



TÍTULO DE LA POLÍTICA: Política de asistencia financiera

Departamento responsable: Asistencia Financiera al Paciente

Fecha de creación: 14 de febrero de 2014

PRESENTADA POR (AUTORES): Shelli Luckey

Cargo: Gerente de Asistencia Financiera al Paciente y Pamela Abbott, directora de Asistencia Financiera al Paciente

APROBADA POR: Keith Nilsson

Cargo: Vicepresidente de finanzas de la región norte, vicepresidente de ciclo de ingresos

Fecha de revisión : «LastDate»

Fecha de revisión: «CreateDate»

PUBLICADA (Divulgada): «ReleaseDate»

RESUMEN Y OBJETIVO:

Se establece esta política con el fin de determinar las directrices operativas de Bethesda Hospital, Inc. (“BHI”), en su calidad de afiliado de Baptist Health South Florida, Inc. (“BHSF”), para identificar a los pacientes sin seguro que necesiten asistencia financiera y para procesar las solicitudes de asistencia financiera de los pacientes. Además, el objetivo de esta política es describir las circunstancias en las cuales BHI brindará asistencia financiera a los pacientes que no pueden pagar los servicios y determinar cómo calcula BHI los montos que se le cobran a los pacientes elegibles para asistencia financiera. Esta política se aplica a Bethesda Hospital East y Bethesda Hospital West (los “Hospitales”).

POLÍTICA:

En su calidad de organización proveedora de atención médica y exonerada de impuestos, BHI busca satisfacer las necesidades de los pacientes de la comunidad y de otros que buscan atención, independientemente de sus capacidades financieras para pagar los servicios prestados. Además, BHI ha sido designada organización benéfica (es decir, exenta de impuestos) en virtud de la sección 501(c)(3) del Código de impuestos internos de 1986 y sus modificaciones posteriores (el “Código”). Conforme a la sección 501(r) del Código, para que BHI continúe exento de impuestos, debe (entre otras cosas) adoptar y dar amplia difusión a su política de asistencia financiera.

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, por ejemplo, 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

Todas las referencias a las políticas deben ir en la copia maestra de la Intranet de BHSF; no se fundamente en otras versiones o copias de la política.

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:
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. cada prestación posterior de servicios;
2. cambio en los ingresos;
3. cambio en el tamaño de la familia.

Esta política no rige para los servicios brindados por Express Care, Care on Demand y cualquier servicio de *concierge* de Baptist Health Medical Group ni de ningún otro centro o médicos de Baptist Health South Florida. Para la prestación de asistencia financiera, Baptist Health South Florida se rige por una política separada. 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 de emergencia. Esta política se aplica únicamente a las tarifas de los centros de Bethesda Hospital, Inc. y a las de los médicos empleados por Baptist Health Medical Group North. No rige para las tarifas de los médicos con consulta privada ni para la facturación de otras compañías independientes.

En el caso de los pacientes que no cuentan con seguro, BHI trabajará junto a ellos para encontrar un programa de asistencia financiera que pueda cubrir algunas o la totalidad de sus facturas hospitalarias impagas. En el caso de los pacientes que cuentan con seguro privado, los Hospitales deben trabajar con el paciente y la compañía aseguradora para determinar cuál es la cobertura que brinda la póliza de seguro del paciente. Con frecuencia BHI no obtiene esta información del asegurador de forma oportuna, por lo que es obligación del paciente brindar la información adicional relativa a los servicios cubiertos, antes de procurar los servicios que no son de urgencia ni emergencia. En relación con la facturación para los pacientes sin seguro, consulte la sección Facturación y cobro que figura más abajo.

BHI proporcionará asistencia financiera a los pacientes sin seguro para su atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria (no electiva) que reúnan los requisitos conforme a las directrices de esta política. 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, por ejemplo, Medicaid, Disability, o Healthcare District. Únicamente se brindará asistencia financiera si el paciente no cumple con los criterios para recibirla de otras fuentes de financiamiento y sí lo hace con los descritos en esta política. El paciente o garante será responsable 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 BHI 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, según lo dictan las normas de la práctica, sin tener en cuenta la situación financiera del paciente. Además, los hospitales cumplen con los requisitos de la Ley federal sobre el Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (EMTALA) realizando un examen médico para determinar si existe una afección médica de emergencia. Todos los pacientes serán tratados con respeto, amabilidad, justicia y cortesía en 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, con ello no se pretende que las personas que lo necesitan se desanimen y abandonen la búsqueda de tratamiento. El objetivo es asegurar que los recursos que BHI 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.

Todas las referencias a las políticas deben ir en la copia maestra de la Intranet de BHSF; no se fundamente en otras versiones o copias de la política.

COMPROMISO DE BRINDAR ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

BHI brinda, sin discriminación, asistencia médica de emergencia a las personas, independientemente de si reúnen los criterios para recibir asistencia en virtud de esta política. BHI no llevará a cabo acciones que disuadan a las personas de buscar atención médica de emergencia, por ejemplo, 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 interfieran con la prestación, sin discriminación, de la atención médica de emergencia. Todos los pacientes de BHI, sin discriminación, reciben servicios de atención de emergencia, incluidos los traslados de emergencia, conforme a la ley EMTALA, conforme a 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 1 (en función de los niveles federales de pobreza [FPL])	Descuento vigente de los cargos brutos
Autorizado por el estado o el gobierno federal ²	Vicepresidente de finanzas de la región norte	Ingreso familiar equivalente al 200% del FPL o menor	100%
Asistencia financiera para necesidades especiales	Vicepresidente de finanzas de la región norte	Ingreso familiar equivalente al 200% hasta el 300% del FPL	100%

¹ Los niveles federales de pobreza constituyen los criterios básicos de elegibilidad para esta política. Consulte el Anexo 1 para obtener información sobre las pautas federales de pobreza. Puede tenerse en cuenta otra información financiera, por ejemplo, activos y cargos del hospital.

² Las cuentas que cumplen los requisitos de este nivel pueden clasificarse como “autorizadas 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 amortización 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”.

Cualquier paciente con derecho a cobertura en el distrito de atención médica del condado de Palm Beach (PBCHCD) reúne los requisitos para recibir asistencia financiera conforme a esta política debido a las directrices del distrito que siguen las pautas federales de pobreza del 200%. Específicamente, los pacientes sin seguro cuyos ingresos sean inferiores al 200% de las pautas federales de pobreza contarán con asistencia financiera total (100% de descuento sobre las tarifas) (consulte el Anexo 1).

SERVICIOS AMPARADOS POR ESTA POLÍTICA:

Esta política se aplica a toda la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria (no electiva) brindada en los Hospitales. Consulte el Anexo 2, Lista de proveedores, para informarse sobre los proveedores, aparte del propio BHI, que prestan atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria (no electiva) en los Hospitales, en la cual se especifica cuáles son los proveedores cuyos servicios están cubiertos por esta política y cuáles no.

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

Las leyes y normas fiscales federales prohíben que los hospitales de caridad cobren por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria (no electiva) a los pacientes que cumplen con los criterios para recibir asistencia financiera, montos mayores que los generalmente facturados (AGB) a las personas que cuentan con seguro para cubrir dicha atención.

Todas las referencias a las políticas deben ir en la copia maestra de la Intranet de BHSF; no se fundamente en otras versiones o copias de la política.

Luego de la determinación de elegibilidad en virtud de esta política, 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. BHI emplea el método prospectivo de Medicare para determinar los montos generalmente facturados. Según este método, los montos generalmente facturados se calculan usando el proceso de facturación y codificación que utilizaría BHI si la persona que reúne los requisitos para ingresar al programa de asistencia financiera fuera beneficiario del pago por concepto de servicios de Medicare y fijando los montos generalmente facturados por la atención en la cantidad que BHI determina que sería 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).

BHI no factura ni espera el pago de los cargos brutos o totales de las personas que reúnen los criterios para recibir asistencia financiera en virtud de esta política.

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

Para aquellos pacientes que no cumplen con los criterios para recibir asistencia financiera en virtud de esta política, BHI ofrece un descuento por pago directo (no a través del seguro) a los que reúnan determinados requisitos. Consulte la Política 1039 sobre pago directo (no a través del seguro) y precios de los servicios con tarifa fija de BHI.

ALCANCE/ÁMBITO DE APLICACIÓN:

Esta política rige para Bethesda Hospital, Inc., incluidos Bethesda Hospital East y Bethesda Hospital West.

PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO:

1. Definiciones:

- a. **Actividades de cobranza extraordinarias:** cualquier 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 de los Hospitales que requiere un proceso jurídico o judicial, 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, entablar una acción civil contra una persona, embargo del sueldo, proporcionar información negativa 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 corriente, así como otras inversiones, entre ellas, fondos de jubilación o IRA, valores de seguros de vida, cuentas fiduciarias, 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. **EMTALA:** *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act* (Ley sobre el Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo), 42 USC 1935dd.

Todas las referencias a las políticas deben ir en la copia maestra de la Intranet de BHSF; no se fundamente en otras versiones o copias de la política.

- f. **Familia:** el paciente, su cónyuge (incluido 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 dependiente a los efectos de la provisión de asistencia financiera.
- g. **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.
- h. **Ingreso disponible:** ingreso familiar anual dividido entre los 12 meses menos los gastos mensuales tal como se indica en la solicitud.
- i. **Ingreso familiar:** montos brutos de sueldos, salarios, dividendos, intereses, prestaciones de la seguridad 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, ingresos provenientes de alquileres, regalías, herencias y fideicomisos.
- j. **Medicamento necesario:** en la mayoría de los casos, medicamento necesario será definido por Medicare (servicios o elementos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión). Otros servicios, que no se consideran médicamente necesarios según las directrices de Medicare, serán ponderados por BHI caso por caso en consulta con sus médicos líderes.
- k. **Paciente sin seguro:** paciente que no cuenta con seguro médico ni ninguna otra fuente de pago (por ejemplo, seguro de automóvil contra terceros, indemnización por accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales, etc.) para cubrir la atención solicitada o brindada. Además, los cargos restantes luego del pago del seguro 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 sin seguro. La asistencia financiera para pacientes electivos con beneficios o límites de cobertura extinguidos requiere de aprobación, tal como se indica en la sección Procedimientos para la aprobación de asistencia financiera. La designación de “sin seguro” no se extiende a la obligación del paciente de efectuar desembolsos directos para copagos, deducibles o coseguro.
- l. **Pacientes de urgencia y emergencia:** son los pacientes que acuden al departamento de emergencias de un hospital BHI y son tratados allí (incluidos los pacientes hospitalizados y los que están en observación ingresados a través del departamento de emergencias) o en el centro de atención de urgencias menores y los pacientes hospitalizados en espera del alta con necesidad de servicios de atención ambulatoria de seguimiento.
- m. **Período de solicitud:** período durante el cual BHI 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 la persona cumple con los criterios para recibir asistencia financiera en virtud de dicha política. El período de solicitud comienza la fecha en que se brinda la atención y finaliza el último de los 240 días posteriores a la fecha del primer resumen de facturación luego del alta por los servicios prestados, o al menos 30 días luego de que BHI le envía a la persona un aviso por escrito estableciendo el plazo máximo de pago, luego del cual se procederá a iniciar actividades de cobranza extraordinarias.

Todas las referencias a las políticas deben ir en la copia maestra de la Intranet de BHSF; no se fundamente en otras versiones o copias de la política.

2. Directrices de asistencia financiera:

- a. Las cuentas de pacientes considerados indigentes médicos serán revisadas caso por caso por el gerente de Asistencia Financiera al Paciente o el supervisor de Asistencia Financiera al Paciente o la persona designada.
- 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 relacionada 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).
- En cada sala de emergencias y departamento de ingresos del hospital y en cada centro de atención de urgencias menores que operan 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 solicitar asistencia financiera y obtener más información y una copia de la solicitud.
- La dirección del sitio web directo y los locales físicos donde puede obtenerse una copia de la Política de asistencia financiera y el formulario de solicitud.
- Instrucciones para obtener una copia gratuita de la Política de asistencia financiera y el formulario de solicitud por correo electrónico.
- Información de contacto de los recursos del hospital que pueden responder preguntas sobre el programa de asistencia financiera 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 y departamentos de emergencias se colocará cartelera con información básica sobre la política de asistencia financiera del hospital.

d. BHI 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 y la dirección del sitio web

Todas las referencias a las políticas deben ir en la copia maestra de la Intranet de BHSF; no se fundamente en otras versiones o copias de la política.

donde obtener copias de esta política, un formulario de solicitud de asistencia financiera y un resumen en lenguaje sencillo de esta política.

f. Toda la información pública o los formularios relativos a la prestación de asistencia financiera emplearán los idiomas adecuados para el área de servicio de BHI.

4. Identificación de pacientes potencialmente elegibles:

a. Siempre que sea posible, antes del proceso de registro del paciente, un asesor realizará una entrevista previa con el paciente, el garante o su representante legal. En caso de no ser posible, esta entrevista deberá hacerse en el momento mismo 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, por ejemplo, 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 antes del servicio pueden obtenerse en el Departamento de Asistencia financiera y ser entregadas allí.
- Las solicitudes de asistencia financiera con posterioridad al servicio pueden obtenerse de los Servicios de Asistencia financiera y ser entregadas al Departamento de Servicios Financieros al Paciente.
- 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 idoneidad. La determinación de elegibilidad debe ser un proceso verificable e incluir al menos uno de los siguientes documentos:

- Formularios de retención W-2.
- Recibos de sueldo.
- Declaraciones de impuestos.
- Formularios de aprobación o denegación de compensación por desempleo o de indemnización por accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales.
- 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.

Todas las referencias a las políticas deben ir en la copia maestra de la Intranet de BHSF; no se fundamente en otras versiones o copias de la política.

- Un comprobante de pago emitido por Medicaid donde conste que se han extinguido los beneficios de Medicaid del paciente para ese año fiscal.
- 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.

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 de finanzas de la región norte, el director de los servicios financieros al paciente y el gerente de asistencia financiera al paciente podrá, de todos modos, aprobar la asistencia financiera 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 necesarios por razones médicas proporcionados por BHI o por un proveedor que no pertenezca a Medicaid en

Todas las referencias a las políticas deben ir en la copia maestra de la Intranet de BHSF; no se fundamente en otras versiones o copias de la política.

un estado determinado, se considerará que el beneficiario no cuenta con seguro para dichos servicios y cumple con los criterios para hacerlo. En estos casos, podrá utilizarse la validación de la elegibilidad de Medicaid del paciente o 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 6 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 negativa a conceder beneficios.

g. Se generará un informe de crédito para los solicitantes según se considere necesario para validar la información suministrada en la solicitud.

h. 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.

i. 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 rechazo; 2) el nombre del asesor financiero; 3) la fecha de aprobación o rechazo y 4) cualquier comentario o instrucciones especiales.

j. Si se cuestiona 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 de finanzas de la región norte.

k. Elegibilidad presunta: en ciertas circunstancias puede presumirse que los pacientes en necesidad de atención de urgencia y emergencia que no cuentan con 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;
- la dirección del paciente que obra en los registros indica su calidad de persona sin hogar o corresponde a un refugio para personas sin hogar; o
- cualquier paciente con derecho a cobertura en el distrito de atención médica del condado de Palm Beach (PBCHCD) reúne los requisitos para recibir asistencia financiera conforme a esta política debido a las directrices del distrito que siguen las pautas federales de pobreza del 200%.

l. Los pacientes encarcelados al momento o la fecha del servicio no cumplen con los criterios para recibir asistencia financiera en virtud de esta política.

m. Los pacientes internacionales que se encuentren en Estados Unidos con una visa de visitante vigente no reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de esta política.

En caso de que el personal de BHI no pueda determinar la elegibilidad con claridad, el personal utilizará su mejor criterio y presentará ante el supervisor correspondiente un memorando (dicho memorando debe ser la primera hoja del paquete de documentos) donde se expongan las razones para tal criterio junto con la documentación pertinente a la asistencia financiera. Luego, el gerente de BHI revisará el memorando y la documentación. Si el gerente acepta aprobar la elegibilidad,

Todas las referencias a las políticas deben ir en la copia maestra de la Intranet de BHSF; no se fundamente en otras versiones o copias de la política.

firmará el formulario de determinación de elegibilidad y se continuará con el proceso de aprobación normal. Si el gerente no aprueba la elegibilidad del paciente en virtud de esta política, debe firmar el memorando presentado y devolver toda la documentación al personal de BHI quien tomará nota y enviará la documentación a la Oficina comercial del Hospital para su archivo. Si el gerente está en desacuerdo con el criterio del personal de BHI, deberá establecer los motivos del nuevo criterio y devolverá la documentación al personal de BHI que continuará con el proceso de rechazo o de aprobación según lo determine el gerente.

o. Durante el proceso de verificación de ingresos, mientras BHI recopila la información necesaria para determinar el ingreso de un paciente, este puede ser considerado paciente con pago directo conforme a las políticas de BHI.

6. Facturación y cobro

a. BHI no llevará a cabo actividades de cobro extraordinarias en contra de una persona para obtener el pago de la atención recibida antes de realizar esfuerzos razonables para determinar si reúne los requisitos para recibir asistencia en virtud de la política de asistencia financiera de BHI. BHI tomará las siguientes medidas para demostrar que se realizan 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 relativa a 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 un paciente 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 envía la notificación.

b. Entregar, junto con la notificación, un resumen de la Política de asistencia financiera en lenguaje sencillo.

Todas las referencias a las políticas deben ir en la copia maestra de la Intranet de BHSF; no se fundamente en otras versiones o copias de la política.

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 asistencia financiera.

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:

i. 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.

ii. 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:

A. Cumplir con los procedimientos especificados en el acuerdo que garantizan que la persona no paga, ni tiene la obligación de pagar, a la parte y a BHI, considerados en conjunto, más de lo que debe pagar por la atención como persona elegible para recibir asistencia financiera.

B. Si corresponde y si la parte (en lugar de BHI) tiene la autoridad para hacerlo, tomar todas las medidas razonablemente disponibles para invalidar cualquier actividad de cobranza extraordinaria (a excepción de la venta de una deuda) en contra de la persona.

iii. 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.

b. Cuando se determine que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera, BHI deberá hacer lo siguiente:

1. Notificar al paciente la decisión por escrito.

2. Reembolsar cualquier pago recibido por el servicio cubierto por la aprobación de la asistencia financiera (a menos que dicho monto en exceso sea inferior a \$5 o cualquier otro monto publicado en el Boletín de impuestos internos).

3. Invalidar cualquier actividad de cobranza extraordinaria iniciada contra el paciente.

c. Antes de que una cuenta sea autorizada para acciones de cobro extraordinarias, se realizará una revisión final de la cuenta, que será aprobada por el vicepresidente de finanzas de la región norte, 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

Todas las referencias a las políticas deben ir en la copia maestra de la Intranet de BHSF; no se fundamente en otras versiones o copias de la política.

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, el paciente será informado de ello, 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 asistencia financiera al paciente no haya recibido la notificación del programa de Medicaid o de un consultor en elegibilidad externo. Si no se recibe la notificación en el plazo de 120 días a partir de la fecha de alta, se procesará la solicitud de asistencia financiera, sin notificar al paciente, generalmente en los 30 días siguientes (a menos que en se 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 del estado a este respecto. Estas directrices se modifican periódicamente. Los criterios actuales de elegibilidad son que el ingreso familiar sea equivalente o inferior al 200% de las pautas federales de pobreza o que el monto de los cargos del hospital que adeude el paciente supere 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. Procedimientos para la aprobación de asistencia financiera:

a. BHI completará una solicitud de asistencia financiera para cada paciente que cumpla con los criterios establecidos en esta política. Para el proceso de aprobación se adoptará un enfoque escalonado según los cargos totales para cada cuenta. El proceso de firma de la aprobación es el siguiente:

\$1 – \$100,000	Gerente de asistencia financiera al paciente/supervisor de asistencia financiera al paciente
\$100,001 – \$250,000	Director de servicios financieros al paciente
\$250,001 o superior	Vicepresidente de finanzas de la región norte

b. Se registrarán las cuentas según la fecha de ingreso del ajuste de asistencia financiera en la cuenta.

c. Si se aprueba la solicitud de asistencia financiera, esta es automática para todos los ingresos que reunieron los requisitos en los 12 meses anteriores o en el año fiscal en curso.

Todas las referencias a las políticas deben ir en la copia maestra de la Intranet de BHSF; no se fundamente en otras versiones o copias de la política.

10. Información de contacto del hospital:

Sitio web	https://baptisthealth.net/patient-resources/billing-and-financial-assistance
Teléfono	Hable con un asesor financiero por teléfono en el 561-737-7733, ext. 84671 (de lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 4:30 p.m.).
Por correo	Solicite información por escrito o envíe una solicitud por correo a Bethesda Hospital East, Attn: Patient Financial Assistance 2815 South Seacrest Blvd., Boynton Beach, FL 33435
En persona	Pregunte por un asesor financiero en cualquiera de los siguientes locales: Bethesda Hospital East 2815 South Seacrest Blvd. Boynton Beach, FL 33435 Bethesda Hospital West 9655 West Boynton Beach Blvd. Boynton Beach, FL 33472

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 para hospitales con un número desproporcionado de pacientes, 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 BHI
- Evaluación financiera y formulario de solicitud de asistencia financiera
- Formulario de primer contacto para asistencia financiera
- Política 1039 sobre pago directo (no a través del seguro) de BHSF Bethesda y precios de los servicios con tarifa fija

CUMPLIMIENTO Y SANCIONES:

El vicepresidente de finanzas de la región norte, el director de los servicios financieros al paciente y el gerente de asistencia financiera al paciente serán los encargados de hacer cumplir esta política. Las infracciones a esta política podrán dar lugar a medidas disciplinarias que pueden acarrear incluso el despido.

Todas las referencias a las políticas deben ir en la copia maestra de la Intranet de BHSF; no se fundamente en otras versiones o copias de la política.