

# Política y Procedimientos de Asistencia Financiera



Los hospitales de BayCare Health System son entidades sin fines de lucro creadas para satisfacer las necesidades de servicios médicos de los residentes de las comunidades que atienden. En consecuencia, los hospitales brindan atención de emergencia y otros cuidados necesarios desde el punto de vista médico sin discriminación, independientemente de la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera. Los hospitales también proporcionan otros servicios de atención médica a determinadas personas por los que no reciben ningún pago. Esta política establece un método sistemático para que todos los centros hospitalarios de BayCare ofrezcan asistencia financiera a los residentes de las comunidades que atienden.

## Política

Los hospitales de BayCare Health System proporcionarán asistencia financiera a los pacientes que se determine que no pueden pagar los servicios por dificultades económicas. Hay dos programas de asistencia financiera disponibles:

1. **El AHCA Charity**, programa de ayuda de la Agencia para la Administración de Servicios Médicos (AHCA, por sus siglas en inglés), bajo los lineamientos establecidos por el estado de Florida, está disponible para pacientes con ingresos familiares brutos inferiores al 200% del nivel federal de pobreza o que sus gastos relacionados con el hospital superen el 25% del ingreso familiar anual.
2. **El Hardship Charity**, programa de ayuda por dificultades, bajo los lineamientos establecidos por BayCare, abarca límites más amplios que el AHCA Charity e incluye a pacientes con ingresos familiares brutos de hasta el 250% del nivel federal de pobreza.

Los pacientes que hayan presentado una solicitud de asistencia financiera con información completa y que hayan calificado para esa asistencia recibirán un descuento del 100%. No se esperará que los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera paguen más que los montos que se facturan habitualmente (AGB, por sus siglas en inglés), que son los montos totales que Medicaid permitiría por esa atención.

Los hospitales de BayCare brindan atención a los pacientes con condiciones médicas de emergencia, independientemente de la fuente de pago, la elegibilidad para recibir asistencia financiera o la falta de cobertura de seguro, y no se les solicitará ningún pago antes de que se complete un examen médico. Los hospitales no participarán en actividades de cobro de deudas que interfieran en la prestación de atención médica de emergencia ni tomarán otras medidas que desanimen a las personas a buscar atención médica de emergencia. El personal del equipo de Asistencia Financiera estará disponible para los pacientes en horarios designados para ayudarlos a determinar su elegibilidad para acceder a

programas de asistencia financiera federales, estatales y del condado. La autoridad final para determinar la elegibilidad y si se realizaron las gestiones razonables para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera recae en el vicepresidente de Patient Financial Solutions, Soluciones Financieras para Pacientes.

**Las medidas para difundir extensamente la Política de Asistencia Financiera de BayCare y los documentos relacionados entre pacientes, familiares, visitantes y público en general incluirán, entre otras, las siguientes:**

- Los documentos relacionados con la asistencia financiera incluyen la política completa, un resumen en lenguaje sencillo de la política, la solicitud de asistencia financiera y las instrucciones para completarla, así como una lista de proveedores no empleados que brindan atención de emergencia y necesaria desde el punto de vista médico en el centro hospitalario, en la que se indica si están cubiertos o no por esta Política de Asistencia Financiera. Todos los documentos relacionados con la asistencia financiera estarán disponibles en los idiomas hablados por las poblaciones que probablemente se vean afectadas, alcanzadas o atendidas en los hospitales, siempre que representen al 5% de esas poblaciones o a 1,000 personas (lo que sea menor), según lo determinado por los datos de registro y los servicios de traducción. Todos los documentos relacionados con la asistencia financiera descritos anteriormente estarán disponibles en los sitios web de los centros hospitalarios y en el sitio web corporativo de BayCare. También estarán disponibles en el área de registración, en las salas de emergencia y en las oficinas de asistencia financiera de todos los centros hospitalarios, en inglés y con traducciones a todos los idiomas identificados, previa solicitud y sin costo alguno, ya sea en copias impresas, o para enviarse por correo o de forma electrónica para el paciente.
- Habrá señalización visible en las áreas de registración y en las salas de emergencia que hará referencia a la disponibilidad de asistencia financiera.
- Se hará referencia a la disponibilidad de asistencia financiera en los folletos y paquetes informativos para pacientes.
- Se informará a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera durante el proceso de registración y programación, cuando manifiesten inquietudes sobre los pagos.
- Se informará a los pacientes sobre la Política de Asistencia Financiera en los estados de cuenta, después de que se hayan prestado los servicios. La información en cada estado de cuenta incluirá la dirección web donde se pueden obtener todos los documentos relacionados

con la asistencia financiera y el número de teléfono al que se puede llamar para obtener más información sobre la Política de Asistencia Financiera y el proceso de solicitud.

- Se identificarán a las agencias comunitarias que atienden a los residentes en las áreas de servicio de los centros hospitalarios que más necesitan asistencia financiera a través de la Evaluación de Necesidades de Salud de la Comunidad y otros medios relacionados. Se les proporcionarán documentos de asistencia financiera y vías para ayudar a las personas que necesiten asistencia financiera a través de los centros hospitalarios.

## Métodos para Solicitar Asistencia Financiera

Puede acceder a los documentos relacionados con la asistencia financiera y obtener ayuda con el proceso de solicitud en el área de registración, en las salas de emergencia y en las oficinas de asistencia financiera de cada centro hospitalario. Además, se puede solicitar la documentación relacionada con la asistencia financiera llamando al (855) 233-1555, o bien obtenerla directamente desde el sitio web del hospital o el sitio web corporativo. Las solicitudes completadas pueden presentarse en el área del hospital donde se obtuvieron o enviarse por correo, fax o correo electrónico, según se indique en las instrucciones de la solicitud. Las solicitudes de asistencia financiera completadas para servicios no hospitalarios pueden utilizarse para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera para servicios hospitalarios. Las solicitudes se revisarán dentro de un plazo de 30 días. La notificación de elegibilidad podrá proporcionarse por correo postal o correo electrónico.

**Documentación o información utilizada para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera:**

- Solicitud de asistencia financiera completa y firmada, que reconozca que proporcionar información falsa para engañar al hospital constituye un delito menor de segundo grado (sección 817.50 F.S.).
- Solicitud de asistencia financiera completa y sin firmar. No aplicable para los beneficiarios de Medicare tradicional.
- Los beneficiarios de Medicare tradicional deben completar una solicitud integral de asistencia financiera para todos los servicios.
- Documentación de ingresos solicitada, que puede ser alguno de los siguientes documentos: formularios W-2 de retención; recibos de sueldo del empleador; declaración de impuestos federales del año anterior o verificación de ingresos actuales por parte del empleador, de agencias de asistencia pública u otra agencia gubernamental que pueda certificar la situación de ingresos del paciente durante los últimos 12 meses.

- Documentación de bienes solicitada, que incluye, entre otros documentos, estados de cuenta bancarios o estados de inversiones.
- La información del paciente o garante puede verificarse mediante un informe de crédito del consumidor, búsquedas de propiedades u otros medios para respaldar la situación financiera del paciente.

La información necesaria para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera puede incluir los datos demográficos del paciente o garante, así como ingresos, bienes, nombres de los miembros del hogar, fechas de nacimiento, números de Seguro Social (si corresponde) e ingresos de todos los miembros del hogar.

Los miembros del hogar incluyen al cónyuge, independientemente del estado civil para efectos fiscales, y a los familiares que se informaron en la declaración de impuestos del paciente del año anterior o que se informarán en el próximo período fiscal. Otros familiares que vivan en el hogar y que sean mantenidos directamente por el paciente pueden incluirse en la solicitud, si la inclusión refleja la necesidad del paciente de recibir asistencia financiera.

Se puede solicitar documentación financiera adicional para validar la elegibilidad para recibir asistencia financiera cuando haya evidencia de que el paciente tiene capacidad para cumplir con sus obligaciones económicas.

La documentación financiera solicitada para determinar la elegibilidad incluye, entre otras cosas, las declaraciones de impuestos más recientes, los estados de cuenta más recientes de cuentas corrientes y de ahorro, y las cuentas de inversión más recientes. Cuando se requiera documentación financiera para una revisión más detallada de la situación económica del paciente, se podrán considerar los bienes y el crédito disponible en la evaluación de la elegibilidad para recibir asistencia financiera.

Si a un paciente o garante se le niega la asistencia financiera, puede presentar una apelación dentro del plazo especificado después de la denegación. Las apelaciones deben enviarse por correo electrónico o fax y deben incluir una explicación por escrito de las circunstancias, acompañadas de documentación que respalde la dificultad financiera. Es posible que se solicite al paciente o garante completar una Solicitud de Asistencia Financiera si se requiere información adicional. Un miembro del equipo de liderazgo de Asistencia Financiera tomará la decisión final sobre una apelación.

Las determinaciones de asistencia financiera pueden tomarse hasta 12 meses antes y después de la fecha de la solicitud. Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera hasta un año después de la fecha del servicio.

Si un paciente o garante presenta una solicitud de asistencia financiera incompleta dentro de los 240 días posteriores al primer estado de cuenta

posterior al alta por la atención para la que se solicita la asistencia financiera, se le notificará qué información necesaria está faltando, junto con una copia del resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera, y se suspenderán todas las gestiones de cobro relacionadas con los cargos por esa atención. A los pacientes que califiquen para recibir asistencia financiera se les ajustará su saldo a cero. Además, cesarán de manera permanente las gestiones de cobro y se enviará un aviso a cualquier oficina de crédito donde se hubiera reportado información desfavorable previamente.

## Criterios para Determinar la Elegibilidad de un Paciente para Recibir Asistencia Financiera

### Criterios de ingresos del hogar:

- AHCA Charity:
  - El ingreso familiar bruto durante los 12 meses anteriores a la determinación no excede el 200% de los lineamientos federales actuales de pobreza o la parte no pagada de la factura hospitalaria a cargo del paciente excede el 25% del ingreso anual familiar.
  - El ingreso familiar bruto total no puede exceder cuatro veces el nivel de pobreza federal para una familia de cuatro, independientemente de los cargos adeudados por el paciente.
  - Otros pacientes elegibles según la AHCA incluyen aquellos que son elegibles para Medicaid, pacientes bajo programas de asistencia del condado y aquellos que son elegibles para Medicare o Medicaid que han agotado sus beneficios o que reciben servicios no cubiertos.
- BayCare Hardship Charity:
  - Un formulario de solicitud de asistencia financiera con información de ingresos en el que se indique un ingreso familiar bruto de hasta el 250% de los lineamientos federales de pobreza.
  - Pacientes con Medicaid o programas de servicios médicos para indigentes administrados por el condado en los seis meses inmediatamente anteriores o posteriores a la fecha del servicio en revisión.
  - Beneficiarios verificados de cupones de alimentos en los tres meses inmediatamente anteriores o posteriores a la fecha del servicio bajo la nueva revisión.
  - Cargos no cubiertos por Medicaid como parte de la participación del paciente en los costos de Medicaid.
  - Pacientes sin hogar o pacientes fallecidos sin patrimonio.
  - Pacientes derivados por organizaciones comunitarias o benéficas que tengan acuerdos con hospitales individuales para proporcionar servicios específicos a pacientes

identificados sin costo para el paciente; por ejemplo, clínicas comunitarias gratuitas y programas de vales para mamografías. Los hospitales intentarán obtener una solicitud integral de asistencia financiera para considerar el programa AHCA Charity. Estos pacientes pueden considerarse para BayCare Hardship Charity en virtud de esta política si no cumplen con los lineamientos de la AHCA.

- Confirmación de Medicaid fuera del estado, pero no se recibe ningún pago.
- El saldo adeudado es mayor al 25% del ingreso familiar bruto.
- Encuentros relacionados con asuntos legales cuando no se espera ningún pago adicional, pero existe una solicitud de asistencia financiera vencida.
- Pacientes o garantes con dificultades financieras documentadas o circunstancias financieras extraordinarias reflejadas por un evento financiero inesperado que exceda el presupuesto normal del paciente o garante.

### Criterios de bienes del hogar:

- Todos los beneficiarios de Medicare deben proporcionar prueba de ingresos y bienes para que los consideren para recibir asistencia financiera. Si los activos líquidos disponibles superan los \$50,000 del hogar, es posible que el paciente no sea elegible para recibir la asistencia financiera.
- Para pacientes asegurados (no Medicare): si los activos líquidos disponibles superan cinco veces el monto de la responsabilidad del paciente, es posible que no sea elegible para la asistencia financiera de BayCare.
- Para pacientes no asegurados: si los activos líquidos disponibles superan cinco veces el monto total de los cargos, es posible que el paciente no sea elegible para la asistencia financiera de BayCare.

### La asistencia financiera no se podrá otorgar en virtud de esta política para las siguientes personas:

- Residentes que no sean de Florida que soliciten asistencia financiera mientras visitan Florida para servicios planificados.
- Residentes que no sean de Florida y sean ciudadanos de otros países para servicios planificados, incluyendo parto y nacimiento, y bebés nacidos de residentes que no sean de Florida, así como servicios no relacionados con la continuidad de la atención.
- Individuos que son elegibles para otra cobertura de terceros, pero eligen no utilizarla, o pacientes que buscan atención fuera de su red de proveedores o fuera del área de servicio para servicios que no son de emergencia.

- Pacientes que residen en el área de servicio y que son patrocinados por organizaciones. Se les puede solicitar proporcionar prueba de atención médica no cubierta por su patrocinador antes de que se revise una solicitud de asistencia financiera.
- Servicios considerados no necesarios desde el punto de vista médico, experimentales, relacionados con un estudio de investigación, procedimientos quirúrgicos bariátricos de pago directo cubiertos bajo acuerdos de tarifa fija, paquetes de precios o procedimientos electivos de tipo cosmético o relacionados con la fertilidad. Los saldos de los pacientes por procedimientos bariátricos autorizados por el seguro primario pueden considerarse para la asistencia financiera después de los pagos del seguro.
- La asistencia financiera se considera para pacientes con saldos en los que no se identifica ninguna fuente de pago adicional, incluyendo, entre otros, cualquier entidad que pueda pagar directamente al paciente después de que se presenten las facturas médicas.

Las decisiones de asistencia financiera presunta para pacientes no asegurados de la sala de emergencia, dentro de los tres meses posteriores a la fecha del servicio, pueden determinarse mediante análisis de terceros, con un proceso de verificación crediticia, bajo las siguientes circunstancias:

- Cuentas de pacientes no asegurados que no hayan sido atendidos por el equipo de Asistencia Financiera o que no tengan registrada una solicitud de asistencia financiera vigente.
- El nivel de pobreza federal (FPL, por sus siglas en inglés) reportado del paciente cumple con los criterios para recibir asistencia financiera.
- La asistencia financiera presunta no se puede aplicar a menores de 18 años.

### Pagos Previos y Reembolsos para Pacientes Elegibles para Recibir Asistencia Financiera

Los pagos previos realizados por pacientes que posteriormente sean aprobados para recibir asistencia financiera se le reembolsarán

al paciente. Los reembolsos se limitan a los servicios hospitalarios proporcionados por el centro hospitalario. Los pagos previos no se reembolsarán si se considera que el paciente no es elegible para recibir asistencia financiera. Los pacientes que no se consideran elegibles antes o después de una apelación no exitosa, o que rechacen la asistencia financiera y realicen un pago, no serán elegibles para el reembolso de pagos previos realizados.

### Facturación y Cobros

Los pacientes no asegurados que no califiquen para recibir asistencia financiera serán elegibles para un descuento del 40% sobre los cargos facturados y un descuento adicional del 10% si el pago se realiza en su totalidad dentro de los 30 días posteriores al primer estado de cuenta, de acuerdo con la Política de Descuento para Pacientes No Asegurados. Estos descuentos del 40% y 10% no constituyen “asistencia financiera” en virtud de esta política.

Todos los pacientes con saldos pendientes y considerados no elegibles para recibir asistencia financiera estarán sujetos al proceso estándar de cobro, lo que podría resultar en la transferencia de la cuenta a una agencia de cobro. Las cuentas de pacientes no elegibles para recibir asistencia financiera con saldos no pagados y que no estén en un plan de pago establecido se transferirán a una agencia de cobro 158 días después del primer estado de cuenta posterior al alta y después de tres estados de cuenta que hayan incluido el resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera.

Las acciones extraordinarias de cobro (ECA, por sus siglas en inglés) no se realizarán sobre los saldos pendientes del paciente antes de hacer gestiones razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir la asistencia financiera.

### Entre las gestiones se incluyen las siguientes:

- Todas las acciones previamente descritas en esta política.
- Un intento de notificación oral sobre la ECA pendiente, al menos 30 días antes de implementar la ECA.

- Una notificación por escrito, proporcionada al menos 30 días antes de implementar la ECA, en la que se indique que la asistencia financiera está disponible para las personas elegibles y se identifiquen las ECA que el hospital (o la agencia de cobro) planea tomar contra el individuo, incluyendo un resumen en lenguaje sencillo de esta política, y se establezca una fecha límite a partir de la cual se tomarán las ECA, que será al menos 30 días después de la fecha de la notificación por escrito.
- Una espera de al menos 240 días después de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta por atención de emergencia u otra atención necesaria desde el punto de vista médico antes de iniciar las ECA relacionadas con saldos impagos por esa atención.

Las ECA pueden incluir deuda reportada a una agencia de informes de crédito u oficina de crédito, procesos legales o judiciales para cobrar la deuda, venta de la deuda, demandas o gravámenes contra el paciente o la propiedad del paciente, o exigencia del pago de facturas pendientes por atención relacionada con Política de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) antes de proporcionar atención necesaria desde el punto de vista médico.

Los saldos de pacientes que califiquen para recibir asistencia financiera durante el proceso de cobro y dentro de un año desde la fecha del servicio se ajustarán a cero. Además, cesarán de manera permanente los esfuerzos de cobro y se enviará un aviso a cualquier oficina de crédito donde se hubiera reportado información desfavorable previamente.

Todas las partes contratadas involucradas en actividades de cobro de deudas en nombre de BayCare y los centros hospitalarios afiliados estarán sujetas a todos los estándares de asistencia financiera, facturación y cobro incluidos en esta política.

Sitios web de los centros hospitalarios donde se pueden obtener todos los documentos relacionados con la asistencia financiera (*esta política, un resumen en lenguaje sencillo de la política, la solicitud de asistencia financiera, una lista de proveedores de atención de emergencia y necesaria desde el punto de vista en el hospital en la que se indique si el proveedor está cubierto en virtud de esta política de asistencia financiera, y traducciones de estos documentos*):

- Lista de proveedores (por hospital):  
BayCareFinancialAssistance.org
- Bartow Regional Medical Center:  
BayCare.org/BRMC
- BayCare Alliant Hospital:  
BayCare.org/BAH

- BayCare Health System:  
BayCare.org
- BayCare Hospital Wesley Chapel:  
BayCare.org/WesleyChapel
- Mease Countryside Hospital:  
BayCare.org/MCH

- Mease Dunedin Hospital:  
BayCare.org/MDH
- Morton Plant Hospital:  
BayCare.org/MPH
- Morton Plant North Bay Hospital:  
BayCare.org/MPNBH

- St. Anthony's Hospital:  
BayCare.org/SAH
- St. Joseph's Hospitals:  
BayCare.org/SJH
- South Florida Baptist Hospital:  
BayCare.org/SFBH
- Winter Haven Hospitals:  
BayCare.org/WHH