

Administrative**TÍTULO DE LA POLÍTICA:**

Atención caritativa

**RESUMEN Y OBJETIVO:**

Establecer normas para brindar atención caritativa a los pacientes, incluidas las normas sobre la comunicación de la disponibilidad del programa y sobre el registro y los informes de la atención caritativa brindada.

**POLÍTICA:**

En respaldo de su objetivo caritativo y su misión de exención impositiva, Baptist Health South Florida y cada uno de sus hospitales y filiales de propiedad absoluta ("BHSF" o "Baptist Health") brindarán atención caritativa a las personas necesitadas. BHSF cumplirá con todas las leyes, reglamentos y directrices federales y estatales que rigen la provisión y el registro de la atención caritativa. Para mantener una administración eficaz, la reserva para atención caritativa se presupuestará anualmente.

Para promover la salud y el bienestar de la comunidad que se atiende, las personas sin seguro con recursos económicos limitados que no pueden acceder a programas de prestaciones serán elegibles para obtener servicios de atención médica gratuitos o con descuento, según criterios establecidos. Los criterios de elegibilidad se basarán fundamentalmente en las Normas del Nivel Federal de Pobreza y se actualizarán anualmente en conjunto con las actualizaciones publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Los criterios de elegibilidad pueden reajustarse según sea necesario. El objetivo de los criterios de elegibilidad conforme a esta política es asignar recursos para la atención caritativa según la capacidad de pago del paciente.

La asistencia financiera puede denegarse si un paciente es elegible para otros recursos de cobertura, como Medicaid o un plan subvencionado del Health Insurance Exchange y se niega a solicitar estos recursos.

Esta política se aplica a los cargos por servicios al paciente que no están cubiertos por ningún seguro de salud ni otras fuentes de pago (por ejemplo, seguro de automóvil contra terceros, compensación legal por accidentes de trabajo, etc.). Si se toma la determinación de que el paciente tiene capacidad de pagar toda la factura o parte de ella, esa determinación no impide que se reevalúe la capacidad de pago de la persona más adelante. La necesidad de atención caritativa/ayuda financiera deberá ser reevaluada en los siguientes casos:

1. Subsiguiente prestación de servicios,
2. Cambio de ingresos,
3. Cambio en el número de miembros de la familia.

Esta política no se aplica a los servicios prestados por Express Care, Care on Demand, cualquier práctica de conserje de las instalaciones o médicos de Baptist Health Medical Group o Bethesda Health (Bethesda). Bethesda proporciona asistencia financiera en virtud de una política separada. Por otra parte, esta política no se aplica a la cirugía estética ni a los procedimientos que no sean clínicamente necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades o lesiones. Esta política se aplica únicamente a los cargos de la instalación y los cargos de los médicos empleados. La política no se aplica a los cargos de médicos de práctica privada ni otras facturas de compañías independientes.

La asignación de los recursos de atención de caridad de BHSF se limitará a los pacientes quienes:

1. Residen:
  - a. En el Condado de Miami-Dade,
  - b. En el condado de Broward (limitado a los servicios prestados en las instalaciones de BHSF ubicadas en el condado de Broward) y,
  - c. Al norte del marcador de milla 25 en el condado de Monroe o,
2. Han recibido/necesitan recibir servicios de emergencia o urgentes para un evento agudo no relacionado con una condición preexistente (por ejemplo, lesiones por accidentes automovilísticos, neumonía y apendicitis).

Otros solicitantes con necesidades especiales (como la falta de servicios en su propia geografía) serán considerados caso por caso, según lo permitan los recursos presupuestados.

Toda referencia a las Políticas debe consultarse en la Copia Maestra de BHSF en la Intranet de BHSF; no se base en otras versiones / copias de la Política.

**POLÍTICA NO.: BHSF-355.14**

Para que el paciente sea considerado para la atención caritativa, debe cooperar y proporcionar la información y la documentación necesarias para solicitar los demás recursos financieros existentes que puedan estar disponibles para cubrir su atención médica, como Medicaid. El paciente es responsable de completar los formularios de solicitud requeridos y de cooperar plenamente en el proceso de recopilación y evaluación de la información, para determinar la elegibilidad para la atención caritativa. Los asesores financieros de BHSF estarán disponibles para ayudar a los pacientes a completar la solicitud.

La necesidad de cualquier paciente de recibir tratamiento médico de urgencia o emergencia se determinará según el criterio clínico del proveedor, independientemente de la situación económica del paciente. Todos los pacientes serán tratados con respeto, amabilidad, equidad y cortesía en las actitudes, los modales y el tono de voz adoptados con ellos, independientemente de su capacidad de pago.

Los recursos son limitados y es necesario establecer límites y normas. Estos límites y normas no están diseñados para ahuyentar ni desalentar a los que necesitan tratamiento. Tienen como finalidad garantizar que los recursos con los que cuenta Baptist Health para sus pacientes se concentren en las personas que más los necesitan y menos pueden pagar, en lugar de aquellas que eligen no pagar.

Los siguientes son los niveles de atención caritativa conforme a esta política:

<b>Designación</b>	<b>Responsable de administración</b>	<b>Normas de elegibilidad<sup>1</sup>(según los niveles federales de pobreza [FPL])</b>	<b>Descuentos aplicables sobre los cargos brutos</b>
Con calificación estatal o federal <sup>2</sup>	Vicepresidente de Gestión de Ingresos	Ingreso familiar del 200% FPL o menos (que no supere \$75,000)	100%
Ayuda financiera para necesidades especiales	Vicepresidente de Gestión de Ingresos	Ingreso familiar del 200% al 300% FPL o menos (que no supere \$75,000)	100%

<sup>1</sup> Nótese que los niveles federales de pobreza son los criterios básicos de elegibilidad para esta política. Se puede considerar otra información financiera, como los activos y los cargos hospitalarios.

<sup>2</sup> Nótese que las cuentas que califiquen en este nivel pueden ser clasificadas como "con calificación estatal o federal" siempre y cuando la fecha de alta del paciente sea en el mismo año fiscal o los dos años fiscales anteriores que la cancelación en libros. Si la fecha de alta es anterior, la atención caritativa será clasificada como "ayuda financiera para necesidades especiales".

Como los pacientes que califican para atención caritativa según esta política reciben un descuento del 100% (es decir, atención gratuita), Baptist Health no computa los montos que generalmente se les facturan a las personas que tienen seguro de salud según lo define la sección 1.501(r)-5(b)(1) del Código de Rentas Internas.

Baptist Health hará los esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para atención caritativa antes de emprender acción/es extraordinaria(s) de cobro. Tenga en cuenta que dichos esfuerzos razonables se aplicarán únicamente a los pacientes sin seguro respecto de los servicios clínicamente necesarios, de acuerdo con los criterios de elegibilidad del programa de atención caritativa.

**ALCANCE/APLICABILIDAD:**

Esta política se aplica a todos los afiliados de propiedad absoluta de BHSF que prestan servicios de atención médica, a excepción de Express Care, Care on Demand, cualquier práctica de *conciierge* de Baptist Health Medical Group y las instalaciones y los médicos de Bethesda Health.

Toda referencia a las Políticas debe consultarse en la Copia Maestra de BHSF en la Intranet de BHSF; no se base en otras versiones / copias de la Política.

**PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR EL CUMPLIMIENTO:**

1. Definiciones:
  - a. **Activos:** Los activos incluyen el efectivo y las inversiones inmediatamente disponibles, como las cuentas corrientes y de ahorro y otras inversiones, entre ellas, los fondos de jubilación o IRA, los valores de seguro de vida, las cuentas fiduciarias, etc. Los activos también incluyen el valor acumulado de la vivienda en el caso de la residencia principal además de otros bienes raíces que pueda poseer el paciente.
  - b. **Atención caritativa:** Servicios de atención médica que nunca fueron previstos para generar entrada de efectivo. La atención caritativa surge a partir de la prestación de servicios de atención médica gratuitos o con descuento a personas que cumplen con los criterios establecidos.
  - c. **Comité de atención caritativa:** Comité conformado por el Director de Finanzas (CFO, por sus siglas en inglés), el Vicepresidente de Finanzas, el Vicepresidente de Marketing y Relaciones Públicas, el Vicepresidente de Gestión de Ingresos, el Vicepresidente de Atención Médica Administrada, el Vicepresidente Adjunto de Servicios Financieros para Pacientes, el Vicepresidente Adjunto de Acceso para Pacientes y el Vicepresidente Adjunto de Atención Pastoral.
  - d. **Ingresos disponibles:** Ingreso familiar anual dividido por 12 meses, menos los gastos mensuales, según se pide en la solicitud.
  - e. **Pacientes de emergencia y urgencia:** Pacientes que se presentan y reciben tratamiento en un departamento de emergencias del hospital BHSF (incluidos los pacientes internados que fueron admitidos a través del departamento de emergencias) o en un centro de atención de urgencia, así como pacientes internados con alta pendiente que requieren servicios de seguimiento como paciente ambulatorio.
  - f. **Acción extraordinaria de cobro:** Toda acción emprendida por una instalación hospitalaria contra una persona para obtener el pago de una factura de atención médica cubierta conforme al programa de atención caritativa del hospital que requiera algún procedimiento legal o judicial, que incluye, entre otras acciones, las siguientes: ejecución de un derecho de retención sobre la propiedad de una persona; ejecución hipotecaria sobre los bienes raíces de una persona; embargo o confiscación de cuenta bancaria u otra propiedad personal; iniciación de demanda civil contra una persona, que ocasione la detención o la orden de arresto físico de la persona, el embargo del sueldo, informes negativos sobre la persona a las entidades de informes crediticios y la venta de la deuda de una persona a un tercero.
  - g. **Familia:** El/la paciente, su cónyuge (o pareja de hecho legal), y sus personas a cargo (dependientes legales) conforme al reglamento del Servicio de Rentas Internas. Por lo tanto, si el paciente declara a alguien como dependiente en su declaración de impuesto sobre la renta, esta persona puede ser considerada dependiente a los fines de la prestación de atención caritativa.
  - h. **Ingreso familiar:** Sueldo bruto, salario, dividendos, intereses, beneficios de Seguro Social, compensación legal por accidentes de trabajo, beneficios para veteranos de guerra, estipendios para capacitación, asignaciones militares, ayuda regular de familiares que no viven en la misma vivienda, pensiones del gobierno, pensiones privadas, seguros y pagos de renta vitalicia, ingresos por alquileres, regalías, sucesiones y fideicomisos.
  - i. **En estado de indigencia médica:** Paciente cuyas facturas médicas u hospitalarias superan el porcentaje especificado del ingreso bruto anual de la persona determinado en conformidad con el sistema de elegibilidad de la entidad de atención médica, y que no tiene los medios económicos para pagar el saldo de la factura. En aquellos casos en que los gastos médicos del paciente sean catastróficos, se clasifica al paciente como en estado de indigencia médica si para efectuar el pago debieran liquidarse los activos que son críticos para la vida o se ocasionaran dificultades económicas excesivas para el sistema de apoyo familiar.
  - j. **Clínicamente necesario:** En la mayor parte de los casos, lo que es clínicamente necesario es definido por Medicare (servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades o lesiones). Otros servicios que no sean considerados clínicamente necesarios conforme a las normas de Medicare, serán considerados individualmente por Baptist Health en consulta con los directivos médicos de Baptist Health.

Toda referencia a las Políticas debe consultarse en la Copia Maestra de BHSF en la Intranet de BHSF; no se base en otras versiones / copias de la Política.

- k. **Período de notificación:** El período de notificación se inicia en la fecha en que el paciente recibe los servicios y concluye el 120.º día después de que Baptist Health le entrega al paciente la primera factura.
  - l. **Sin seguro:** Paciente que no cuenta con seguro de salud ni fuente de pago alguna (por ejemplo, seguro de automóvil contra terceros, compensación legal por accidentes de trabajo, etc.) para cubrir la atención solicitada o brindada. Por otra parte, los cargos restantes después de la deducción del pago del seguro originados porque se agotaron los beneficios o por limitaciones de cobertura con montos especificados en dólares (por ejemplo, beneficios para pacientes internados de \$100/día) constituyen cargos sin seguro. La atención caritativa de pacientes electivos con beneficios agotados o límites de cobertura requiere la autorización del Vicepresidente de Gestión de Ingresos. La designación "sin seguro" no se extiende al paciente en el caso de las obligaciones de pago directo de copagos, deducibles o coaseguro del paciente.
2. Normas de atención caritativa:
- a. Las cuentas de los pacientes en estado de indigencia médica serán consideradas individualmente por el Vicepresidente Adjunto de Servicios Financieros para Pacientes o el Vicepresidente de Gestión de Ingresos, o quien ellos designen.
  - b. Las solicitudes de atención caritativa se considerarán vigentes por seis meses o hasta que se determine un cambio de situación económica del paciente.
3. Comunicación del programa:
- a. Esta política, la solicitud de ayuda financiera relacionada, las instrucciones para la solicitud y un resumen de esta política en lenguaje claro estarán disponibles como se indica a continuación:
    - i. A pedido, mediante una copia impresa enviada por correo sin cargo alguno para el solicitante.
    - ii. En el sitio web de Baptist Health ([www.baptisthealth.net](http://www.baptisthealth.net))
    - iii. En cada uno de los departamentos de admisión del hospital y en todos los centros de atención de urgencia que operan bajo una licencia de hospital.
  - b. El resumen en lenguaje claro abordará los siguientes puntos:
    - i. Una breve reseña del programa de ayuda financiera y de los requisitos de elegibilidad.
    - ii. La forma en que se puede obtener más información y una copia de la solicitud.
    - iii. Información de contacto de los recursos del hospital que pueden contestar sus preguntas sobre el programa y la solicitud.
    - iv. Una declaración que indica que a ninguna persona que califique para atención caritativa se le cobrarán montos superiores a los que se suelen facturar a las personas que tienen seguro de salud.
  - c. Se colgarán letreros y carteles con información básica sobre la política de ayuda financiera del hospital, en las áreas de registro del hospital.
  - d. Baptist Health identificará las agencias públicas locales y las organizaciones sin fines de lucro que aborden las necesidades de atención médica de la población de bajos ingresos en la comunidad y brindará a dichas organizaciones información básica sobre el programa de ayuda financiera.
  - e. Todas las cartas y las facturas dirigidas a pacientes sin seguro, incluidas las enviadas por agencias de cobro externas y toda otra comunicación por escrito referente a la factura del paciente durante el Período de notificación, incluirán una copia del resumen del programa de atención caritativa en lenguaje claro.
  - f. Toda comunicación verbal con los pacientes sin seguro en referencia al monto adeudado por servicios durante el Período de notificación incluirá información sobre el programa de atención caritativa.
  - g. Toda la información pública y/o los formularios sobre la prestación de atención caritativa utilizarán idiomas pertinentes al área de servicio de Baptist Health.
4. Identificación de pacientes potencialmente elegibles:
- a. En tanto sea posible, antes del registro del paciente, un asesor financiero mantendrá una entrevista previa al registro con el paciente, el garante y/o su representante legal. Si no es posible una entrevista previa al registro del paciente, deberá realizarse al momento del registro/de la admisión o tan pronto como fuese posible. En caso de una admisión de

Toda referencia a las Políticas debe consultarse en la Copia Maestra de BHSF en la Intranet de BHSF; no se base en otras versiones / copias de la Política.

**POLÍTICA NO.: BHSF-355.14**

emergencia, la evaluación de las alternativas del paciente no deberá realizarse hasta que se haya proporcionado la atención médica requerida para estabilizar al paciente.

- b. La identificación de pacientes potencialmente elegibles puede llevarse a cabo en cualquier momento durante la prestación de los servicios o durante el proceso de cobro.
- c. Aquellos pacientes que califiquen para ayuda financiera de un programa de gobierno deben ser remitidos al programa adecuado, como Medicaid, antes de ser considerados para la atención caritativa.

5. Determinación de la elegibilidad:

- a. A todos los pacientes sin seguro identificados antes de los servicios y/o el alta como potenciales receptores de atención caritativa se les debe dar la oportunidad de solicitar atención caritativa.
  - i. Las solicitudes de atención caritativa previas al servicio pueden obtenerse del Departamento de Ayuda Financiera y ser entregadas allí.
  - ii. Las solicitudes de atención caritativa posteriores al servicio pueden obtenerse del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes y ser entregadas allí.
  - iii. En todos los casos, la solicitud enviada al paciente deberá incluir una comunicación con las instrucciones básicas que indicará que un asesor financiero está disponible para ayudar al paciente con la solicitud.
- b. El paciente debe recibir y llenar una solicitud por escrito y proporcionar todos los datos de respaldo requeridos para verificar la elegibilidad. La determinación de la elegibilidad debe ser un proceso verificable y debe incluir al menos uno de los siguientes documentos:
  - i. Formularios de retención W-2.
  - ii. Comprobantes de sueldo.
  - iii. Declaraciones de impuesto sobre la renta.
  - iv. Formularios de aprobación o rechazo de indemnización por desempleo o compensación legal por accidentes de trabajo.
  - v. Verificación por escrito de agencias públicas de bienestar social o cualquier agencia gubernamental que pueda dar fe de la situación económica del paciente durante los últimos doce meses.
  - vi. Una remesa de Medicaid que refleje que los beneficios de Medicaid del paciente ya se agotaron para el año fiscal de Medicaid en curso.
  - vii. Una declaración ante testigo firmada por el paciente o la persona responsable. La declaración debe incluir un reconocimiento de que, conforme a la legislación estatal, proporcionar información falsa para estafar al hospital con el fin de obtener bienes o servicios es un delito menor.  
En el caso de todos los pacientes que no sean de emergencia/urgencia, el documento proporcionado debe ser uno de los de los puntos (i) hasta el (vi) anteriores.
- c. En caso de que el paciente no proporcione suficiente información para tomar una determinación respecto a la elegibilidad para atención caritativa, un asesor financiero notificará por escrito al paciente para comunicarle cuál es la información que falta. Se enviará una copia del resumen del programa en lenguaje claro junto con dicha notificación. Si el asesor financiero identifica una solicitud meritoria que está respaldada por la documentación (por ejemplo, un informe de la agencia de información crediticia), pero carece de alguno de los elementos estipulados en el punto (b.) anterior (por ejemplo, falta la firma de un testigo en la solicitud), el Vicepresidente Corporativo de Gestión de Ingresos o el Vicepresidente Adjunto de Servicios Financieros para Pacientes pueden autorizar la atención caritativa como Ayuda Financiera para Necesidades Especiales.
- d. Una remesa de Medicaid que refleje que los beneficios de Medicaid del paciente ya se agotaron para el año fiscal en curso puede utilizarse sin solicitud por escrito para autorizar la elegibilidad para atención caritativa.
- e. Existe una situación singular en el caso de que se admita al hospital un paciente que tenga tanto Medicare como Medicaid, en la cual:
  - i. Los beneficios de la Parte A de Medicare del paciente se agotaron al comenzar el año fiscal de Medicaid (1 de julio) o cerca de esa fecha y
  - ii. Los beneficios de Medicaid del paciente internado se agotaron.

En esta situación, Medicaid no expide remesas para indicar que la cobertura se agotó. En esta situación específica, la atención caritativa puede ser autorizada sin la respectiva solicitud

por escrito y sin la remesa de Medicaid que refleje que los beneficios de Medicaid del paciente ya se agotaron, si se mantienen los siguientes documentos:

- i. Copia de la remesa de Medicare que demuestre que se agotaron los beneficios.
- ii. Una captura de pantalla que demuestre la elegibilidad de Medicaid para la totalidad de la admisión.
- iii. Copia de la página del *Florida Medicaid Provider General Handbook* [Manual General de Proveedores de Medicaid de Florida] que detalle la política para el agotamiento de beneficios de la Parte A de Medicare y beneficios hospitalarios de pacientes internados.
- iv. Copias de recibos divididos para la admisión, donde se separan los cargos de 1) cobertura de la Parte A de Medicare, 2) cobertura de Medicaid y 3) el período siguiente al agotamiento de los beneficios de Medicare y Medicaid.

Nota: Esta disposición puede aplicarse en retroactividad por fechas de servicio en el año fiscal 2011 en adelante.

- f. Si un beneficiario de Medicaid solicita atención caritativa por servicios clínicamente necesarios de parte de una instalación o un proveedor de Baptist Health que no es proveedor de Medicaid, el beneficiario de Medicaid será considerado sin seguro en lo que respecta a esos servicios y será elegible para solicitar atención caritativa. En estos casos, la validación de la elegibilidad del paciente para Medicaid y la remesa de Medicaid donde se le deniegan los beneficios de Medicaid pueden utilizarse sin solicitud por escrito para autorizar la elegibilidad para atención caritativa. Si la denegación de Medicaid no se recibe en el plazo de 60 días a partir de la facturación, se cargará una captura de pantalla de la elegibilidad de Medicaid del paciente en el sistema de imágenes de documentos y la cuenta podrá ser autorizada para atención caritativa sin solicitud por escrito y sin remesa que deniegue los beneficios de Medicaid.
- g. Se generará un informe crediticio para los solicitantes según se considere necesario para validar la información provista en la solicitud.
- h. Debe mantenerse un registro, en papel o electrónico, que documente la identificación de la persona que revisó y autorizó o denegó la solicitud y la fecha de dicha decisión.
- i. Cuando se complete la solicitud y se envíen los documentos correspondientes, un asesor financiero documentará, en la solicitud o en un resumen adjunto, lo siguiente: 1) autorización o denegación; 2) nombre del asesor financiero; 3) fecha de autorización/denegación y 4) comentarios/instrucciones especiales.
- j. Baptist Health facilita la atención hospitalaria de los pacientes de determinadas clínicas locales de atención caritativa. Estas clínicas locales de atención caritativa proporcionarán anualmente a Baptist Health confirmación de sus requisitos de elegibilidad para atención caritativa. Por otra parte, la documentación que respalda la elegibilidad de los pacientes autorizados por estas clínicas locales de atención caritativa estará supeditada a auditorías periódicas por parte de Baptist Health. Estas clínicas locales de atención caritativa cuentan con códigos de planes de seguro específicos de las clínicas para usar cuando remiten pacientes a Baptist Health. Los pacientes autorizados para atención caritativa por parte de estas clínicas locales quedan automáticamente autorizados para la atención caritativa de Baptist Health. Además, las determinaciones de elegibilidad de caridad por estas clínicas caritativas locales se considerarán vigentes por un período de un año.
- a. Si la capacidad de un paciente que no es de emergencia/urgencia de cumplir con los requisitos de residencia establecidos en esta política está en cuestión, el paciente presentará la documentación que demuestre que vive en una dirección de un área elegible. Un ejemplo de documentación aceptable es una factura de servicios públicos a nombre del paciente cuya dirección sea en el área de servicio. Se podrá aceptar otro tipo de documentación que demuestre el área de residencia del paciente previa autorización del Vicepresidente Corporativo de Gestión de Ingresos. Si un paciente no cumple con los requisitos de residencia, Patient Financial Services enviará una consulta por correo electrónico a la Administración de Atención para obtener una decisión sobre si el paciente tuvo un evento agudo no relacionado con una condición preexistente.
- k.

#### 6. Facturación y cobro

- a. Baptist Health tomará las siguientes medidas para demostrar su razonable esfuerzo para determinar si un paciente es elegible para atención caritativa:
  1. Notificar al paciente sobre el programa de atención caritativa durante el Período de notificación. (Véase el procedimiento 3 arriba).

Toda referencia a las Políticas debe consultarse en la Copia Maestra de BHSF en la Intranet de BHSF; no se base en otras versiones / copias de la Política.

2. Proporcionar un aviso por escrito, con respecto a cómo se debe completar una solicitud de atención caritativa, al paciente que entregue una solicitud de atención caritativa incompleta. (Véase el procedimiento 5c arriba).
  3. Tomar una determinación y documentarla acerca de si el paciente que presenta una solicitud de atención caritativa completa es elegible para atención caritativa. (Véanse los procedimientos 5h y 5i arriba).
  4. Proporcionar al paciente al menos un aviso por escrito donde se le informe acerca de las acciones extraordinarias de cobro que Baptist Health puede emprender si el paciente no paga el monto adeudado o no presenta una solicitud de ayuda financiera. Dicho aviso debe ser entregado al paciente al menos 30 días antes de la fecha límite establecida en el aviso.
  5. Mantener y hacer cumplir los acuerdos legalmente vinculantes con terceros a quienes se remita o venda la deuda del paciente durante los 240 primeros días después de que el paciente reciba su primera factura para respetar determinados requisitos, de la siguiente manera:
    - i. Durante el Período de notificación, el tercero no emprenderá acciones extraordinarias de cobro hasta que el hospital haya hecho el esfuerzo razonable de determinar si el paciente es elegible para atención caritativa.
    - ii. Si el paciente entrega una solicitud de atención caritativa, el tercero suspenderá toda acción extraordinaria de cobro hasta que el hospital haya hecho el esfuerzo razonable de determinar si el paciente califica para atención caritativa.
    - iii. Si se determina que el paciente califica para atención caritativa, el tercero cesará todo esfuerzo de cobro de cualquier monto que exceda el monto adeudado según el programa de atención caritativa y revertirá toda acción extraordinaria de cobro emprendida contra el paciente.
  - b. Cuando se determine que el paciente es elegible para atención caritativa, Baptist Health hará lo siguiente:
    1. Notificar la decisión al paciente por escrito.
    2. Reintegrar todo pago recibido por los servicios cubiertos según la autorización de atención caritativa.
    3. Revertir toda acción de cobro emprendida contra el paciente.
  - c. Antes de que se autorice(n) acción(es) extraordinaria(s) de cobro de una cuenta, se realizará una revisión final de la cuenta y esta será autorizada por el Vicepresidente Adjunto de Servicios Financieros para Pacientes para garantizar que se hayan realizado todos los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para atención caritativa.
7. Notificación de la determinación de elegibilidad:
- a. Se deberán proporcionar normas claras al momento de la solicitud acerca del período requerido para revisar la solicitud y comunicar una decisión al paciente. Se proporcionará una respuesta rápida y una decisión por escrito en la que se exprese una razón de la denegación, generalmente en el plazo de 30 días a partir de la recepción de una solicitud debidamente llenada.
  - b. Si se utilizó un informe de la agencia de información crediticia para determinar que el paciente no es elegible para atención caritativa, debe informarse al paciente el uso del informe de la agencia de información crediticia, en conformidad con las disposiciones de la Ley de Información Crediticia Imparcial [FCRA, por sus siglas en inglés].
  - c. Las solicitudes de atención caritativa, en el caso de cuentas de pacientes cuya aprobación de Medicaid está pendiente, no se procesarán hasta que el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes haya recibido la notificación definitiva de parte del programa de Medicaid o de un consultor de elegibilidad externo. Si no se recibe notificación en el plazo de 120 días a partir de la fecha de alta, se procesará la solicitud de atención caritativa, con notificación al paciente, generalmente en los siguientes 30 días (salvo que haya notificación de la aprobación de Medicaid en este período).
8. Monitoreo e informes:
- a. Se presentarán informes sobre la atención caritativa en el Informe de Beneficios Comunitarios anualmente y, trimestralmente, ante el Comité de Beneficios Comunitarios.
  - b. Los informes de atención caritativa presentados ante el Estado de Florida deben cumplir con las normas estatales para la presentación de informes sobre atención caritativa. Estas normas

Toda referencia a las Políticas debe consultarse en la Copia Maestra de BHSF en la Intranet de BHSF; no se base en otras versiones / copias de la Política.

son modificadas periódicamente. Los criterios de elegibilidad actuales son el ingreso familiar equivalente a o debajo del 200% de las normas del nivel federal de pobreza o un monto de cargos hospitalarios adeudados por el paciente que exceda el 25% del ingreso familiar anual del paciente. No obstante, los cargos hospitalarios de un paciente cuyo ingreso familiar exceda cuatro veces las normas del nivel federal de pobreza de una familia de cuatro integrantes no se considerarán, en ningún caso, atención caritativa a los fines estatales.

**DOCUMENTACIÓN DE RESPALDO/REFERENCIA:**

- Estatutos de Florida 395.301 (8) *Factura detallada para el paciente*
- Estatutos de Florida 381.026 (4)(c)3 *Derechos y responsabilidades del paciente en Florida, Derechos del paciente, Dignidad de la persona*
- Estatutos de Florida 409.11 (1)(c) *Programa de distribución desproporcionada, Definición de atención caritativa*
- Código de Rentas Internas, sección 1.501(r)

**POLÍTICAS, PROCEDIMIENTOS Y FORMULARIOS AFINES:**

- Anexo: Criterios de elegibilidad del Programa de Atención Caritativa de Baptist Health South Florida
- Evaluación Financiera y Formulario de Solicitud de Ayuda Financiera

**OBSERVANCIA Y SANCIONES:**

El Vicepresidente Corporativo de Gestión de Ingresos y el Vicepresidente Adjunto de Atención Pastoral harán cumplir esta política. La violación de esta política puede ocasionar medidas disciplinarias, que pueden incluir el despido.

**CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN CARITATIVA DE BAPTIST**

**HEALTH SOUTH FLORIDA** Basados en las Normas del Nivel Federal de Pobreza, Niveles de ingresos brutos, 2017.

Número de miembros de la familia	200% FPL (descuento del 100%)	200% a 300% FPL (descuento del 100%)
1	\$24,120	\$24,121 a \$36,180
2	\$32,480	\$32,481 a \$48,720
3	\$40,840	\$40,841 a \$61,260
4	\$49,200	\$49,201 a \$73,800
5	\$57,560	\$57,561 a \$75,000
6	\$65,920	\$65,921 a \$75,000
7	\$74,280	\$74,281 a \$75,000
8	\$75,000	\$75,000
Más de 8, agregue el monto indicado por cada integrante adicional (que no supere \$75,000)	No corresponde superaría \$75,000	No corresponde – superaría \$75,000

Toda referencia a las Políticas debe consultarse en la Copia Maestra de BHSF en la Intranet de BHSF; no se base en otras versiones / copias de la Política.