

Política y Procedimiento de Asistencia Financiera



Propósito

Los hospitales del BayCare Health System son entidades sin fines de lucro establecidas para satisfacer las necesidades de atención médica de los residentes de las comunidades a las que atienden. Por lo tanto, estos proporcionan atención de emergencia y otros cuidados necesarios desde el punto de vista médico, sin discriminación y sin tomar en cuenta la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera. También prestan otros servicios de atención médica a personas determinadas, por los cuales no reciben ningún pago. Esta política proporcionará un método sistemático para que todos los centros hospitalarios del BayCare Health System brinden asistencia financiera a los residentes de las comunidades a las que atienden.

Política

Los hospitales del BayCare Health System proporcionarán asistencia financiera a los pacientes que se determine que no pueden pagar los servicios debido a dificultades financieras. Contamos con dos programas de asistencia financiera disponibles:

1. **AHCA Charity**, Beneficencia de la Agencia para la Administración de Atención de Salud, bajo los lineamientos establecidos por el estado de Florida, se pone a la disposición de pacientes con un ingreso familiar bruto inferior al 200 por ciento del nivel federal de pobreza o cuyos gastos relacionados con el hospital sean más del 25 por ciento del ingreso familiar anual.
2. **Hardship Charity**, Beneficencia para Situaciones de Dificultad Extremada, bajo los lineamientos establecidos por el BayCare Health System, va más allá de los límites de AHCA Charity e incluye a pacientes cuyo ingreso familiar bruto sea hasta del 250 por ciento del nivel federal de pobreza.

Los pacientes que hayan presentado una solicitud de asistencia financiera, que tengan la información completa y hayan calificado para obtenerla recibirán un descuento del 100 por ciento. No se espera que los pacientes elegibles para este beneficio paguen más que las cantidades generalmente facturadas (AGB), que son las cantidades totales que Medicaid permitiría para dicha atención.

Los hospitales de BayCare Health System proporcionan atención de condiciones médicas de emergencia a todos los pacientes, sin tomar en cuenta la fuente de pago, su elegibilidad para la asistencia financiera o la falta de cobertura de seguro, y no se harán solicitudes de pago antes de realizar exámenes médicos. Los hospitales no llevarán a cabo actividades de cobranza de deudas que interfieran con la prestación de la atención médica de emergencia ni tomarán otras medidas que disuadan a las personas de buscar la atención médica en cuestión. Los miembros del equipo de Asistencia Financiera estarán a la disposición de los pacientes durante horarios designados

para ayudarles a determinar su elegibilidad para los programas de asistencia financiera federales, estatales y del condado. La autoridad final para determinar la elegibilidad y si se han hecho esfuerzos razonables para determinarla es del Vicepresidente de Soluciones Financieras del Paciente.

Las medidas para publicitar ampliamente la Política de Asistencia Financiera de BayCare y los documentos relacionados a los pacientes, miembros de la familia, visitantes y el público en general incluirán, pero no se limitan a:

- Los documentos relacionados con la asistencia financiera incluyen la política completa, un resumen en lenguaje sencillo de la misma, la solicitud de asistencia financiera y las instrucciones para llenarla, y una lista de proveedores no empleados de atención de emergencia y cuidados necesarios desde el punto de vista médico en el centro hospitalario que indique si están cubiertos o no por esta política de Asistencia Financiera. Todos los documentos relacionados con la asistencia financiera estarán disponibles en idiomas identificados que representen lo que resulte menor entre 5 por ciento y 1,000 individuos de las poblaciones que probablemente se verán afectados, se encuentren o que sean atendidas por los hospitales, según se determine con base en los datos de registro y los servicios de traducción. Todos estos documentos descritos antes estarán disponibles en los sitios web de los hospitales y en el sitio web corporativo del BayCare Health System. También estarán disponibles en las oficinas de registro, el Departamento de Emergencias y Asistencia Financiera de todos los hospitales, en inglés y en traducciones en todos los idiomas identificados, con solicitud previa y sin cargo alguno, en copias impresas, por correo o en formato electrónico para el paciente.
- Habrá letreros visibles en las áreas de registro y las salas de emergencia para indicar la disponibilidad de asistencia financiera.
- Los folletos/paquetes de información para el paciente harán referencia a la disponibilidad de asistencia financiera.
- Se les informará a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera durante el proceso de registro y programación cuando expresen su preocupación por los pagos.
- Se les informará a los pacientes sobre la política de asistencia financiera en declaraciones de facturación después de prestar los servicios. La información en cada declaración incluirá el URL donde pueden obtenerse todos los documentos relacionados con la asistencia financiera y el número de teléfono al que se puede llamar para pedir más información sobre la política de asistencia financiera y el proceso de solicitud.

- Las agencias de la comunidad que atienden a los residentes en las áreas de servicio de los hospitales que tengan una necesidad mayor de asistencia financiera serán identificadas por medio del Community Health Needs Assessment, evaluación de necesidades de salud de la comunidad, y otros medios relacionados. Se les proporcionarán los documentos de asistencia financiera y los medios para ayudar a las personas que tengan necesidad de recibir dicha asistencia por medio de los hospitales.

Métodos para Solicitar Asistencia Financiera

En la oficina de Registro, el Departamento de Emergencias y la oficina de Asistencia Financiera de cada hospital se pueden obtener los documentos relacionados con este tipo de asistencia, así como ayuda con el proceso de solicitud. Además, se puede solicitar que se envíen por correo los documentos relacionados con la asistencia financiera llamando al (855) 233-1555, o estos pueden obtenerse de manera directa del sitio web del hospital o el corporativo. Las solicitudes completadas pueden devolverse al área donde se obtienen en el hospital, por correo, por fax o por correo electrónico, según se indique en las instrucciones de la solicitud. Las solicitudes de asistencia financiera completadas para servicios no relacionados con el hospital pueden usarse para determinar la elegibilidad para recibirla para servicios relacionados con el hospital. Estas se revisarán en un plazo de 30 días. La notificación de elegibilidad se entregará por correo o correo electrónico a solicitud del paciente.

La documentación o información a continuación se usará para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera:

- Solicitud de asistencia financiera firmada en la que reconozca que proporcionar información falsa para defraudar al hospital es un delito menor en segundo grado (Sección 817.50 F.S.). Los beneficiarios de Medicare deben llenar la solicitud de asistencia financiera completa.
- El ingreso anual bruto declarado de un paciente en ausencia de una solicitud firmada y atestiguada. No aplica para beneficiarios de Medicare.
- Ingreso documentado por alguno de los siguientes: Formularios de retención W-2, talones de pago del empleador, declaración de impuestos federales del año anterior o verificación del salario actual por parte de los empleadores, agencias de asistencia pública u otras agencias gubernamentales que puedan certificar la situación de ingresos del paciente en los últimos 12 meses.

■ Documentación de bienes que incluyan, entre otros, extractos bancarios o extractos de inversión.

■ La información del paciente puede verificarse por medio de un informe de crédito al consumo, búsquedas de propiedades u otros medios para fundamentar sus circunstancias financieras.

La información necesaria para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera incluye la información demográfica del paciente y sus ingresos, sus bienes, los nombres de los miembros de la familia, sus fechas de nacimiento y números del Seguro Social, y los ingresos de todos los miembros de la familia.

Los miembros de la familia son un cónyuge, sin importar el estado de declaración de impuestos, o aquellos que hayan sido reclamados como dependientes económicos en la declaración de impuestos del paciente del año anterior o que serán reclamados en el período de declaración de impuestos siguiente. Otros miembros de la familia en el hogar que el paciente mantenga de manera directa pueden incluirse en la solicitud, en caso de que dicha inclusión hable de su necesidad de asistencia financiera.

Puede que se requiera documentación financiera adicional para validar la elegibilidad para recibir asistencia de este tipo cuando haya evidencia de la capacidad del paciente para cumplir sus obligaciones financieras. La documentación financiera solicitada para determinar la elegibilidad incluye, entre otros, las declaraciones de impuestos más recientes, los extractos de cuenta bancarios y de ahorros más recientes y las cuentas de inversión más recientes. Cuando se requiera documentación financiera para realizar una revisión más a fondo de la situación financiera del paciente, sus bienes y el crédito disponible pueden ser tomados en consideración en la revisión de la elegibilidad para recibir dicha asistencia.

Todos los beneficiarios de Medicare deben presentar un comprobante de ingresos y bienes para ser considerados para la asistencia financiera. Si los bienes líquidos disponibles de la familia superan los \$50,000, es posible que el paciente no sea elegible para recibir asistencia financiera.

En el caso de los pacientes asegurados (sin Medicare), si los bienes líquidos disponibles exceden cinco veces la cantidad de responsabilidad del paciente, es posible que este no sea elegible para recibir asistencia financiera.

En el caso de los pacientes sin seguro, si los bienes líquidos disponibles exceden cinco veces la cantidad de los cargos totales, es posible que el paciente no sea elegible para recibir asistencia financiera.

Un paciente (garante) puede apelar al enviar una carta por correo electrónico o fax, con una explicación de sus circunstancias financieras y la

documentación relacionada con sus circunstancias atenuantes. Es posible que se requiera una prueba del cambio en las circunstancias financieras para reconsiderar una denegación. La decisión final sobre la apelación la tomará un miembro del equipo directivo de Asistencia Financiera.

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

En el caso de que un paciente envíe una solicitud de asistencia financiera incompleta dentro de los 240 días después de a la fecha del primer estado de cuenta de facturación después del alta por la atención para la cual está solicitando la asistencia, este será notificado de la información necesaria que falte junto con una copia del resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera, y se suspenderán los esfuerzos de cobranza relacionados con los cargos por dicha atención. El saldo de los pacientes que califiquen para asistencia financiera se ajustará a cero, los esfuerzos de cobranza se suspenderán permanentemente y se enviará un aviso a las agencias de crédito en los casos en que antes se haya enviado información negativa.

Crterios empleados para determinar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera:

1. No se proporcionará asistencia financiera de conformidad con esta política a personas que no sean residentes de Florida, que sean ciudadanos de otros países, para procedimientos planeados, como parto y nacimiento, y bebés de residentes que no sean de Florida, y que no se relacionen con la continuidad de la atención médica, a personas que sean elegibles para otra cobertura de terceros, pero que elijan no utilizarla, o pacientes que busquen atención médica fuera de su red de proveedores o fuera del área de servicio del hospital para atención que no sea de emergencia. Es posible que se les solicite a los pacientes que viven en el área de servicio y que estén patrocinados por organizaciones que proporcionen una prueba de atención médica no cubierta por parte de su patrocinador antes de que se pueda revisar la solicitud de asistencia financiera.
2. Se considera que los servicios siguientes no son necesarios desde el punto de vista médico y no son elegibles para recibir asistencia financiera según esta política: Experimentales, relacionados con un estudio de investigación, procedimientos quirúrgicos bariátricos de pago personal cubiertos de conformidad con los acuerdos de tarifa plana, un paquete de oferta o un procedimiento cosmético optativo o un procedimiento para la fertilidad. Los saldos de los pacientes para procedimientos bariátricos autorizados por el seguro principal pueden considerarse para asistencia financiera después de los pagos del seguro.

3. La asistencia financiera se considera para pacientes con saldos en los que no se identifique una fuente de pago adicional, incluida, entre otras, cualquier entidad que pueda pagarle a un paciente de manera directa después de que se presenten las facturas médicas.

4. Los ingresos del paciente deben cumplir uno de los criterios siguientes:

- a. AHCA Charity: El ingreso familiar bruto correspondiente a los 12 meses anteriores a la determinación no es más del 200 por ciento de los lineamientos federales actuales para el nivel de pobreza y/o la parte impaga de la factura del hospital que adeudan los pacientes excede el 25 por ciento del ingreso familiar anual. El ingreso familiar bruto total no puede exceder cuatro veces el nivel federal de pobreza para una familia de cuatro, sin importar los cargos debidos por el paciente. Otros pacientes elegibles para AHCA incluyen a los elegibles para Medicaid, los pacientes cubiertos por programas de asistencia del condado y los elegibles para Medicare/Medicaid que hayan agotado los beneficios o reciban servicios no cubiertos
- b. BayCare Hardship Charity se extiende a pacientes que cumplan cualquiera de los siguientes lineamientos:

- i. Un formulario de solicitud de asistencia financiera con información de ingresos que indique el ingreso familiar bruto hasta de 250 por ciento de los lineamientos del nivel federal de pobreza
- ii. Pacientes con Medicaid o programas de atención médica para indigentes operados por el condado en los seis meses inmediatamente anteriores o después de la fecha del servicio en revisión
- iii. Beneficiario comprobado de cupones de alimentos
- iv. Cargos no cubiertos por Medicaid como parte de los costos compartidos del paciente de dicho programa
- v. Pacientes identificados como indigentes o pacientes difuntos sin sucesión patrimonial
- vi. Pacientes referidos por organizaciones de la comunidad o caritativas que tengan acuerdos con hospitales individuales para proporcionar servicios específicos a pacientes identificados sin cargo alguno para ellos, es decir, clínicas comunitarias gratuitas, programa de vales para mamografías. Los hospitales intentarán obtener un formulario de solicitud de asistencia financiera para que AHCA Charity la considere. Estos pacientes serán considerados elegibles para recibir asistencia financiera según esta política en caso de no cumplir los lineamientos de AHCA.

- vii. Donde la incapacidad de pago se indique con base en el diagnóstico, la situación laboral y el historial de pagos sin una solicitud de asistencia financiera que esté disponible
- viii. Confirmación de Medicaid de otro estado, pero no se haya recibido el pago
- ix. El saldo adeudado es más del 25 por ciento del ingreso familiar bruto más allá de los criterios establecidos en la sección 4a previa
- x. Encuentros relacionados con asuntos legales cuando no se espera ningún pago adicional, pero haya una solicitud de FA vencida disponible
- xi. Pacientes que superen otros criterios con dificultades financieras documentadas o circunstancias financieras atenuantes reflejadas por un hecho financiero inesperado más allá de su presupuesto normal

Se pueden tomar decisiones presuntas de asistencia financiera para pacientes de la sala de emergencias sin seguro dentro de los tres meses después de la fecha de servicio, con base en el análisis de terceros, mediante procesos de investigación de crédito, en las circunstancias siguientes:

- Cuentas no aseguradas de pacientes que no hayan sido entrevistados por el equipo de Asistencia Financiera o sin una solicitud actual de asistencia financiera en nuestros archivos
- El nivel federal de pobreza (FPL), reportado del paciente cumple los criterios para recibir asistencia financiera

Pagos Anteriores y Reembolsos para Pacientes Elegibles para Recibir Asistencia Financiera

Los pagos anteriores hechos por pacientes que se aprueben más adelante para recibir asistencia financiera les serán reembolsados. Los reembolsos se limitan a servicios proporcionados por el

hospital dentro de sus instalaciones. Cuando se haya solicitado más información financiera de un paciente y no se hayan cumplido los criterios de límite de activos, los pagos anteriores no se reembolsarán ya que el paciente no se considerará elegible para recibir asistencia financiera.

Facturación y Cobranza

Los pacientes no asegurados que no califiquen para recibir asistencia financiera calificarán para un descuento del 40 por ciento sobre los cargos facturados y un descuento adicional del 10 por ciento si pagan en su totalidad dentro de los 30 días siguientes a la fecha del primer estado de cuenta de acuerdo con el Uninsured Patient Discount Policy, política de descuento para pacientes no asegurados. Estos descuentos del 40 y el 10 por ciento no constituyen asistencia financiera según esta política.

Todos los pacientes que tengan saldos por pagar y se determine que no son elegibles para recibir asistencia financiera estarán sujetos a los procesos de cobranza estándares y sus cuentas podrán enviarse a una agencia de cobranzas. Las cuentas de los pacientes que no sean elegibles para recibir asistencia financiera con saldos impagos y que no estén en un plan de pagos establecido se transferirán a una agencia de cobranzas a los 158 días de la fecha del primer estado de cuenta de facturación después del alta y después de tres estados de cuenta de facturación que hayan contenido el resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera.

No se tomarán medidas extraordinarias de cobranza (ECA), sobre los saldos impagos de pacientes antes de realizar los esfuerzos razonables para determinar si son elegibles o no para recibir asistencia financiera. Estos esfuerzos incluyen:

- Todas las medidas descritas antes en esta política
- Un intento de notificación oral de las ECA pendientes por lo menos 30 días antes de implementarlas

- Un aviso por escrito, proporcionado por lo menos 30 días antes de implementar las ECA, que indique que hay asistencia financiera disponible para personas elegibles, que identifique las ECA que el hospital (o la agencia de cobranzas) piensa implementar en contra de la persona, que incluya un resumen en lenguaje sencillo de esta política, y que establezca una fecha límite después de la cual se tomarán las ECA que sea por lo menos 30 días después de la fecha del aviso por escrito
- Esperar por lo menos 240 días después de la fecha del primer estado de cuenta de facturación tras el alta por servicios de emergencia u otros cuidados necesarios desde el punto de vista médico antes de implementar las ECA relacionadas con los saldos impagos por dichos servicios

Las ECA pueden incluir reportes de la deuda a una agencia de informes de crédito al consumo o una agencia de crédito, procesos legales o judiciales para cobrar la deuda, venta de la deuda, demandas o embargos en contra del paciente o sus bienes, o exigir el pago de facturas anteriores pendientes de pago por atención relacionada con el Programa de Asistencia Financiera (FAP) antes de proporcionar la atención necesaria desde el punto de vista médico.

Los saldos de los pacientes que califiquen para asistencia financiera durante el proceso de cobranza y dentro del año siguiente contado a partir de la fecha del servicio se ajustarán a cero, los esfuerzos de cobranza se suspenderán de manera permanente y se les enviará un aviso a las agencias de crédito en los casos en los que antes se haya enviado información negativa.

Todas las partes por contrato que participen en las actividades de cobranza de deudas en nombre de BayCare Health System y sus hospitales afiliados estarán sujetas a todas las normas de asistencia financiera, facturación y cobranza incluidas en esta política.

Los sitios web de los hospitales donde pueden obtenerse en línea todos los documentos de asistencia financiera (esta política, un resumen en lenguaje sencillo de la misma, la solicitud de asistencia financiera, una lista de proveedores no empleados de servicios de emergencia y atención necesaria desde el punto de vista médico en el hospital, y traducciones de estos documentos) son:

- Lista de proveedores:
BayCareFinancialAssistance.org
- Bartow Regional Medical Center:
BayCare.org/BRMC
- BayCare Alliant Hospital:
BayCare.org/BAH
- BayCare Health System:
BayCare.org
- 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



BayCareFinancialAssistance.org