por correo, mediante la presentación de una solicitud dirigida a Premier Health Hospitals, PO Box 932715, Cleveland, OH 44193. Las solicitudes también están disponibles en el reverso del estado de cuenta del paciente. Las solicitudes están disponibles en inglés y en español.
3. Los horarios de atención de la oficina de asesoría financiera son generalmente de lunes a viernes entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., y puede ponerse en contacto llamando al 937-208-2777. Por lo general, existen servicios bilingües disponibles para personas de habla hispana.
4. El paciente o su representante debe firmar las solicitudes. La información en la solicitud se debe completar de acuerdo con el nombre del solicitante. Las solicitudes completas se pueden entregar a cualquier secretario de registro, asesor financiero o se pueden enviar por correo a Premier Health Hospitals, PO Box 932715, Cleveland, OH 44193.
5. Los asesores financieros de los hospitales Premier Health pueden ayudar a los pacientes que solicitan asistencia financiera a través de recursos de terceros. Si el paciente no califica para los recursos de terceros, los hospitales Premier Health revisarán la solicitud del paciente para el Programa de asistencia financiera, en virtud de esta política.

6. La información requerida en la solicitud puede obtenerse mediante entrevista personal, conversación telefónica, información enviada por fax y/o correo. Un cónyuge, pareja u otro miembro de la familia inmediata también pueden proporcionar esta información a través de una entrevista personal.
7. Además de completar la solicitud, las personas deben estar preparadas para presentar la siguiente documentación:
 - a. Prueba de ingresos del solicitante (y su cónyuge, si corresponde), como un recibo de pago, recibos de pago del seguro de desempleo o información adecuada sobre cómo los pacientes se mantienen financieramente en la actualidad.
 - b. Estado de cuenta bancario.
 - c. Declaración del Seguro Social.
 - d. Declaración de impuestos: formulario C de ingresos por empleo independiente.
 - e. Documentación de los activos familiares
8. Los hospitales Premier Health pueden usar como excepción una determinación previa de elegibilidad del Programa de asistencia financiera, a fin de determinar la elegibilidad actual, en caso de que el individuo no proporcione documentación suficiente para respaldar una determinación de elegibilidad. Además, no será necesario repetir una solicitud para servicios hospitalarios posteriores que tengan lugar en un plazo de seis (6) meses después de la fecha de firmada la solicitud.
9. Una vez que se recibe una solicitud completa, se revisa y relaciona con los porcentajes de descuento adecuados. Los porcentajes de descuento se incluyen en el Apéndice A de esta política. Una vez establecida la elegibilidad para la asistencia financiera, los hospitales Premier Health no cobrarán un monto mayor del AGB a los pacientes que sean elegibles para la asistencia financiera por la atención de emergencia y medicamento necesaria.
10. En virtud de esta política, los hospitales Premier Health reintegrarán a los pacientes aprobados para recibir asistencia financiera, cualquier pago que estos hayan realizado por cargos que excedan el total adeudado, de acuerdo con el porcentaje de descuentos del Programa de asistencia financiera.
11. Después de que se haya realizado el ajuste de la asistencia financiera, el saldo restante del paciente será tratado de acuerdo con la sección Política de cobranza que se muestra más abajo. Los términos de pago se establecerán basándose en la política de Premier Health para los acuerdos de pago. Si un paciente no puede cumplir con los lineamientos de pago establecidos, un representante autorizado de Servicios financieros para pacientes puede aprobar una excepción que le permita términos de pago más prolongados.
12. Una vez que se otorga la elegibilidad para la asistencia financiera, todos los saldos abiertos de pago por cuenta propia correspondientes a las fechas de los servicios prestados en un plazo de tres (3) meses antes de la fecha de aprobación del servicio, pueden determinarse como elegibles.

13. Solicitud para casos de extrema necesidad: después de que un paciente ha completado la solicitud de asistencia financiera y se determina que no es elegible para el HCAP o para el Programa de asistencia financiera, o no reúne los criterios de elegibilidad, Premier Health se reserva el derecho de revisar individualmente las solicitudes para casos de extrema necesidad de los pacientes en estado de indigencia médica, los cuales Premier Health determina que son elegibles debido a una situación financiera fuera de lo usual, originada por condiciones catastróficas comprobadas, inusuales o extraordinarias. Para solicitar la ayuda del Programa para casos de extrema necesidad, el paciente debe preparar una carta que describa las circunstancias inusuales y solicitar su admisibilidad junto con cualquier documentación de apoyo, y enviarla a PO Box 932715, Cleveland, OH 44193. Para que una solicitud pueda ser admisible, se requiere que el paciente declare todos sus activos, entre estos, inversiones u otros bienes de valor significativo, acciones, bonos y cualquier otra compensación que haya recibido, además, cualquier otra fuente de activos o ingresos.

ELEGIBILIDAD PRESUNTA

Hay casos en los que un paciente puede ser elegible para el Programa de asistencia financiera sin que se cuente con una solicitud completa en el expediente. La elegibilidad presunta se puede determinar sobre la base de circunstancias individuales de vida, entre estas se incluyen:

1. Ser indigente o recibir atención de una clínica para indigentes.
2. La dirección del paciente se considera de bajos ingresos o vivienda con subsidio.
3. El paciente fallece sin bienes conocidos; o
4. El paciente es elegible para otros programas no financiados por el estado o de asistencia local.

Los hospitales Premier Health pueden utilizar información adicional de fuentes externas en conformidad con los requisitos legales pertinentes, con el propósito de determinar el número de personas que viven en el hogar, el monto de los ingresos y activos, y así determinar la elegibilidad del paciente para el Programa de asistencia financiera. Entre estas fuentes se pueden mencionar: informes de crédito, información del estado o formularios de inscripción de seguro federal, y cualquier otra información disponible públicamente.

Los pacientes que cumplen los requisitos para elegibilidad presuntiva, obtendrán un descuento según el APÉNDICE A. Los pacientes supuestamente elegibles para menos de la ayuda más generosa bajo el Programa de asistencia financiera pueden presentar información adicional, la cual se describe en esta política para su revisión.

POLÍTICA DE COBRANZA: ACCIONES EN EL CASO DE INCUMPLIMIENTO DE PAGO

Los hospitales Premier Health harán los esfuerzos razonables para determinar si un individuo es elegible para recibir asistencia financiera bajo el Programa de asistencia financiera, antes de que se tomen acciones de cobro extraordinarias (ECA). Los Hospitales Premier Health no iniciarán las ECA durante al menos ciento veinte (120) días, a partir de la fecha en que el centro proporciona el primer estado de cuenta posterior al alta. Antes de que se inicie cualquier ECA, los Hospitales Premier Health:

1. Proporcionarán un aviso por escrito a la persona, que:
 - a. Indique la disponibilidad de la asistencia financiera.

- b. Identifique las ECA que los hospitales Premier Health u otros terceros autorizados pretenden iniciar para obtener el pago por la atención.
 - c. Establezca un plazo después del cual los hospitales Premier Health pueden iniciar las ECA, estas no se llevarán a cabo antes de los 30 días posteriores a la entrega del aviso impreso.
2. Proporcionarán al individuo, en lenguaje sencillo, un resumen de la Política de asistencia financiera junto con el aviso impreso.
3. Harán los esfuerzos razonables para notificar verbalmente al individuo sobre el Programa de asistencia financiera de los hospitales Premier Health y acerca de cómo se puede obtener ayuda con el proceso de solicitud.

Si el paciente devuelve la solicitud como resultado de la notificación, el procesamiento de la solicitud será más rápido.

Si se presenta una solicitud incompleta después de que los hospitales Premier Health hayan iniciado las ECA de forma adecuada, los hospitales Premier Health suspenderán las ECA y proporcionarán un aviso verbal y/o por escrito que describa la información o documentación necesaria para completar la solicitud. Se proporcionará la información de contacto de los asesores financieros o representantes de la agencia. Las ECA pueden continuar si el paciente no presenta la información solicitada dentro del período razonable establecido en las notificaciones.

Si se presenta una solicitud completa después de que se hayan iniciado las ECA, estas se suspenderán mientras la solicitud se revisa para su aprobación. Si el paciente recibe la aprobación para la asistencia financiera bajo esta política, los Hospitales Premier Health:

1. Notificarán la decisión al paciente por escrito.
2. Si el paciente es elegible para recibir menos que la atención gratuita, se deberá proporcionar un estado de cuenta que indique el monto adeudado y cómo obtener más información sobre el AGB para la atención.
3. Reembolsarán cualquier monto pagado por encima de los montos exigidos por el Programa de asistencia financiera.
4. Cancelarán cualquier ECA que se pueda revertir.

Si se determina que el paciente no es elegible para el Programa de asistencia financiera o no presenta la solicitud en el período de doscientos cuarenta (240) días, los hospitales Premier Health podrán iniciar las ECA o reanudar cualquier ECA que ya se haya puesto en efecto de manera apropiada.

Después del comienzo de las ECA, las agencias de cobranza externas estarán autorizadas a informar cuentas no pagadas a agencias de crédito y a presentar un litigio, embargo, obtener gravámenes judiciales. Se requiere aprobación previa de un representante autorizado de los hospitales Premier Health antes de que puedan iniciarse las ECA.

REQUISITOS REGULATORIOS

Al implementar esta política, los hospitales Premier Health cumplirán con todas las leyes, normas y regulaciones federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas conforme a esta política.

PROVEEDORES ELEGIBLES

Esta política se aplica únicamente a los hospitales Premier Health. Normalmente, los pacientes de los hospitales Premier Health son atendidos por grupos privados de médicos u otros proveedores externos. Estos proveedores de atención médica no están cubiertos por esta política ni tampoco participan en el Programa de asistencia financiera de los hospitales Premier Health. Sin embargo, dichos proveedores pueden tener su propio programa de asistencia financiera. Puede encontrar una lista de estos proveedores en un apéndice que se actualiza trimestralmente y no se adjunta a esta política. Las personas pueden obtener fácilmente una copia gratuita del apéndice en los sitios web individuales de los hospitales Premier Health o llamando por teléfono al Departamento de servicio al cliente al 937-208-2777.

CAMBIOS EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Los hospitales Premier Health, con la aprobación de la Junta Directiva de Premier Health, se reservan el derecho a modificar los criterios por los cuales una persona califica para el Programa de asistencia financiera en conformidad con esta política.

Los pacientes preocupados por su capacidad de pago por los servicios obtenidos o que desean obtener más información sobre la asistencia financiera, deben comunicarse con el Departamento de servicio al cliente al 937-208-2777.

APÉNDICE A

% del nivel de pobreza	Sin seguro	Asegurado
0% - 100%	100%	100%
100% - 200%	100%	N/D
200% - 300%	80%/AGB	N/D