

**TÍTULO DE LA POLÍTICA:** Política de asistencia financiera

**Departamento responsable:** Gestión de Ingresos

**Fecha de creación:** 10/22/2001

**Fecha de revisión:** 4/27/2023

**Fecha de actualización:** 9/26/2024

**PRESENTADA POR (AUTORES):** Janette Sánchez, Esq.

**Título:** Vicepresidenta corporativa de Finanzas

**APROBADA POR:** Matthew Arsenault

**Título:** Vicepresidente ejecutivo y director de Finanzas

**PUBLICADA (divulgada):** 9/26/2024

### **RESUMEN Y OBJETIVO:**

Establecer una guía para la prestación de asistencia financiera a los pacientes, que incluya una orientación sobre cómo comunicar la disponibilidad del programa y cómo registrar e informar la asistencia financiera otorgada.

### **POLÍTICA:**

En cumplimiento de su propósito benéfico y de su misión de exención fiscal, Baptist Health South Florida y cada uno de los hospitales de su propiedad y afiliados enumerados en el Anexo 1 (“BHSF” o “Baptist Health”) brindarán asistencia financiera a las personas que la necesiten. BHSF cumplirá con todas las leyes, reglamentos y directrices federales y estatales que rigen el otorgamiento y registro de la asistencia financiera. Conforme a los principios de una administración eficaz, la asignación de fondos de asistencia financiera se hará en forma anual.

Con el fin de fomentar la salud y el bienestar de la comunidad a la que servimos, las personas sin seguro y con recursos financieros limitados que no pueden acceder a los programas sociales tendrán derecho a servicios de salud conforme a los criterios establecidos. Estos criterios de elegibilidad se basarán fundamentalmente en las pautas federales de pobreza y se actualizarán anualmente junto con las actualizaciones publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Los criterios de elegibilidad podrán revisarse al alza o a la baja, según sea necesario. El objetivo de los criterios en virtud de esta política es asignar los recursos de asistencia financiera en función de la capacidad de pago del paciente.

Podrá denegarse la asistencia financiera si el paciente tiene derecho a otros recursos de cobertura, p. ej., Medicaid o un plan de seguro subvencionado del Mercado de Salud y se rehúsa a solicitar estos recursos.

Esta política se aplica a los cargos por servicios al paciente no cubiertos por ningún seguro de salud ni ninguna otra fuente de pago (p. ej., seguro de automóvil contra terceros, indemnización por accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales, etc.). Si se determina que el paciente tiene la capacidad de pagar la totalidad o parte de la factura, ello no impide que pueda realizarse una nueva evaluación de su capacidad de pago en fecha posterior. Se hará una nueva evaluación de la necesidad de asistencia financiera en los siguientes momentos:

1. prestación posterior de servicios,
2. cambio en los ingresos o,
3. cambio en el tamaño de la familia.

Esta política no rige para los servicios brindados por Express Care, Care on Demand, ni para los servicios de *concierge* de Baptist Health Medical Group. En el Anexo 1 figura la lista de proveedores que prestan servicios al amparo de esta política. En el caso de Bethesda Hospital East y West, esta política se aplica únicamente a

los pacientes de emergencias y de atención de urgencias (según la definición). Asimismo, esta política tampoco rige para las cirugías cosméticas ni ningún otro procedimiento que no sea médicamente necesario para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. Solo aplica a las tarifas de los centros y las de los médicos empleados. La política no rige para las tarifas de los médicos con consulta privada ni para la facturación de otras compañías independientes. La lista de los proveedores de atención de emergencia u otros servicios médicamente necesarios que se brindan en las instalaciones de Baptist Health en la cual se especifica qué proveedores están cubiertos por esta política y cuáles no, puede consultarse en línea en <https://baptisthealth.net/es/patient-resources/billing-and-financial-assistance/affiliated-practices-and-practitioners>.

La asignación de los servicios de asistencia financiera de BHSF se circunscribirá a los pacientes que:

1. residen:

- a. en el condado de Miami-Dade;
- b. en el condado de Broward (limitado a los servicios brindados por los proveedores incluidos en el Anexo 1, ubicados en el condado de Broward);
- c. en el condado de Palm Beach; y
- d. al norte del marcador de milla 25 en el condado de Monroe; O

2. recibieron o necesitan recibir servicios de emergencia o de atención de urgencias por un evento agudo. Si el cuadro clínico inicial del evento agudo tiene relación con una afección oncológica, cardíaca u otra afección crónica preexistente que requiera un tratamiento más allá de la estabilización por emergencia, la elegibilidad para la asistencia benéfica no se extenderá al tratamiento que no sea de emergencia (p. ej., cirugía, quimioterapia, radioterapia que no sean de emergencia). Se considerará individualmente el caso de otros solicitantes con necesidades especiales (p. ej., que no cuenten con servicios en su área geográfica), según lo permitan los recursos asignados.

A fin de ser considerado para recibir asistencia financiera, el paciente debe cooperar y brindar la información y documentación necesarias para solicitar otros recursos financieros existentes que pueden estar disponibles para pagar su atención médica, p. ej., Medicaid. Los pacientes son responsables de completar los formularios de solicitud necesarios y cooperar con todo el proceso de recopilación y evaluación de la información con el fin de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Los asesores financieros de BHSF estarán disponibles para asistir a los pacientes a llenar la solicitud.

La determinación de la necesidad de tratamiento médico de urgencia o emergencia de un paciente se basará en el juicio clínico del proveedor, independientemente de la situación financiera del paciente. Todos los pacientes serán tratados con respeto, amabilidad, equidad y cortesía en cuanto a actitud, modales y tono de voz, sin importar su capacidad de pago.

Los recursos son limitados, por lo cual se hace necesario establecer límites y directrices. Sin embargo, esto no pretende alejar a nadie ni desalentar a que las personas busquen el tratamiento que necesitan. El objetivo es asegurar que los recursos que Baptist Health puede destinar a sus pacientes se concentren en los que tienen mayor necesidad y menor capacidad de pago, más que en aquellos que eligen no pagar.

### **COMPROMISO DE BRINDAR ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:**

Los hospitales de Baptist Health brindan, sin discriminación, atención médica de emergencia a las personas independientemente de si reúnen los criterios para recibir asistencia en virtud de esta política. Los hospitales de Baptist Health no llevarán a cabo acciones que disuadan a las personas de buscar atención médica de emergencia, p. ej., exigiéndoles a los pacientes del Departamento de Emergencias que paguen

antes de recibir el tratamiento correspondiente o permitiendo que se realicen actividades de cobranza de deuda que interfieren con la prestación, sin discriminación, de la atención médica de emergencia. Todos los pacientes de los hospitales de Baptist Health, sin discriminación, tienen derecho a recibir servicios médicos de emergencia, incluidos los traslados de emergencia conforme a la ley conocida como EMTALA, en virtud de la política EMTALA de cada hospital.

A continuación figuran los niveles de asistencia financiera en virtud de esta política:

Denominación	Responsable de la administración	Directrices de elegibilidad <sup>1</sup> (en función de los niveles federales de pobreza [FPL])	Descuento vigente de los cargos brutos
Cualificación estatal o federal <sup>2</sup>	Vicepresidente de Gestión de Ingresos	Ingreso familiar equivalente al 200% del FPL o menor (no debe superar los \$75,000)	100%
Asistencia financiera para necesidades especiales	Vicepresidente de Gestión de Ingresos	Ingreso familiar equivalente al 200% hasta el 300% del FPL (no debe superar los \$75,000)	100%

<sup>1</sup>Los niveles federales de pobreza constituyen los criterios básicos de elegibilidad para esta política. Consulte el Anexo 2 para obtener información sobre las pautas federales de pobreza. Puede tenerse en cuenta otra información financiera, p. ej., activos y cargos del hospital.

<sup>2</sup>Las cuentas que cumplen los requisitos de este nivel pueden clasificarse como “cualificadas por el estado o por el gobierno federal” siempre y cuando la fecha de alta del paciente sea en el mismo año fiscal de la condonación o en los dos años fiscales anteriores. Si la fecha de alta es anterior a dicha fecha, la asistencia financiera se clasificará como “asistencia financiera para necesidades especiales”.

#### **BASE DE CÁLCULO DE LOS MONTOS A COBRAR A LOS PACIENTES:**

Los pacientes que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de esta política obtendrán un 100% de descuento (es decir, atención gratuita). Sin embargo, según lo establece la norma del Tesoro § 1.501(r)-5(b)(1), Baptist Health está obligado a identificar el método que cada centro utiliza para calcular los montos generalmente facturados (“AGB”) a las personas que cuentan con seguro para atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. A esos efectos, los montos que se cobren a un paciente con derecho a asistencia financiera no superarán los generalmente facturados por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. Baptist Health emplea el método prospectivo de Medicare para determinar los montos generalmente facturados. Según este método, los montos generalmente facturados se calculan mediante el proceso de facturación y codificación que utilizaría Baptist Health si la persona que reúne los requisitos para ingresar al programa de asistencia financiera fuera beneficiario del “pago por servicio” de Medicare y se fijarían los montos generalmente facturados por la atención a la tarifa que Baptist Health determine como el monto total que Medicare permitiría para la atención (que incluye el monto que Medicare reembolsaría y el que el beneficiario sería personalmente responsable de pagar en forma de copagos, coseguros y deducibles). Baptist Health no factura ni espera el

pago de los cargos brutos de las personas que reúnen los criterios para recibir asistencia financiera en virtud de esta política.

Baptist Health hará esfuerzos razonables para determinar si un paciente tiene derecho a recibir asistencia financiera antes de iniciar actividades de cobranza extraordinarias (ver el procedimiento 6 a continuación).

### **ALCANCE/ÁMBITO DE APLICACIÓN:**

Esta política rige para todos los hospitales propiedad de BHSF y sus afiliados enumerados en el Anexo 1, que proporcionan atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria excepto Express Care, Care on Demand y cualquier servicio de atención médica preferente de Baptist Health Medical Group.

### **PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO:**

#### 1. Definiciones:

- a. **Actividades de cobranza extraordinarias (ECA):** toda actividad llevada a cabo por un centro hospitalario en contra de una persona para obtener el pago de una factura por la atención médica dispensada en virtud del programa de asistencia financiera del hospital que requiera un proceso jurídico o judicial, lo que incluye, a título ilustrativo pero no limitativo: imposición de un gravamen sobre los bienes de una persona, ejecución de la hipoteca sobre un bien inmueble de la persona, embargo o confiscación de una cuenta bancaria u otro bien mueble, iniciación de una acción civil contra una persona, embargo del sueldo, envío de información desfavorable sobre una persona a las agencias crediticias y la venta de la deuda de una persona a un tercero.
- b. **Activos:** incluyen dinero en efectivo y las inversiones inmediatamente disponibles, como cuentas de ahorro y cuentas corrientes, así como otras inversiones, entre ellas, fondos de jubilación o IRA, seguros de vida, fideicomisos, etc. También incluyen el patrimonio neto representado por la residencia principal y otros bienes inmuebles.
- c. **AGB:** montos generalmente facturados por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a personas que cuentan con cobertura de seguro.
- d. **Asistencia financiera:** servicios de atención médica que nunca se esperó que derivaran en ingresos de dinero en efectivo. Brindar asistencia financiera significa prestar servicios de atención médica gratuitos o con descuento a las personas que reúnen los criterios establecidos.
- e. **Comité de Asistencia Financiera:** comité integrado por el director de Finanzas, el vicepresidente corporativo de Finanzas, el vicepresidente de Marketing y Relaciones Públicas, el vicepresidente de Gestión de Ingresos, el vicepresidente de Atención Médica Gestionada, el vicepresidente de Servicios Financieros al Paciente, el vicepresidente de Acceso del Paciente y el vicepresidente adjunto de Servicios de Capellanes.
- f. **EMTALA:** *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act* (Ley sobre el Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo), 42 USC 1935dd.
- g. **Familia:** el paciente, su cónyuge (incluida la pareja de hecho) y sus dependientes legales conforme a las normas del Servicio de Impuestos Internos. Por lo tanto, si el paciente declara a alguien como dependiente legal en su declaración de impuestos, dicha persona podrá ser considerada como dependiente, a efectos de la asistencia financiera.
- h. **Indigente médico:** paciente cuyas facturas médicas u hospitalarias superan un porcentaje específico de su ingreso anual bruto conforme al sistema de elegibilidad de la entidad de atención médica y que es financieramente incapaz de pagar la factura restante. El paciente que incurre en gastos médicos excesivos se clasifica como indigente médico cuando para el pago sería necesaria la liquidación de activos fundamentales para la vida o que causaría enormes dificultades financieras al sistema de apoyo familiar.
- i. **Ingreso disponible:** ingreso familiar anual dividido entre los 12 meses menos los gastos mensuales tal como se indica en la solicitud.

- j. **Ingreso familiar:** montos brutos de sueldos, salarios, dividendos, intereses, prestaciones del Seguro Social, indemnización por accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales, becas de estudio, subsidios para excombatientes, asignaciones militares, ayudas periódicas de familiares que no viven en el hogar, pensiones del gobierno, pensiones privadas, pagos de seguros y anualidades, ingreso provenientes de alquileres, regalías, herencias y fideicomisos.
- k. **Medicamento necesario:** en la mayoría de los casos, se acoge la definición de Medicare (servicios o elementos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión). Baptist Health, en consulta con sus médicos líderes, analizará caso por caso otros servicios que no se consideran médicamente necesarios según las directrices de Medicare.
- l. **Pacientes de emergencias y de atención de urgencias:** son los que acuden al Departamento de Emergencias de un hospital BHSF y son tratados allí (incluidos los pacientes hospitalizados y los que están en observación ingresados a través del Departamento de Emergencias) o del Centro de Atención de Urgencias.
- m. **Período de solicitud:** período durante el cual Baptist Health debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera en virtud de su Política de asistencia financiera, presentada por una persona luego de haber hecho esfuerzos razonables para determinar si dicha persona cumple con los criterios para recibir asistencia financiera en virtud de dicha política. El período de solicitud comienza en la fecha en que se brinda la atención y finaliza, o bien a los 240 días posteriores a la fecha del primer resumen de facturación luego del alta por los servicios prestados, o al menos 30 días después de que Baptist Health le envíe a la persona un aviso por escrito estableciendo el plazo máximo de pago, lo que ocurra más tarde, luego del cual se procederá a iniciar actividades de cobranza extraordinarias.
- n. **Sin seguro o no cubierto:** paciente sin seguro médico ni ninguna otra fuente de pago (p. ej., seguro de automóvil contra terceros, indemnización por accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales, etc.) para cubrir la atención solicitada o brindada. Además, abarca los cargos restantes luego de que el seguro pague, debido a la extinción de los beneficios o los límites de cobertura en dólares especificados (p. ej., beneficios de \$100/día a los pacientes hospitalizados) se consideran cargos no cubiertos. La asistencia financiera a pacientes de procedimientos electivos con beneficios o límites de cobertura extinguidos requiere de la aprobación del vicepresidente de Gestión de Ingresos. La designación de “sin seguro o no cubierto” no se extiende a la obligación del paciente de efectuar desembolsos directos para copagos, deducibles o coseguro.

## 2. Directrices de asistencia financiera

- a. El vicepresidente de Servicios Financieros al Paciente, el vicepresidente de Gestión de Ingresos o la persona designada por estos, analizarán individualmente las cuentas de pacientes considerados indigentes médicos.
- b. Las solicitudes de asistencia financiera se considerarán vigentes durante seis meses o hasta que se determine un cambio en la situación financiera del paciente.

## 3. Comunicación de los programas:

- a. Esta política, la solicitud de asistencia financiera asociada y las instrucciones para completarla, así como un resumen en lenguaje sencillo de esta política estarán disponibles a través de las siguientes vías:
  - A solicitud de parte interesada, una copia en papel por correo sin cargo para el solicitante.
  - En el sitio web de Baptist Health ([www.baptistsalud.net](http://www.baptistsalud.net)).
  - En el Departamento de Acceso del Paciente de cada hospital y en cada Centro de Atención de Urgencias que opera con licencia del hospital.
- b. El resumen en lenguaje sencillo abordará los siguientes puntos:

- Una breve descripción general del programa de asistencia financiera y los requisitos de elegibilidad.
  - Vías para obtener más información y una copia de la solicitud.
  - El enlace directo al sitio web y los locales físicos donde pueden obtenerse copias de la Política de asistencia financiera y el formulario de solicitud.
  - Instrucciones para obtener por correo una copia gratuita de la Política de asistencia financiera y el formulario de solicitud.
  - Información de contacto de quiénes puedan responder preguntas sobre el programa y la solicitud.
  - Una declaración de disponibilidad de traducciones de la Política de asistencia financiera, la solicitud y el resumen en lenguaje sencillo en otros idiomas.
  - Una declaración donde se establece que a las personas con derecho a asistencia financiera no se les cobrarán cargos mayores a los montos generalmente facturados a quienes cuentan con seguro de salud.
- c. En las áreas de registro del hospital se colocarán carteles con información básica sobre la Política de asistencia financiera del hospital.
- d. Baptist Health identificará los organismos públicos locales y las organizaciones sin fines de lucro que atienden las necesidades de salud de la población de bajos ingresos de la comunidad y proporcionará a dichas organizaciones la información básica sobre el programa de asistencia financiera.
- e. Todos los resúmenes de facturación a los pacientes sin seguro, incluidos los enviados por agencias de cobro externas, contendrán un aviso escrito visible de asistencia financiera en el que se notifique e informe al destinatario sobre la disponibilidad de asistencia financiera en virtud de esta política y el número de teléfono al cual puede llamar para obtener información y asistencia.
- f. Toda la información pública o los formularios relativos a la prestación de asistencia financiera emplearán los idiomas que se usen en el área de servicio de Baptist Health.

#### 4. Identificación de pacientes potencialmente elegibles:

- a. Siempre que sea posible, antes del proceso de registro del paciente, un asesor financiero realizará una entrevista de prerregistro con el paciente, el garante o su representante legal. En caso de no ser posible hacer una entrevista de prerregistro, deberá hacerse una entrevista al momento del registro o el ingreso o tan pronto sea posible después. En el caso de un ingreso de emergencia, no deberán evaluarse las alternativas de pago hasta que no se haya brindado la atención médica necesaria para estabilizar al paciente.
- b. La identificación de los pacientes potencialmente elegibles puede hacerse en cualquier momento durante la prestación de los servicios o durante el proceso de cobro.
- c. Aquellos pacientes que reúnan los requisitos para recibir asistencia financiera de un programa gubernamental deben ser remitidos al programa correspondiente, p. ej., Medicaid, antes de ser considerados como posibles receptores de asistencia financiera.

#### 5. Determinación de elegibilidad:

- a. Todos los pacientes sin seguro identificados antes del servicio o del alta como posibles destinatarios de asistencia financiera deben tener la oportunidad de solicitarla.
- Las solicitudes de asistencia financiera pueden obtenerse en los departamentos de Servicio de Asistencia Financiera o Acceso del Paciente y entregarse en el mismo lugar.
  - En todos los casos, la solicitud enviada al paciente irá acompañada de una comunicación con instrucciones básicas, donde también se dispone de los servicios de un asesor para ayudar al paciente con su solicitud.

- b. El paciente debe recibir y llenar una solicitud escrita y brindar todos los datos complementarios necesarios para verificar la elegibilidad. La determinación de elegibilidad debe ser un proceso verificable e incluir al menos uno de los siguientes documentos:
- i. Formularios W-2 de retención de impuestos
  - ii. Recibos de sueldo
  - iii. Declaraciones de impuestos
  - iv. Formularios de aprobación o denegación de compensación por desempleo o de indemnización por accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales
  - v. Verificación por escrito de los organismos públicos de asistencia social u otros organismos gubernamentales que puedan dar fe de la situación patrimonial del paciente en los últimos doce meses
  - vi. Un comprobante de pago emitido por Medicaid donde conste que se han extinguido los beneficios Medicaid del paciente para ese año fiscal
  - vii. Una declaración firmada por el paciente o la parte responsable en presencia de un testigo. La declaración deberá incluir un reconocimiento de que, conforme a la ley estatal, brindar información falsa para defraudar a un hospital con el objetivo de obtener bienes o servicios constituye un delito menor en segundo grado.

La documentación proporcionada debe corresponder a uno de los puntos i a vi anteriores, excepto en el caso de pacientes de emergencias o de atención de urgencias y de pacientes hospitalizados pendientes de alta con necesidad de servicios de seguimiento ambulatorios.

- c. En el caso de que la información suministrada por el paciente no fuera suficiente para tomar una decisión sobre la elegibilidad para asistencia financiera, un asesor financiero le notificará por escrito al paciente qué datos están faltando. Junto con la notificación, se enviará una copia del resumen del programa en lenguaje sencillo. Si un asesor financiero entiende que la solicitud reúne los méritos y está respaldada por documentación pertinente (p. ej., informe de una agencia crediticia), pero falta un elemento establecido en el punto b. anterior (p. ej., una solicitud que no lleva la firma de un testigo), el vicepresidente corporativo, el vicepresidente corporativo de Gestión de Ingresos o el vicepresidente de Servicios al Paciente podrá emitir la aprobación como asistencia financiera para necesidades especiales.
- d. Podrá utilizarse un comprobante de pago emitido por Medicaid donde conste que se han extinguido los beneficios de Medicaid del paciente para ese año fiscal, sin necesidad de presentar una solicitud escrita para aprobar la elegibilidad de asistencia financiera.
- e. En el caso del ingreso hospitalario de un paciente que cuenta con Medicare y Medicaid se presenta una situación particular en la que:
- los beneficios del paciente conforme a la Parte A de Medicare se extinguen al inicio del año fiscal de Medicaid (1.º de julio); y
  - se extinguen los beneficios de hospitalización de Medicaid del paciente.

En este escenario, Medicaid no emite un comprobante de pago para indicar que se ha extinguido la cobertura. En este caso específico, puede aprobarse la asistencia financiera sin una solicitud escrita de asistencia financiera y sin el comprobante de pago emitido por Medicaid en el que conste que se han extinguido los beneficios de Medicaid del paciente, siempre que se cuente con los siguientes documentos:

- i. Copia del comprobante de pago emitido por Medicare en el que conste que se han extinguido los beneficios.
- ii. Una impresión de pantalla que demuestre la elegibilidad para Medicaid durante toda la hospitalización.

- iii. Copia de la página del Manual general para proveedores de atención médica de Florida donde se detalla la política relativa a la extinción de los beneficios para pacientes hospitalizados y los correspondientes a la parte A de Medicare.
- iv. Copias de los desgloses de las facturas para el ingreso en las que se detallen por separado los cargos por 1) cobertura de Medicare conforme a la parte A, 2) cobertura de Medicaid y 3) el período posterior a la extinción de los beneficios de Medicare y Medicaid.
- f. Si un beneficiario de Medicaid solicita asistencia financiera para servicios médicamente necesarios proporcionados en un centro de Baptist Health o por un proveedor que no pertenece a Medicaid, se considerará que dicho beneficiario no cuenta con seguro para efectos de dichos servicios y que cumple con los criterios para hacerlo. En estos casos, podrá utilizarse la validación de la elegibilidad de Medicaid del paciente junto con un comprobante de pago emitido por Medicaid en el que se nieguen los beneficios de Medicaid, sin la necesidad de presentar una solicitud escrita para la aprobación de la elegibilidad de asistencia financiera. Si en el plazo de 60 días posteriores a la facturación no se recibe la negativa de Medicaid, se agregará al sistema de documentación de imágenes una impresión de pantalla de la elegibilidad de Medicaid del paciente y podrá aprobarse la cuenta para la asistencia financiera sin necesidad de presentar una solicitud escrita ni un comprobante de pago de Medicaid con la denegación de beneficios.
- g. Si un beneficiario del Distrito de Atención Médica del Condado de Palm Beach (“HDPBC”) recibe servicios médicamente necesarios en un centro o con un proveedor de Baptist Health que no tiene contrato con el HDPBC y este verifica la cobertura del paciente, se presumirá que el paciente es elegible para recibir asistencia financiera para servicios de emergencia.
- h. Se generará un informe de crédito para los solicitantes según se considere necesario para validar la información suministrada en la solicitud.
- i. Se mantendrá un registro, en papel o electrónico, que documente la identificación de la persona que revisó y aprobó o denegó la solicitud y la fecha de dicha decisión.
- j. Una vez completada la solicitud y presentada la documentación correspondiente, un asesor financiero documentará en la solicitud o en un resumen adjunto lo siguiente: 1) la aprobación o denegación; 2) el nombre del asesor financiero; 3) la fecha de aprobación o rechazo y 4) cualquier comentario o instrucciones especiales.
- k. Baptist Health brinda atención hospitalaria a los pacientes de ciertas clínicas benéficas locales. Dichas clínicas proporcionarán a Baptist Health la confirmación anual de sus requisitos de elegibilidad para asistencia financiera. Además, la documentación que respalda la elegibilidad de los pacientes aprobada por estas clínicas benéficas locales estará sujeta a auditorías periódicas a cargo de Baptist Health. Dichas clínicas reciben un código correspondiente al plan de seguro específico para la clínica que deben utilizar a la hora de remitir un paciente a Baptist Health. Los pacientes aprobados para recibir asistencia financiera en estas clínicas están automáticamente aprobados para recibir asistencia financiera en Baptist Health. Además, las determinaciones de elegibilidad de asistencia financiera de parte de estas clínicas se considerarán vigentes durante el período de un año.
- l. Si está en duda la capacidad de un paciente para cumplir con los requisitos establecidos en esta política, este deberá presentar la documentación pertinente donde se demuestre que reside en una dirección elegible. Puede ser una factura de algún servicio público donde conste el nombre del paciente y la dirección de servicio. Pueden aceptarse también otros documentos que prueben la residencia del paciente con la aprobación del vicepresidente corporativo del Departamento de Gestión de Ingresos.
- m. Elegibilidad presunta: en ciertas circunstancias puede presumirse que los pacientes de emergencias o de atención de urgencias sin seguro reúnen los criterios para recibir asistencia financiera. A estos pacientes se les proporcionará 100% de asistencia financiera y no estarán obligados a reunir los criterios de ingresos, elegibilidad de activos o completar una solicitud de asistencia financiera. Las circunstancias que dan derecho a la asistencia financiera presunta son las siguientes:

- el paciente ha fallecido sin patrimonio conocido; o
- la dirección del paciente que consta en los registros indica su calidad de persona sin techo o corresponde a un refugio para personas sin techo; o
- pacientes considerados elegibles por un proveedor externo independiente con conocimientos y experiencia en formular dicha determinación.

## 6. Facturación y cobro

- a. Baptist Health tomará las siguientes medidas para demostrar que se han realizado esfuerzos razonables con el fin de determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera:
  1. Notificar al paciente sobre el programa de asistencia financiera antes de iniciar cualquier actividad de cobranza extraordinaria para obtener el pago de la atención y abstenerse de iniciar dichas actividades durante al menos 120 días a partir de la fecha del primer resumen de facturación posterior al alta.
  2. Proporcionar una notificación por escrito relacionada con la solicitud de asistencia financiera a un paciente que presente una solicitud incompleta durante el período de solicitud (véase el procedimiento 5c anterior) y suspender toda actividad de cobranza extraordinaria para obtener el pago de la atención durante un período de tiempo razonable para que el paciente pueda responder.
  3. Determinar y documentar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera en el caso de que presente una solicitud completa durante el período de solicitud (véanse los procedimientos 5h y 5i anteriores) y suspender cualquier actividad de cobranza extraordinaria para obtener el pago de la atención hasta que se tome una determinación en este sentido.
  4. Notificar al paciente al menos 30 días antes de iniciar una o más actividades de cobranza extraordinarias para obtener el pago de la atención de la siguiente manera:
    - a. Entregarle a la persona una notificación por escrito que indique que la asistencia financiera está disponible para las personas que reúnen los requisitos, identificar las actividades de cobranza extraordinarias que el centro hospitalario (u otra parte autorizada) pretende iniciar para obtener el pago de la atención, y establecer una fecha límite después de la cual podrán iniciarse dichas actividades que no sea anterior a 30 días después de la fecha en que se envíe la notificación.
    - b. Entregar, junto con la notificación, un resumen de la Política de asistencia financiera en lenguaje sencillo.
    - c. Hacer un esfuerzo razonable para informar verbalmente a la persona sobre la política de asistencia financiera del centro hospitalario y cómo puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de dicha asistencia.
  5. Mantener y hacer cumplir los acuerdos jurídicamente vinculantes con terceros a los que se traslade o venda la deuda de un paciente para que se cumpla con ciertos requisitos, tal como se indica a continuación:
    - a. Si la persona presenta una solicitud de asistencia financiera después del traslado o la venta de la deuda pero antes de que finalice el período de solicitud, la parte suspenderá las actividades de cobranza extraordinarias para obtener el pago de la atención.
    - b. Si la persona presenta una solicitud de asistencia financiera después del traslado o la venta de la deuda pero antes de que finalice el período de solicitud y se determina que es elegible para recibir asistencia financiera, la parte hará lo siguiente de forma oportuna:
      - Cumplir con los procedimientos especificados en el acuerdo que garantizan que la persona no pague, ni tenga la obligación de pagar, a la parte y a Baptist Health considerados en conjunto, más de lo que debe pagar por la atención como persona elegible para recibir asistencia financiera.

- Si corresponde y si la parte (en lugar de Baptist Health) tiene la autoridad para hacerlo, tomar todas las medidas razonablemente disponibles para revertir toda actividad de cobranza extraordinaria (a excepción de la venta de una deuda) que se haya emprendido en contra de la persona.
  - Si la parte traslada o vende la deuda a otra parte durante el período de solicitud, la parte obtendrá un acuerdo por escrito de esa otra parte que incluya todos los elementos anteriores.
- c. Cuando se determine que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera, Baptist Health deberá hacer lo siguiente:
- Notificar al paciente la decisión por escrito.
  - Reembolsar cualquier pago recibido por el servicio que esté cubierto por la aprobación de la asistencia financiera (a menos de que dicho monto sea inferior a \$5 o cualquier otro monto publicado en el Boletín de impuestos internos).
  - Revertir cualquier actividad de cobranza extraordinaria iniciada contra el paciente.
- d. Antes de que una cuenta sea autorizada para actividades de cobranza extraordinarias, se realizará una revisión final de la cuenta, que será aprobada por el vicepresidente de Servicios Financieros al Paciente, a fin de garantizar que se hayan realizado los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

#### 7. Notificación de la determinación de elegibilidad:

- a. En el momento de recibir la solicitud debe establecerse claramente el tiempo requerido para la revisión de la solicitud y comunicar la decisión al paciente. Se proporcionará una respuesta rápida y una decisión por escrito, estableciendo el motivo por el cual se rechaza la solicitud, generalmente en el plazo de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud completa.
- b. Si se utilizó el informe de una agencia crediticia con el fin de determinar que un paciente no reúne los criterios para recibir asistencia financiera, esto se le informará al paciente, conforme a lo establecido por la Ley de Informe Justo de Crédito.
- c. No se procesarán las solicitudes de asistencia financiera para las cuentas de pacientes pendientes de la aprobación de Medicaid hasta que el Departamento de Servicios Financieros al Paciente no haya recibido la notificación final del programa de Medicaid o de un consultor de elegibilidad externo. Si no se recibe la notificación en el plazo de 120 días a partir de la fecha del alta, se procesará la solicitud de asistencia financiera, sin notificar al paciente, generalmente en los 30 días siguientes (a menos que en ese período se haya recibido notificación de la aprobación de Medicaid).

#### 8. Fiscalización e informes:

- a. Se documentará anualmente la asistencia financiera en el Informe de beneficios para la comunidad y en forma trimestral al Comité de Beneficios para la Comunidad.
- b. Los informes de asistencia financiera para el estado de Florida deben cumplir con las directrices estatales correspondientes, las cuales se modifican periódicamente. Los criterios actuales de elegibilidad establecen que el ingreso familiar debe ser equivalente o inferior al 200% de las pautas federales de pobreza o que el monto de los cargos del hospital que adeude el paciente debe superar el 25% de su ingreso familiar anual. Sin embargo, a efectos del estado, en ningún caso se considerarán asistencia financiera los gastos de hospitalización de un paciente cuyo ingreso familiar supera el cuádruple de las pautas federales de pobreza establecidas para una familia de cuatro integrantes.

9. Información de contacto del hospital:

Sitio web	<a href="https://baptisthealth.net/es/patient-resources/billing-and-financial-assistance">https://baptisthealth.net/es/patient-resources/billing-and-financial-assistance</a>
Teléfono	Llame al 786-596-6507 para hablar con un asesor financiero (de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 4:30 p.m.). Para los hospitales Bethesda, llame al 561-737-7733, extensión 84671
Por correo	Solicite información por escrito, o envíe una solicitud por correo a Baptist Health South Florida, Inc., P.O. Box 830880, Miami, FL 33283
En persona	Reúnase con un asesor financiero visitando cualquiera de los Departamentos de Acceso del Paciente de los hospitales de Baptist Health (ver Anexo 1)

**DOCUMENTACIÓN DE APOYO Y DE REFERENCIA:**

- Estatuto de Florida 395.301 (8) Factura detallada del paciente
- Estatuto de Florida 381.026 (4)(c)3 Declaración de los derechos y responsabilidades del paciente de Florida, dignidad individual
- Estatuto de Florida 409.11 (1)(c) Programa de cuotas desproporcionadas para hospitales, definición de atención caritativa
- Código de impuestos internos § 501(r); Norma del tesoro § 1.501(r)-1 y siguientes.

**POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS, Y FORMULARIOS ASOCIADOS:**

- Anexo: Criterios de elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera de Baptist Health South Florida
- Evaluación financiera y formulario de solicitud de asistencia financiera

**CUMPLIMIENTO Y SANCIONES:**

El vicepresidente corporativo, el vicepresidente de Gestión de Ingresos y el vicepresidente adjunto de Servicios de Capellanes serán los responsables de asegurar el cumplimiento de esta política. Las infracciones a esta política podrán dar lugar a medidas disciplinarias que pueden acarrear incluso el despido.

**ANEXO 1**  
**Hospitales de propiedad de Baptist Health South Florida y centros afiliados**

**Baptist Hospital**

8900 N Kendall Drive  
Miami, Florida 33176

**Bethesda Hospital East**

2815 S Seacrest Blvd.  
Boynton Beach,  
Florida 33435

**Bethesda Hospital West**

9655 W Boynton Blvd.  
Boynton Beach,  
Florida 33472

**Doctors Hospital**

5000 University Drive  
Coral Gables, Florida 33146

**Fishermen's Community Hospital**

3301 Overseas Highway  
Marathon, Florida 33050

**Homestead Hospital**

975 Baptist Way  
Homestead, Florida 33033

**Mariners Hospital**

91500 Overseas Highway  
Tavernier, Florida 33070

**South Miami Hospital**

6200 SW 73 Street  
Miami, Florida 33143

**West Kendall Baptist Hospital**

9555 SW 162 Avenue  
Miami, Florida 33196

**Baptist Outpatient Services**

8900 N Kendall Drive  
Miami, Florida 33176

**Baptist Health Medical Group**

8900 N Kendall Drive  
Miami, Florida 33176

**Baptist Health Medical Group Physicians**

8900 N Kendall Drive  
Miami, Florida 33176

**Baptist Health Medical Group North**

8900 N Kendall Drive  
Miami, Florida 33176

**Baptist Health Medical Group Orthopedics**

8900 N Kendall Drive  
Miami, Florida 33176

**Baptist Health Medical Group Upper Keys**

8900 N Kendall Drive  
Miami, Florida 33176

**Baptist Health Medical Group Oncology**

8900 N Kendall Drive  
Miami, Florida 33176

**South Miami GYN Oncology**

8900 N Kendall Drive  
Miami, Florida 33176

**ANEXO 2**  
**Pautas federales de pobreza actuales**

**CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE BAPTIST HEALTH SOUTH FLORIDA**  
**Basados en las pautas federales de pobreza, niveles de ingresos brutos, 2026**

Tamaño de la familia	200% del FPL (100% descuento)	200% a 300% del FPL (100% descuento)
1	\$31,920	\$31,921 to \$47,880
2	\$43,280	\$43,281 to \$64,920
3	\$54,640	\$54,641 to \$75,000
4	\$66,000	\$66,001 to \$75,000
5	\$75,000	\$75,000
6	\$75,000	\$75,000
7	\$75,000	\$75,000
8	\$75,000	\$75,000
Más de 8, sumar la cantidad indicada para cada miembro adicional	No se aplica; superaría los \$75,000	No se aplica; superaría los \$75,000