



BON SECOURS HEALTH SYSTEM

**Política/Procedimiento**

Título: Asistencia financiera para el paciente	Fecha: 01/04//2016
	Reemplaza la Versión con fecha: 12/01/2015
Categoría: SYS.MIS.FAP	Aprobado por: El Directorio de BSHSI

**POLÍTICA**

Es la política de Bon Secours Health System, Inc. (“BSHSI,” *por sus siglas en inglés*) estar comprometido a asegurar para todos, el acceso a los servicios necesarios para el cuidado de la salud. BSHSI trata a todos los pacientes, con o sin seguro, con dignidad, respeto y compasión a través de los procesos de admisiones, prestación de servicios, del alta, así como de facturación y cobranzas. Esta política se ha redactado con la intención de satisfacer los requerimientos de la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos de 1986, en su versión modificada, en relación con la ayuda financiera y las políticas de atención médica de emergencia, las limitaciones de cargos a las personas elegibles para ayuda financiera, y los esfuerzos de facturación y cobro razonables, y deben interpretarse de manera adecuada.

**ALCANCE**

Esta política es para ser utilizada por todas las instalaciones de BSHSI de cuidado intensivo y por las salas de emergencia autónomas.

**DEFINICIONES**

Montos Generalmente Facturados (AGB, *por sus siglas en inglés*) – Montos Generalmente Facturados significa los montos generalmente cargados a los pacientes por servicios de emergencia y medicamento necesarios que tienen seguro para dichos servicios. Los cargos para pacientes que son elegibles para asistencia financiera serán limitados a no más que los montos generalmente facturados (“AGB”) por tales servicios. Estos cargos están basados en los montos promedio permitidos por Medicare, así como por pagadores comerciales por servicios de emergencia y por otros cuidados médicamente necesarios. Los montos permitidos incluyen ambos, el monto que el asegurador pagará, y el monto, si alguno, por el

cual el individuo es personalmente responsable. El AGB es calculado utilizando el método retrospectivo de acuerdo a la regulación 26 CFR §1.501(r).

Deudas Morosas – El balance de una cuenta, adeudado por un paciente o por un garante, que se da de baja como incobable.

Cosmética – Cirugía en la que el propósito principal es mejorar la apariencia.

Hospital con Cuota Desproporcionada (DSH, por sus siglas en inglés) – Un hospital que presta servicio a un alto número de pacientes de bajos ingresos y recibe pagos de los Centros de Servicios de Medicaid y Medicare para cubrir los costos por el cuidado prestado a pacientes no asegurados.

Servicios Admisibles – Los servicios provistos por instalaciones de BSHSI, admisibles bajo esta política de asistencia financiera, incluirán:

- (A) Servicios médicos de emergencia proporcionados en un entorno emergencia
- (B) Servicios médicos no-electivos provistos en respuesta a circunstancias de peligro de muerte en el entorno de una habitación de hospital no designada como sala de emergencias.
- (C) Servicios que sean médicamente necesarios

Condición de emergencia médica – Una condición médica que se manifiesta a través de síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor intenso) tal que un individuo prudente no profesional, con conocimiento promedio sobre medicina y la salud, pudiese razonablemente esperar que la ausencia inmediata de atención médica pudiera resultar en:

- (A) Serio peligro a la salud del individuo, o, en el caso de una mujer embarazada, a la salud de la mujer o de su hijo a nacer;
- (B) Grave alteración de funciones corporales; o
- (C) Disfunción grave de cualquier órgano o parte de su cuerpo.

Ingresos familiares - Efectivo bruto o equivalentes de efectivo ganados por o proporcionados a un individuo. Los elementos no considerados como ingresos son los beneficios no monetarios y la asistencia pública, como los subsidios para alimentos y vivienda, y la asistencia educativa.

Pautas federales sobre pobreza - El nivel de pobreza federal es utilizado por el gobierno de los Estados Unidos para definir el nivel de pobreza de un paciente y su familia para propósitos de esta Política. Se basa en los ingresos anuales en efectivo de una familia, en lugar de su riqueza total, consumo anual o su propia evaluación del bienestar. Las pautas de pobreza se actualizan anualmente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en vigor en el momento de dicha determinación.

Tarifa fija - Una tarifa predeterminada para ciertos servicios que los pacientes eligen tener que son pagados por el paciente en el momento en que se realizan los servicios.

Garante - El paciente, cuidador o entidad responsable del pago de una factura de atención médica.

Jefe de Hogar- El individuo aparece en la declaración de impuestos como "Jefe de Hogar".

Sin hogar - Un individuo sin vivienda permanente que puede vivir en las calles; permanecer en un refugio, misión, edificio abandonado o vehículo; o en cualquier otra situación inestable o no permanente. Una persona puede ser considerada sin hogar si a la persona le dan albergue amigos y / o

miembros de la familia extendida por periodos mayores de 90 días.

Miembros del Hogar ("Dependientes") - Personas que "residen" en el hogar que se reclaman en la declaración de impuestos del Jefe del Hogar.

Proveedor de Servicios de Elegibilidad Médica / Defensor (representante) para la Asistencia Médica - Proveedor defensor contratado por BSHSI para examinar a los pacientes para programas gubernamentales y Asistencia Financiera en BSHSI.

Servicios Médicamente Necesarios - Servicios de salud necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, enfermedad o sus síntomas y que cumplan con los estándares aceptados de la medicina. En cualquiera de esas circunstancias, si la condición produce síntomas debilitantes o efectos secundarios, entonces también se considera médicamente necesario tratar.

Servicios No Elegibles - Los siguientes servicios de atención médica no son elegibles para asistencia financiera bajo esta política:

- (A) Servicios prestados como resultado de un accidente. Estos cargos están sujetos a todos los instrumentos legales requeridos para asegurar el pago de responsabilidad de terceros, incluso si estos instrumentos se presentan después de que se haya aprobado la elegibilidad inicial para el Programa de Asistencia Financiera para Pacientes. Si existe cobertura de terceros, BSHSI cobrará el saldo adeudado a dicho pagador. Si no existe cobertura de terceros, el paciente puede solicitar asistencia financiera.
- (B) Procedimientos electivos no médicamente necesarios, tales como procedimientos cosméticos y tarifa plana, y pacientes con seguro que deciden no usar su seguro, equipo médico duradero, cuidado en el hogar y medicamentos recetados.

#### Requisitos reglamentarios

Al implementar esta política, BSHSI deberá cumplir con todas las demás leyes, normas y reglamentos federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas de conformidad con esta política.

## **PROCEDIMIENTO**

La razón fundamental de este procedimiento es la evaluación proactiva por parte de BSHSI para identificar a los individuos y sus familias que pueden calificar para programas de seguro federales, estatales o locales, o para el Programa de Asistencia Financiera de Bon Secours ("FAP" *por sus siglas en inglés*). La aplicación de esta política a cualquier paciente estará sujeta a la presentación correcta y satisfactoria de la solicitud para asistencia financiera con toda la debida documentación. Cualquier paciente que rehúse llenar la solicitud para asistencia financiera, incluyendo toda la documentación de apoyo correspondiente, no será elegible a recibir asistencia financiera bajo esta política (siempre y cuando el paciente haya recibido las notificaciones requeridas por las regulaciones bajo la Sección 501(r)).

BSHSI espera que todos los pacientes sean evaluados primero para programas de seguros federales, estatales o locales, antes de ser evaluados para el FAP de BSHSI. Se espera que los pacientes cooperen y provean información apropiada y de manera oportuna a BSHSI a los efectos de obtener la asistencia financiera que estén solicitando. Aquellos individuos con la capacidad de adquirir seguro médico serán alentados a hacerlo, a los efectos de asegurarse el acceso a una más amplia gama de servicios médicos, así como para su salud personal en general.

En ciertas situaciones, la ley estatal aplicable puede imponer obligaciones adicionales o diferentes sobre hospitales de tales estados. La intención de esta política es satisfacer tanto los requerimientos Federales como estatales en dichos estados. Por lo tanto, ciertas disposiciones son aplicables solamente en ciertos estados como citado más adelante.

1. Criterio para la elegibilidad

La concesión de ayuda financiera estará basada en una determinación individualizada de la necesidad económica del individuo, sin tener en cuenta su raza, religión, color, género, edad, estado civil, nacionalidad, orientación sexual, identificación de género, información genética, estatus de veterano, discapacidad, ni de ninguna otra característica protegida por la ley.

2. Los montos cobrados a los pacientes

El FAP provee el 100% de asistencia financiera para servicios elegibles a pacientes sin seguro y a pacientes asegurados con un ingreso anual bruto del, o por debajo del 200% de las Pautas del Nivel Federal de Pobreza (FPG, *por sus siglas en inglés*), de acuerdo a su ajuste anual. BSHSI ofrece una reducción a pacientes sin seguro que no califican para recibir ayuda financiera. BSHSI también ofrece una tarifa de descuento a pacientes cuyos ingresos brutos familiares están entre el 201% y el 400% del FPG.

3. AGB (Montos generalmente facturados)

A un individuo elegible para el programa de asistencia financiera (FAP), o a un individuo no asegurado, no se le cobrará más que el monto generalmente facturado (o “AGB”) por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios. BSHSI ofrece una reducción en las tarifas a pacientes sin seguro que no califican para recibir asistencia financiera. La reducción en el monto ofrecida a dichos individuos es el AGB. Los “Montos Generalmente Facturados” (o “AGB”) son ajustados anualmente de acuerdo al mercado, y están basados en el método retrospectivo utilizando las tarifas de Medicare y comerciales, incluyendo copagos y deducibles.

4. Presunta elegibilidad

Hay casos cuando un paciente sin seguro pudiese parecer ser elegible para recibir asistencia financiera, pero éste no ha provisto la documentación de apoyo necesaria para establecer dicha admisibilidad. En estos casos, el ingreso estimado del paciente y/o los montos de Nivel Federal de Pobreza pueden ser provistos a través de otros medios, así como por agencias de crédito, que pudiesen proveer suficiente evidencia para justificar la provisión de asistencia financiera. La admisibilidad presunta es determinada en base a cada caso, y es efectiva solamente para ese episodio de cuidado.

5. Periodo de elegibilidad

Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera hasta 240 días después de la fecha de su primer estado de cuenta. Si el paciente es aprobado para recibir asistencia financiera, su cobertura es válida por 240 días previos y 240 días posteriores a la fecha de la firma de la solicitud. Los pacientes aprobados para asistencia financiera que regresan para más servicios durante los 240 días de tiempo de la aprobación, serán evaluados para programas de seguros federales, estatales o locales en ocasión de cada visita. El programa de asistencia financiera de BSHSI no es un seguro.

Ambos, no-ciudadanos como residentes permanentes son elegibles para asistencia financiera. No obstante, los pacientes en los Estados Unidos con una visa serán evaluados para asistencia financiera en base a cada caso. Si un paciente con visa es aprobado para asistencia financiera,

la ventana de tiempo de la aprobación será solo para ese episodio de cuidado, no por 240 días previos ni posteriores a la fecha de la firma de sus solicitudes. Los pacientes tienen requerido proveer una copia de su visa así como de cualquier seguro, e información financiera y/o patrocinio.

6. Proveedores participantes

Ciertos servicios médicamente necesarios y de emergencia son provistos por proveedores que no son parte ni empleados de BSHSI, que podrán facturar por sus servicios separadamente, y que posiblemente no se hayan suscrito a esta política de asistencia financiera.

Esta política es aprobada por el Directorio de BSHSI.

Para Facturación y Cobranzas, por favor referirse a nuestra política de Facturaciones y Cobranzas.