

*Política y Procedimiento
Administrativo del Hospital*

Política: Atención de Beneficencia y Asistencia Financiera

Número de política:

Joseph S. Gordy, CEO Flagler Hospital	Firma:
Autor:	Director Financiero
Departamentos coordinantes:	Servicios Financieros para el Paciente
Fecha de emisión original:	15 de octubre de 2009
Fechas de revisión:	17 de julio de 2014; 13 de julio de 2016
Fecha de la última revisión:	
Capítulo:	Administración
Referencias regulatorias:	
Otras referencias:	

I. POLÍTICA:

Flagler Hospital tiene el compromiso de proporcionarles atención de beneficencia a las personas que tengan necesidades de atención médica y que no tengan seguro, tengan un seguro insuficiente, no resulten elegibles para un programa gubernamental o a personas que de otro modo no estén en condiciones de pagar por una atención médica necesaria a causa de su situación financiera particular. En concordancia con su misión de proporcionar servicios de atención médica compasivos, de alta calidad y accesibles y de abogar por aquellas personas que no tienen recursos y son marginadas, Flagler Hospital lucha por asegurar que la capacidad financiera de las personas que necesiten servicios de atención médica no les impida solicitar y recibir dicha atención. Flagler Hospital les proporcionará a los pacientes, sin discriminación alguna, atención médica ante situaciones de emergencia, sin importar su elegibilidad para obtener asistencia financiera o asistencia gubernamental.

Conforme a esto, esta política escrita:

- incluye criterios de elegibilidad para recibir asistencia financiera: atención gratuita o con descuento (beneficencia parcial);
- describe la base para calcular los importes a cobrarles a los pacientes que sean elegibles para recibir asistencia financiera bajo la presente política;
- describe el método por el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera;

- describe de qué manera el hospital publicitará ampliamente la política dentro de la comunidad que atiende;
- limita los importes que el hospital puede cobrar por atención de emergencia o por otro tipo de atención médica necesaria que se preste a individuos elegibles para asistencia financiera al importe que generalmente les factura el hospital (recibe el hospital) a los pacientes que tienen un seguro privado o Medicare.

La beneficencia no se considera un sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de Flagler Hospital para obtener la beneficencia y otras formas de asistencia financiera y que contribuyan con el costo de su atención según su capacidad individual de pagar. Las personas que tengan la capacidad financiera para adquirir un seguro médico serán alentadas a hacerlo, como un medio de asegurarse el acceso a los servicios de atención médica para su salud personal en general y para la protección de sus activos personales.

A fin de administrar sus recursos de manera responsable y de permitir que Flagler Hospital proporcione un nivel apropiado de asistencia a la mayor cantidad de personas que la necesiten, la Junta Directiva establece las pautas que se describen a continuación para brindarle beneficencia al paciente.

II. DEFINICIONES:

A los efectos de la presente política, los términos que figuran a continuación se definen de la siguiente manera:

Atención de beneficencia: Servicios de atención médica que se hayan prestado o que se presten en el futuro pero por los cuales no se espera un ingreso de fondos. La atención de beneficencia surge de la política que tiene un proveedor de brindar servicios de atención médica gratuita o con un descuento a las personas que satisfagan los criterios establecidos.

Familia: Utilizando la definición de la Oficina del Censo, una familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Según las reglas del Servicio de Ingresos Internos o IRS (por *Internal Revenue Service*), si el paciente declara a una persona como dependiente en su declaración del impuesto sobre la renta, puede considerarse como dependiente a los fines de la prestación de la asistencia financiera.

Ingreso familiar: El ingreso familiar se determina utilizando la definición de la Oficina del Censo, que tiene en cuenta los siguientes tipos de ingresos al computar las pautas de niveles federales de pobreza:

- incluye ingresos, compensación por desempleo, compensación del trabajador, seguro social, ingreso de seguro suplementario, asistencia pública, pagos de veterano, beneficios de sobreviviente, ingreso por pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos

- de patrimonio, fideicomiso, asistencia educativa, cuota alimentaria, manutención, asistencia recibida fuera del hogar y otras fuentes varias;
- los beneficios que no son en efectivo (como cupones de alimentos y subsidios para la vivienda) no cuentan;
 - el ingreso se determina antes de la deducción de los impuestos;
 - excluye ganancia o pérdida de capital; y
 - si una persona vive con una familia, incluye el ingreso de todos los miembros de la familia (los que no son parientes, como compañeros de vivienda, no cuentan).

Paciente: La persona que recibe los servicios, el garante que firma como responsable financiero o la persona que brinda apoyo al paciente o que actúa en su representación.

Paciente sin seguro: Paciente que no cuenta con ningún nivel de seguro ni de asistencia de terceros que lo ayude en el cumplimiento de sus obligaciones de pago.

Paciente con seguro insuficiente: Paciente que cuenta con algún nivel de seguro o de asistencia de terceros pero que aún así tiene gastos por cuenta propia que exceden su capacidad financiera.

Cargos brutos: Los cargos totales según las tarifas totales establecidas que tiene la organización por la provisión de servicios de atención al paciente previo a las deducciones correspondientes.

Condiciones médicas de emergencia: Definidas de conformidad con la definición de la sección 1867 de la Ley de Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd).

Médicamente necesario: Tal como lo define Medicare (servicios o artículos que resultan razonables y necesarios para el diagnóstico o para el tratamiento de una enfermedad o lesión).

III. PROCEDIMIENTOS:

A. Servicios elegibles bajo esta política:

A los efectos de la presente política, “beneficencia” o “asistencia financiera” se refiere a los servicios de atención médica que Flagler Hospital les proporciona gratuitamente o con un descuento a los pacientes que califican. Los servicios de atención médica que figuran a continuación son elegibles para beneficencia.

- Servicios médicos de emergencia que se proporcionan en una sala de emergencias;
- Servicios por una condición que, de no ser tratada con prontitud, derivaría en un cambio adverso en el estado de salud de un individuo;

- Servicios no optativos prestados en respuesta a circunstancias que ponen en riesgo la vida en un entorno que no es una sala de emergencias; y
- Servicios médicaamente necesarios, evaluados caso por caso según el criterio de Flagler Hospital.

B. Elegibilidad para beneficencia:

La elegibilidad para beneficencia se considerará para aquellas personas que no tengan seguro, que tengan un seguro insuficiente, que no sean elegibles para ningún programa de beneficios de atención médica gubernamental y que no puedan pagar por su atención, según la determinación de necesidad financiera que se haga de acuerdo con la presente política. El otorgamiento de la beneficencia se basará en una determinación individual de la necesidad financiera y no tendrá en cuenta la edad, el género, la raza, el estatus social ni la condición de inmigrante, la orientación sexual ni la afiliación religiosa del paciente. *[Flagler Hospital también determinará cualquier asistencia benéfica cuando un paciente esté en un litigio o tenga una resolución pendiente. Si un paciente no coopera o no presenta toda la documentación requerida, una vez más quedará a criterio de Flagler Hospital el hecho de determinar cualquier tipo de asistencia benéfica].*

C. Método por el cual los pacientes pueden solicitar la atención de beneficencia:

La necesidad financiera se determinará de acuerdo con procedimientos que implican una evaluación individual de la necesidad financiera y podría:

- a. incluir un proceso de solicitud en el cual se le requiera al paciente, al garante del paciente o a la(s) persona(s) de apoyo que coopere(n) y proporcione(n) información personal, financiera y de otro tipo y documentación relevante para hacer una determinación de la necesidad financiera (incluyendo, sin limitación, declaraciones impositivas, resúmenes bancarios, prueba de activos, etc.);
- b. incluir el uso de fuentes externas de datos públicamente disponibles que proporcionen información sobre un paciente o acerca de la capacidad de pago del garante de un paciente (por ejemplo, pero sin limitación, la calificación de crédito, los registros impositivos y de propiedades, etc.);
- c. incluir esfuerzos razonables por parte de Flagler Hospital para explorar fuentes apropiadas alternativas de pago y de cobertura por parte de programas de pago públicos y privados y asistir a los pacientes para que soliciten dichos programas;

- d. tener en cuenta los activos disponibles del paciente y cualquier otro recurso financiero disponible para el paciente; e
 - e. incluir una revisión de las cuentas por cobrar pendientes del paciente por servicios anteriores prestados y el historial de pagos del paciente.
 - f. A los pacientes se les solicitará certificar la veracidad de toda la información provista. Si se determina que cualquier dato proporcionado es falso o si el paciente no coopera con alguna fuente alternativa de pago, todos los descuentos otorgados al paciente podrían ser revocados y de este modo el paciente o el garante del paciente serían responsables de la totalidad de los cargos por los servicios prestados.
- 1. Se prefiere, si bien no es un requisito, que exista una solicitud de beneficencia y una determinación de necesidad financiera antes de prestar servicios médicaamente necesarios que no sean de emergencia. Sin embargo, la determinación se puede realizar en cualquier momento del ciclo de recaudación. Si la última evaluación financiera tuvo lugar dentro de los últimos 30 días previos a un período de servicio siguiente, esa evaluación financiera servirá como prueba en la determinación de la asistencia financiera para dicho servicio.
- 2. La valoración de la dignidad humana y de la diligencia de Flagler Hospital se verán reflejados en el proceso de solicitud, en la determinación de la necesidad financiera y en el otorgamiento de la beneficencia. Las solicitudes de beneficencia se procesarán rápidamente y Flagler Hospital proporcionará una carta de aprobación de beneficencia según el paciente lo solicite. Si el paciente cumple con todos los requisitos de solicitud pero resulta no ser elegible para el programa de beneficencia, Flagler Hospital le enviará por correo la correspondiente carta de negativa incluyendo los motivos de la misma.
- 3. Cada solicitud de beneficencia será revisada y firmada por el Supervisor de la Oficina Comercial. Si se determina la elegibilidad para la beneficencia y se aplica a la cuenta del paciente el ajuste por asistencia financiera, el Director de Servicios Financieros para el Paciente de Flagler Hospital revisará cada uno de los lotes de cuentas colectivas y los ajustes y luego firmará en la parte superior de la página del lote indicando su revisión y aprobación. Se le enviará al Director Financiero un resumen de los totales mensuales de cancelaciones por beneficencia para su notificación y revisión. Estas

acciones serán suficientes para considerar que se han cumplido con todos los requisitos de la presente política.

D. Elegibilidad presuntiva para asistencia financiera.

Hay instancias en las que un paciente puede parecer elegible para recibir descuentos por beneficencia, pero no hay un formulario de asistencia financiera en archivo debido a la falta de documentación acreditativa. A menudo existe información adecuada, que proporciona el paciente o que se obtiene a través de otras fuentes, que podría proporcionar evidencia suficiente para brindarle al paciente la ayuda de la atención de beneficencia.

En el caso de que no existiera evidencia alguna que avale la elegibilidad de un paciente para recibir atención de beneficencia, Flagler Hospital podría recurrir a agencias externas para determinar los ingresos estimados y poder determinar la elegibilidad del paciente para recibir atención de beneficencia y los potenciales importes de descuento. Una vez hecha la determinación, debido a la naturaleza inherente de las circunstancias, el único descuento que se puede otorgar es un 100% de cancelación del saldo de la cuenta. La elegibilidad presuntiva podría determinarse sobre la base de las circunstancias de vida individuales que podrían incluir:

- programas de medicamentos recetados financiados por el estado;
- paciente sin hogar o que recibe atención de una clínica para los sin hogar;
- participación en programas para mujeres, bebés y niños o WIC (*por Women, Infants and Children*);
- elegibilidad para cupones de alimentos;
- elegibilidad para programa de almuerzo escolar subsidiado;
- elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales que no son financiados (por ejemplo, Medicaid Spend-Down, Medicaid Exhausted Benefits, Medicaid SLMB y QMB);
- hogar de bajos ingresos/ subsidiado como dirección válida; y
- paciente fallecido sin patrimonio conocido.

Además, Flagler Hospital tiene acuerdo con un tercero intermediario para el seguimiento de las cuentas de pacientes sin seguro, que también se utilizará para identificar las potenciales cuentas de elegibilidad presuntiva para beneficencia usando su propio sistema de calificación registrado. El proveedor enviará una serie de declaraciones o cartas durante un período de 120 días como parte de sus prácticas de recolección estándar. Todas las cuentas serán revisadas y calificadas. Las cuentas que se consideren de elegibilidad presuntiva para beneficencia serán identificadas a través de este proceso. Las cuentas de elegibilidad presuntiva serán identificadas de manera separada por el vendedor en la declaración mensual de cierre/impuestos que recibe el

hospital. Estas cuentas en particular serán luego ajustadas para beneficencia (usando un código específico de ajuste para beneficencia presuntiva) en lugar de ser enviadas a una agencia de recaudación de deudas incobrables.

Todos los pagos del paciente que se hayan recibido antes de que la cuenta fuera considerada de elegibilidad presuntiva para beneficencia serán reembolsados por ese episodio de atención.

E. Criterios de elegibilidad e importes que se cobran a los pacientes:

Los servicios elegibles bajo esta política estarán disponibles para el paciente según una escala móvil de honorarios, de acuerdo con la necesidad financiera, según esté determinado en referencia a los niveles federales de pobreza o FPL (por *Federal Poverty Levels*) vigentes al momento de la determinación.

Luego de la determinación de elegibilidad para recibir asistencia financiera, al paciente no se le cobrará un importe que supere los importes que generalmente se les factura (“importes generalmente facturados” o AGB por *Amounts Generally Billed*) por atención de emergencia u otro tipo de atención a los pacientes que cuentan con un seguro que cubra dicha atención.

En Flagler Hospital, el “importe generalmente facturado” se determina a través del “método retrospectivo”, que se calcula de la siguiente manera:

1. El “importe generalmente facturado” o AGB se calcula revisando todas las solicitudes de pago pasadas en concepto de atención médica necesaria que hayan sido canceladas en su totalidad al hospital por parte del programa Medicare Honorario por Servicio junto con todos los aseguradores médicos privados que hayan cancelado solicitudes de pago al hospital durante el período de los últimos 12 meses. Este importe puede incluir coseguro, copagos y deducibles.
2. El “importe generalmente facturado” por atención de emergencia o por atención médica necesaria que se presta a una persona elegible para la asistencia financiera se determina multiplicando los cargos brutos correspondientes a dicha atención por uno o más porcentajes de cargos brutos (denominados “porcentajes de importes generalmente facturados”).
 - a. Los porcentajes se calculan al menos anualmente dividiendo la suma de ciertas solicitudes de pago que han sido pagadas al hospital por la suma de los cargos brutos asociados correspondientes a esas solicitudes de pago.

- b. Se pueden calcular múltiples porcentajes de “importes generalmente facturados” según diferentes categorías de atención (por ejemplo, atención para pacientes internados versus atención para pacientes externos; o atención proporcionada por diferentes departamentos) o por artículos o distintos servicios.
 - 3. Los pacientes que no tengan la cobertura de un seguro recibirán un descuento automático del 50% de los cargos totales. En casos especiales podría otorgarse un descuento mayor. Ver la “Sección F” a continuación, que contiene la matriz de descuentos para el paciente. Los importes del saldo con el descuento deben pagarse a tiempo y de acuerdo con todas las pautas de plan de pago establecidas. El incumplimiento del pago de los importes adeudados podría hacer que la cuenta sea enviada a una agencia de recaudación primaria. Los pacientes recibirán un estado de cuenta que refleje el importe descontado.
 - 4. Los pacientes cuyo ingreso familiar es igual o inferior al 200% de los niveles federales de pobreza son elegibles para recibir atención médica gratis, incluyendo servicios de salud mental.
 - 5. Los pacientes cuyo ingreso familiar es superior al 201% pero no excede el 400% de los niveles federales de pobreza son elegibles para recibir descuentos de conformidad con la Matriz de Descuentos que figura más adelante. Los pacientes que califiquen para recibir asistencia financiera bajo esta política recibirán facturas por importes que no superen los importes que generalmente se les factura (que recibe el hospital) a los pacientes con seguro privado o pacientes de Medicare por su atención médica o de salud mental.
 - 6. Además, los pacientes podrían calificar para recibir tarifas con descuento en atención médica o en atención de salud mental analizadas caso por caso, según sus circunstancias específicas, como una enfermedad grave o indigencia médica, según criterio de Flagler Hospital. Se debe contar con la aprobación del Director Financiero y del Director de Servicios Financieros para el Paciente.
 - 7. Si Flagler Hospital determina que un paciente califica para recibir atención gratuita pero puede ser elegible para otra fuente/ cobertura de pago alternativa, se le solicitará al paciente su total cooperación en el proceso y en la resolución de esa fuente/ cobertura de pago alternativa. Durante el período de determinación, se aplicará un descuento del 85% a su cuenta, y si se recibe la fuente/ cobertura de pago alternativa, se

revertirá el ajuste de su pago. Si el paciente no coopera en el proceso financiero ni en la resolución de la fuente/ cobertura de pago alternativa, Flagler Hospital determinará si habrá alguna reducción financiera adicional en la cuenta y también el importe específico de dicha reducción.

8. Despues del proceso de solicitud y de la presentación de **toda la evidencia completa de ingresos y de activos solicitada**, se seguirá la tabla que figura a continuación para la aplicación del importe de ajuste apropiado.

F. Flagler Hospital – Matriz de descuentos para atención médica

INGRESO	Porcentaje de descuento para asistencia sin seguro	Porcentaje de descuento para asistencia con seguro insuficiente (Saldo después del seguro)
Hasta 200% de FPL 201% - 300% 301% - 400%	100% de beneficencia 85% de beneficencia 75% de beneficencia	100% de beneficencia 25% de beneficencia 10% de beneficencia
Sin seguro	50% de descuento automático en pago particular	N/A

FLAGLER HOSPITAL – MATRIZ DE DESCUENTO PARA SALUD MENTAL:

*Igual que la Matriz de descuentos para atención médica.

ESCALA MÓVIL SEGÚN LOS NIVELES FEDERALES DE POBREZA PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA:

*Ver Pautas de Niveles Federales de Pobreza y Matriz de Flagler Hospital.

G. Comunicación del Programa de Beneficencia a los pacientes y a la comunidad:

1. Flagler Hospital difundirá la notificación acerca del programa de beneficencia disponible, incluyendo un número de contacto, a través de distintos medios, que podrían incluir, sin limitación, la publicación de notificaciones en facturas

de pacientes y la publicación de avisos en salas de emergencias, en el formulario de Condiciones de Admisión, en los departamentos de admisión y registros, en la oficina de servicios financieros para el paciente ubicada fuera del campus de la institución y en otros lugares públicos que Flagler Hospital pueda elegir.

2. Flagler Hospital también publicará un resumen de esta política acerca de la atención de beneficencia en sitios web de la institución, en folletos disponibles en lugares de acceso a los pacientes y en otros lugares que Flagler Hospital pueda elegir dentro de la comunidad a la que sirve. Tales notificaciones y resúmenes de información se proporcionarán en los idiomas principales que hablan los habitantes de la población que atiende Flagler Hospital.
3. Las derivaciones de pacientes para que reciban atención de beneficencia pueden ser presentadas por cualquier miembro del personal de Flagler Hospital o del personal médico, incluyendo médicos, enfermeros, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de caso, capellanes y patrocinadores religiosos. La solicitud de beneficencia puede ser presentada por el paciente o por un familiar, un amigo cercano o un socio del paciente, sujeto a las leyes de privacidad aplicables.

H. Relación con las políticas de recaudación:

1. La administración de Flagler Hospital desarrollará políticas y procedimientos para las prácticas de recaudación interna y externa (incluyendo acciones que el hospital pudiera tomar en el caso de incumplimiento de pago, incluyendo acción recaudatoria y denuncia a agencias crediticias) que tengan en cuenta el nivel de calificación del paciente para recibir beneficencia, el esfuerzo en buena fe del paciente de solicitar un programa gubernamental o de beneficencia de Flagler Hospital y el esfuerzo en buena fe del paciente de dar cumplimiento a sus acuerdos de pago con Flagler Hospital.
2. En el caso de los pacientes que califiquen para la beneficencia y que estén cooperando en buena fe para resolver sus facturas hospitalarias con descuento, Flagler Hospital podría ofrecerles planes de pago extendido. En este caso, no se enviarán facturas impagadas a agencias de recaudación externas y se suspenderán todos los esfuerzos de recaudación.
3. Para obtener el pago, se podría utilizar una agencia de recaudación. Flagler Hospital actualmente utiliza intermediarios externos para intentar la recolección de los saldos de particulares. Usted será contactado cuatro veces (mediante el envío de estados de cuenta y llamadas telefónicas) durante un período de 120 días recordándole su(s) factura(s). Durante este período, se

esperará que usted pague la totalidad de su(s) factura(s), establezca un plan de pago o solicite la asistencia financiera.

4. Si el saldo está impago después de transcurrido el período de 120 días o si no se ha establecido un plan de pago, su cuenta será enviada a una agencia de recaudación. Su crédito podría sufrir un impacto si el saldo no queda resuelto 60 días después del envío a la agencia de recaudación.
5. Flagler Hospital no recurrirá a medidas de recaudación extraordinarias, tales como embargo de salarios, embargos preventivos en residencias principales u otras acciones legales para cualquier paciente sin primero hacer los esfuerzos necesarios para determinar si ese paciente es elegible para atención de beneficencia según esta política de asistencia financiera. Los esfuerzos razonables incluyen:
 - a. validar que el paciente debe las facturas impagadas y que el hospital ha identificado y facturado a todas las fuentes de pago a cargo de terceros;
 - b. ver que exista documentación que avale que Flagler Hospital le ha ofrecido o ha intentado ofrecerle al paciente la oportunidad de solicitar atención de beneficencia de conformidad con esta política y que el paciente no ha cumplido con los requisitos de solicitud del hospital;
 - c. ver que exista documentación que avale que el paciente no califica para la asistencia financiera de modo presuntivo;
 - d. ver que exista documentación que avale que se le ha ofrecido al paciente un plan de pago pero que el paciente no ha honrado los términos de dicho plan.

I. Requerimientos regulatorios:

En la implementación de la presente política, Flagler Hospital dará cumplimiento a todas las otras leyes, normas y regulaciones federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades llevadas a cabo en cumplimiento de la presente política.

J. Traducción al español:

El texto original de esta política fue redactado en idioma inglés. Se provee la traducción de esta política al español para beneficio del paciente. Si existiera alguna diferencia de significado o de interpretación entre el texto original en inglés y su traducción al español, la versión en inglés prevalecerá en caso de cualquier conflicto.

➤ Traducido por Abracadabra Translations, Inc. (www.AbracadabraTR.com).

