

Asistencia Financiera



Política y Procedimiento

Emitido: 1 de enero de 2018 | Núm. de Política: BC ADM 06
Aprobado por: Janice Polo, BayCare CFO



Propósito

Los hospitales de BayCare Health System son entidades sin fines de lucro establecidas para satisfacer las necesidades de atención de la salud de los residentes de las comunidades a las que dan servicio. Por consiguiente, los hospitales proporcionan atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios, sin discriminación y sin tomar en cuenta la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera. Los hospitales también prestan otros servicios de atención médica a ciertas personas por las cuales no reciben ningún pago. Esta política establece un método sistemático para identificar y distribuir asistencia financiera a los residentes de las comunidades que atienden todos los centros hospitalarios.

Política

BayCare Health System proporcionará asistencia financiera a pacientes del hospital que se determine que no pueden pagar los servicios debido a dificultades financieras. Se usan dos programas para determinar si los pacientes reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera:

1. **AHCA Charity**, bajo los lineamientos establecidos por el estado de Florida, se pone a la disposición de pacientes con ingresos brutos familiares inferiores a 200 por ciento del nivel federal de pobreza o cuyos gastos relacionados con el hospital son superiores a 25 por ciento del ingreso familiar anual.
2. **Hardship Charity**, bajo los lineamientos establecidos por BayCare Health System, va más allá de los límites de AHCA Charity e incluye pacientes cuyo ingreso familiar es hasta de 250 por ciento del nivel federal de pobreza.

Los pacientes que hayan presentado información financiera completa y hayan cualificado para recibir asistencia financiera no estarán sujetos a medidas de facturación y/o cobro sin ninguna expectativa de pago. Los pagos esperados por los servicios cubiertos de conformidad con esta política no serán superiores, inferiores o iguales a las cantidades generalmente facturadas (AGB), que son los montos totales que Medicaid permitiría por dicha atención. Además, los hospitales proporcionan atención para afecciones médicas de emergencia a todos los pacientes, sin tomar en cuenta la fuente de pago, elegibilidad para asistencia financiera o falta de cobertura de seguro, y no se harán solicitudes de pago antes de realizar algún examen médico. Los hospitales tampoco llevarán a cabo actividades de cobro de deudas que interfieran con la prestación de la atención médica de emergencia ni tomarán otras medidas que disuadan a las personas de buscar atención médica de emergencia. 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 determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera es del Director de Asistencia Financiera.

Las medidas para difundir ampliamente la Política de Asistencia Financiera de BayCare y los documentos relacionados entre pacientes, miembros de la familia, visitantes y el público en general incluirán, entre otras:

- Los documentos relacionados con la asistencia financiera incluyen la política completa, declaración resumida en lenguaje sencillo de la política completa, la solicitud de asistencia financiera y las instrucciones para llenarla, y una lista de proveedores no empleados de atención de emergencia y cuidados médicamente necesarios 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 representan lo que resulte menor entre 5 por ciento y 1,000 individuos de las poblaciones que probablemente resultarán afectadas, encontradas o que sean atendidas por los hospitales, según se determine con base en datos de registro y servicios de traducción.
- Todos los documentos relacionados con la asistencia financiera descritos anteriormente estarán disponibles en los sitios web de los hospitales y en el sitio web corporativo de BayCare, así como en las oficinas de registro, del departamento de emergencias y de Asistencia Financiera de todos los hospitales en inglés y traducciones en todos los idiomas identificados, previa solicitud y sin costo alguno, en copias impresas, por correo o en formato electrónico para el paciente.
- Habrá letreros en las áreas de registro y 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 informará a los pacientes de la disponibilidad de asistencia financiera durante el proceso de registro y programación cuando expresen su preocupación por los pagos.
- Los pacientes serán informados de la política de asistencia financiera en declaraciones 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 ciudadanos en las áreas de servicio de los hospitales que tienen mayor necesidad 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 tienen necesidad de recibir asistencia financiera por medio de los hospitales.

Métodos para solicitar asistencia financiera:

En la oficina de registro, el departamento de emergencias y las oficinas de asistencia financiera de cada hospital se pueden obtener los documentos relacionados con la asistencia financiera, 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 los documentos pueden imprimirse directamente del sitio web del hospital o del corporativo. Las solicitudes completadas pueden ser devueltas al área donde se obtienen en el hospital, por correo, por fax o por correo electrónico, según se indica 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 recibir asistencia financiera para servicios relacionados con el hospital.

La siguiente documentación o información 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.)
- El ingreso anual bruto declarado de un paciente en ausencia de una solicitud de testigo firmada.
- Ingreso documentado por uno de lo siguiente: formularios de retención W-2, talones de pago del empleador, declaración de impuestos federales del año anterior, verificación del salario actual por parte del o los empleadores, agencias de asistencia pública u otras agencias gubernamentales que puedan certificar la situación de ingresos del paciente en los últimos 12 meses.
- La información del paciente puede verificarse por medio de un informe de crédito al consumo, búsquedas de propiedades u otros medios para fundamental las circunstancias financieras del paciente.

La información necesaria para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera incluye la información demográfica del paciente y su ingreso, nombres de los miembros de la familia y sus fechas de nacimiento y números del seguro social, e ingresos de todos los miembros de la familia. Los miembros de la familia incluyen cónyuges sin importar el estado de presentación de impuestos, y aquellos que hayan sido reclamados como dependientes económicos en la declaración de impuestos del paciente del año anterior o que serán reclamados en el siguiente período de declaración de impuestos. Otros miembros de la familia que sean mantenidos directamente por el paciente pueden ser incluidos en la solicitud, si dicha inclusión habla de la necesidad de asistencia financiera del paciente.

No se requiere documentación financiera adicional del paciente, pero puede solicitarse para validar la elegibilidad para recibir asistencia financiera cuando hay evidencia de la capacidad del paciente para cumplir sus obligaciones financieras. Esta documentación financiera incluye las declaraciones de impuestos más recientes y los estados de cuenta bancarios más recientes de cuentas de cheques y ahorro. Los beneficiarios de Medicare debe presentar comprobante de ingresos y activos para ser considerados para asistencia financiera. Cuando se requiera documentación financiera para realizar una revisión más a fondo de la situación financiera del paciente, sus bienes y crédito disponible pueden ser tomados en consideración en la revisión de la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Si los bienes líquidos activos disponibles están en forma de saldos de cheques y ahorro exceden de cinco veces el monto de responsabilidad a cargo del paciente, el paciente no será considerado para asistencia financiera.

Las solicitudes se revisarán dentro de los 30 días posteriores a su presentación y se enviará aviso de elegibilidad por correo tradicional o electrónico a solicitud del paciente. Un paciente puede apelar un rechazo por teléfono, por correo electrónico, por fax o por carta con una explicación de sus circunstancias financieras y documentación relacionada con sus circunstancias atenuantes. La decisión final sobre la apelación será tomada por el Director de Asistencia Financiera.

Las cuentas con saldo abierto correspondientes a un año anterior a la fecha de la solicitud original y los servicios subsiguientes del hospital durante un año a partir de la fecha de la solicitud original calificarán para Asistencia Financiera si el hospital determina que el solicitante cualifica para recibir asistencia financiera. Si un paciente envía una solicitud de asistencia financiera incompleta dentro de los 240 días posteriores a la fecha del primer estado de cuenta de facturación después del alta por la atención para la que está solicitando asistencia financiera, será notificado de la información necesaria que falta junto con

una copia del resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera, y se suspenderán los esfuerzos de cobro relacionados con los cargos por dicha atención. Esto incluye los esfuerzos de cobro realizados por la Oficina Central de Negocios de BayCare y las agencias de cobro primarias y secundarias. Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera hasta un año después de la fecha del servicio. El saldo de los pacientes que cualifiquen para asistencia financiera se ajustará a cero, los esfuerzos de cobro se suspenderán de manera permanente y se enviará aviso a las agencias de crédito en los casos en que anteriormente se haya enviado información negativa.

Criterios 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 que no se relacionen con la continuidad de la atención médica, a personas que son elegibles para otra cobertura de terceros, pero que opten por no utilizar dicha cobertura, 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.
2. Se considera que los siguientes servicios no son médicamente necesarios y no son elegibles para recibir asistencia financiera según esta política: Experimentales, relacionados con estudios de investigación, procedimientos quirúrgicos bariátricos de auto-pago cubiertos por acuerdos de tarifa fija, un paquete de precios o un procedimiento electivo cosmético u relacionado con la fertilidad.
3. El ingreso del paciente debe cumplir uno de los siguientes criterios:
 - a. Lineamientos del programa Florida Agency for Health Care Administration (ACHA) Charity: El ingreso familiar bruto correspondiente a los 12 meses anteriores a la determinación no es superior a 200 por ciento de los lineamientos federales vigentes para el nivel de pobreza y/o la parte no pagada de la factura del hospital que adeuda el paciente excede de 25 por ciento del ingreso familiar anual. El ingreso familiar bruto total no puede exceder de cuatro veces el nivel federal de pobreza para una familia de cuatro, sin importar los cargos que adeude el paciente. Otros pacientes elegibles para AHCA incluyen a elegibles para Medicaid, pacientes cubiertos por programas de asistencia del condado y elegibles para Medicare/Medicaid que han agotado los beneficios o están recibiendo servicios no cubiertos.

b. BayCare Hardship Charity se extiende a pacientes que cumplen cualquiera de los siguientes lineamientos:

- i. Un formulario de solicitud de asistencia financiera con información de ingresos que indica ingreso bruto familiar hasta de 250 por ciento del nivel federal de pobreza (FPL)
 - ii. Pacientes con Medicaid o programas de salud para indigentes operados por el condado en los seis meses inmediatamente anteriores o posteriores a la fecha del servicio en revisión
 - iii. Recipientes verificados de cupones de alimentos
 - iv. Cargos no cubiertos por Medicaid como parte de los costos compartidos del paciente de Medicaid
 - v. Pacientes identificados como indigentes o pacientes difuntos sin sucesión patrimonial
 - vi. Pacientes derivados por organizaciones de la comunidad o de caridad que tengan acuerdos con hospitales individuales para proporcionar servicios específicos a pacientes identificados sin cargo alguno para el paciente, por ejemplo, clínicas comunitarias gratuitas y programas 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 si no cumplen los lineamientos de AHCA.
 - vii. Donde la incapacidad de pago se indica con base al diagnóstico, situación laboral e historial de pagos sin un formulario de selección financiera que esté disponible.
 - viii. Confirmación de Medicaid fuera del estado, pero no se recibe pago.
 - ix. El saldo debido es más del 25% del ingreso familiar bruto más allá de los criterios establecidos en 3a arriba.
 - x. Reuniones relacionadas con asuntos legales cuando no se esperan más pagos, pero hay disponible una solicitud de asistencia financiera vencida.
 - xi. Pacientes que excedan otros criterios y que tengan una dificultad financiera documentada o circunstancias financieras atenuantes.
4. Cuando se haya solicitado más información financiera de un paciente y sus bienes líquidos disponibles, en la forma de saldos de cheques y ahorro, excedan de cinco veces la cantidad

de responsabilidad a cargo del paciente, el paciente no calificará para recibir asistencia financiera. Los saldos de pacientes no asegurados y los saldos de los pacientes después del seguro son elegibles para recibir asistencia financiera. Se pueden tomar presuntas decisiones de asistencia financiera con base en análisis de terceros para pacientes de ER sin seguro, usando procesos de investigación de crédito, en las siguientes circunstancias:

- a. 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
- b. 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 de atención que sean aprobados para recibir asistencia financiera serán reembolsados al paciente. Los reembolsos se limitan a servicios basados en el hospital y proporcionados por el hospital. Cuando se haya solicitado más información financiera de un paciente y sus bienes líquidos disponibles, en la forma de saldos de cheques y ahorro, excedan de cinco veces el monto de responsabilidad a cargo del paciente, los pagos anteriores no se reembolsarán ya que el paciente será considerado no elegible para recibir asistencia financiera.

Facturación y Cobros

Los pacientes no asegurados que no califiquen para recibir asistencia financiera calificarán para un descuento de 40 por ciento sobre los

cargos facturados y un descuento adicional de 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 de 40 y 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 cobros estándares y sus cuentas podrán enviarse a una agencia de cobros. Las cuentas con saldos impagos y no en un plan de pagos establecido se transferirán a una agencia de cobros a los 120 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 cobros (ECA) sobre los saldos impagos de pacientes antes de realizar todos los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible o no para recibir asistencia financiera. Estos esfuerzos incluyen:

- Todas las medidas previamente descritas en esta política
- Un intento de notificación oral de la ECA pendiente por lo menos 30 días antes de implementar la ECA
- Un aviso por escrito, proporcionado por lo menos 30 días antes de implementar la ECA, que indique que hay asistencia financiera disponibles para personas elegibles, identifique la o las ECA que el

hospital (o la agencia de cobros) piensa implementar en contra de la persona, incluya un resumen en lenguaje sencillo de esta política, y establezca una fecha límite después de las cuales 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 después del alta por servicios de emergencia u otros cuidados médicamente necesarios antes de implementar las ECA relacionadas con los saldos impagos por dicha atención.

Las ECA pueden incluir lo siguiente: Reporte de la deuda a una agencia de informes de crédito al consumo o agencia de crédito, procesos legales o judiciales para cobrar la deuda, venta de la deuda, demandas o embargos en contra del paciente o los bienes del paciente, o exigir el pago de facturas anteriores pendientes de pago por atención relacionada con FAP antes de proporcionar la atención médicamente necesaria. Los pacientes que cualifiquen para asistencia financiera durante el proceso de cobros y dentro del siguiente año contado a partir de la fecha del servicio se ajustarán a cero, los esfuerzos de cobros se suspenderán de manera permanente y se enviará aviso a las agencias de crédito en los casos en que anteriormente se haya enviado información negativa. Todas las partes por contrato que participan en las actividades de cobros 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 política, la solicitud de asistencia financiera, una lista de proveedores no empleados de servicios de emergencia y cuidados médicamente necesarios en el hospital, y traducciones de estos documentos) son:

- **Bartow Regional Hospital:** BayCare.org/BRMC
- **BayCare Alliant Hospital:** BayCare.org/BAH
- **Sistema de Salud BayCare:** 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/MPNB
- **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

