



POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

Las copias impresas son SOLO para referencia. Consulte la versión electrónica de la última versión.

<u>ASUNTO:</u>	POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA
<u>Fecha de revisión:</u>	19 de junio de 2018

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA OAKBEND MEDICAL CENTER

I. POLÍTICA

En cumplimiento de su misión, OakBend Medical Center contribuye con los recursos adecuados, la promoción y el apoyo de la comunidad para promover el estado de salud de la comunidad a la que sirve, dentro de su capacidad económica para hacerlo. Se puede brindar asistencia financiera, o atención caritativa, a pacientes con una incapacidad comprobada para pagar. El objetivo de esta política es establecer criterios para determinar si la cuenta de un paciente califica para recibir asistencia financiera. El hospital brindará, sin discriminación, cuidado de las afecciones médicas de emergencia a las personas, independientemente de su elegibilidad para recibir asistencia financiera o asistencia gubernamental. El hospital no participará en acciones que desalienten a las personas de buscar atención médica de emergencia, como exigir que los pacientes del departamento de emergencia paguen antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran con la provisión, sin discriminación, de la atención médica de emergencia. El hospital brindará la atención de afecciones médicas de emergencia que se le exigen a la instalación hospitalaria. Esta política no afecta la obligación del hospital conforme a la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo. La cantidad de asistencia financiera, así como los demás términos de esta política, pueden ser modificados por la Junta Directiva del hospital o, previa aprobación de la Junta Directiva, por el director ejecutivo del hospital.

Esta política escrita:

- incluye criterios de elegibilidad para asistencia financiera, atención gratuita y con descuento (caridad parcial);
- describe la base para calcular los montos cobrados a los pacientes elegibles para la asistencia financiera conforme a esta política;
- describe el método por el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera;
- especifica los montos que el hospital cobrará por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria brindada a las personas elegibles para la asistencia financiera.

Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos del hospital para obtener caridad u otras formas de pago o asistencia financiera, y que contribuyan al costo de su atención según su capacidad individual de pago. **La falta de cooperación con el hospital puede ser una base para negar la atención caritativa u otra asistencia financiera.** Se alentará a las personas con la capacidad financiera para adquirir un seguro de salud a que lo hagan, como un medio para asegurar el acceso a los servicios de atención médica, para su salud personal general y para la protección de sus activos individuales.

II. DEFINICIONES

A los fines de esta política, los términos a continuación se definen de la siguiente manera:

- A. **Familia:** Conforme a la definición de la Oficina del Censo, un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las reglas del Servicio de Impuestos Internos, si el paciente declara a alguien como dependiente en su declaración del impuesto sobre la renta, se lo puede considerar como dependiente a los fines de la provisión de asistencia financiera.
- B. **Ingresos familiares:** El ingreso familiar se determina conforme a la definición de la Oficina del Censo, que utiliza los siguientes ingresos para calcular las pautas federales de pobreza:
- Incluye ganancias, compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobrevivientes, ingresos de pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de propiedades, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia externa al grupo familiar y otras fuentes diversas.
 - Los beneficios que no son en efectivo (como cupones para alimentos y subsidios de vivienda) no se incluyen.
 - Se determina sobre una base antes de impuestos.
 - Excluye ganancias o pérdidas de capital.
 - Si una persona vive con una familia, incluye los ingresos de todos los miembros de la familia (las personas que no son parientes, como los compañeros de casa, no se incluyen).
- C. **No asegurado:** El paciente no tiene ningún nivel de seguro o asistencia de un tercero para que lo ayude a cumplir con sus obligaciones de pago.
- D. **Con seguro insuficiente:** El paciente tiene cierto nivel de seguro o asistencia de un tercero, pero tiene gastos de su propio bolsillo que exceden sus capacidades financieras.

- E. **Cargos brutos:** Se aplican los cargos totales de las tarifas establecidas por la organización para la prestación de servicios de atención al paciente antes de las deducciones de los ingresos.
- F. **Afecciones médicas de emergencia:** Definidas según el significado de la sección 1867 de la Ley de Seguro Social (Título 42 del Código de los Estados Unidos [United State Code, U.S.C.], 1395dd).
- G. **Medicamento necesario:** Según lo definido por Medicare (servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión).

III. PROCEDIMIENTOS

- A. **Servicios elegibles según esta política.** A los fines de esta política, “caridad” o “asistencia financiera” se refiere a los servicios de atención médica prestados por el hospital sin cargo o con un descuento para los pacientes calificados. Solo los servicios de atención médica que son médicamente necesarios son elegibles para caridad. La asistencia financiera que se ofrece en virtud de esta política no se aplica a los honorarios médicos u otros honorarios profesionales facturados aparte de los honorarios del hospital. El hospital se reserva el derecho de limitar los servicios finalmente cubiertos por esta política.
- B. **Elegibilidad de los pacientes para la caridad.** La elegibilidad de los pacientes para la caridad se determinará según la necesidad financiera de acuerdo con esta Política. La concesión de la caridad se basará en una determinación individualizada de necesidad financiera, y no tomará en cuenta la raza, la ascendencia, la religión, el origen nacional, el estado civil, la edad, la discapacidad o el género.
- C. **Método por el cual los pacientes pueden solicitar atención caritativa.**
 - 1. La necesidad financiera se determinará de acuerdo con los procedimientos que incluyen una evaluación individual de la necesidad financiera; y puede
 - a. incluir un proceso de solicitud, en el cual se requiere que el paciente o el garante del paciente coopere y proporcione información personal, financiera y de otro tipo, y documentación relevante para tomar una determinación de la necesidad financiera;
 - b. incluir el uso de fuentes de datos externas disponibles al público que brinden información sobre la capacidad de pago del garante del paciente o del paciente (como la calificación crediticia);
 - c. incluir esfuerzos razonables por parte del hospital para explorar fuentes de pago alternativas apropiadas y cobertura de programas de pago públicos y privados, y para ayudar a los pacientes a solicitar dichos programas;

- d. tener en cuenta los activos disponibles del paciente y todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente; e
 - e. incluir una revisión de las cuentas por cobrar pendientes del paciente para los servicios prestados anteriormente y el historial de pagos del paciente.
2. La necesidad de asistencia financiera puede reevaluarse en cada momento posterior a los servicios si la última evaluación financiera se completó más de seis meses antes, o en cualquier momento cuando se conoce información adicional relevante para la elegibilidad del paciente para recibir caridad.
3. Se requerirá la documentación del ingreso familiar a través de uno de los siguientes mecanismos:
- a. Mediante el suministro de documentación financiera de terceros, incluido el formulario W-2 del IRS, las remesas de cheques de pago, las declaraciones de impuestos individuales, los estados de cuenta bancarios, las remesas de pagos del Seguro Social, las remesas de pagos de compensación al trabajador; el aviso de pago de seguro de desempleo; las cartas de determinación de compensación por desempleo y otra información públicamente disponible; u otros indicadores apropiados de los ingresos del paciente. La documentación de terceros provista conforme a este inciso se manejará de acuerdo con los procedimientos de seguridad de la información del hospital y los requisitos para proteger la información de salud protegida. En última instancia, es responsabilidad del paciente proporcionar la información necesaria para reunir los requisitos para recibir asistencia financiera. El hospital puede exigir que el paciente o el garante del paciente proporcionen una explicación razonable en los casos en que el paciente o el garante del paciente no puedan proporcionar la verificación de ingresos familiares requerida por un tercero.
 - b. En los casos en que la documentación de terceros no esté disponible, conforme a la aprobación del director financiero del hospital, los ingresos familiares pueden documentarse (i) obteniendo una solicitud de asistencia financiera firmada por el paciente o por la parte responsable que acredite la veracidad de la información de ingresos del paciente proporcionada, o (ii) a través de la certificación escrita del empleado del hospital que completa la solicitud de asistencia financiera, que confirma que el paciente o la parte responsable verificaron verbalmente la información de ingresos del paciente provista.

4. Se puede considerar que un paciente fallecido sin cónyuge sobreviviente no tiene ingresos familiares. La documentación del ingreso familiar no es necesaria para los pacientes fallecidos; sin embargo, se puede requerir documentación de los bienes patrimoniales. El cónyuge sobreviviente de un paciente fallecido puede solicitar asistencia financiera.

D. **Elegibilidad presunta para la asistencia financiera.** Hay casos en que un paciente puede parecer elegible para recibir descuentos de atención caritativa, pero no hay un formulario de asistencia financiera en archivo o falta documentación de respaldo. Por lo tanto, el hospital puede usar agencias externas para determinar los montos de ingresos estimados a fin de determinar la elegibilidad para la atención caritativa y los posibles montos de descuento. La elegibilidad presunta puede determinarse según las circunstancias de vida individuales, que pueden incluir las siguientes:

1. programas de prescripción financiados por el estado;
2. persona sin hogar o que recibió atención de una clínica para personas sin hogar;
3. participación en Programas para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC);
4. elegibilidad para cupones para alimentos;
5. elegibilidad para el programa de almuerzo escolar subsidiado;
6. elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales, incluidos, entre otros, Medicaid y el Programa de Atención Médica para Indigentes del Condado;
7. se proporciona una vivienda de bajos ingresos/subsidiada como una dirección válida;
8. encarcelamiento en un instituto correccional;
9. residencia en un refugio para personas sin hogar;
10. el paciente falleció sin un patrimonio conocido.

E. **Montos cobrados a los pacientes.** Los servicios elegibles conforme a esta Política estarán disponibles para el paciente en una escala móvil de tarifas, de acuerdo con las necesidades financieras, según lo determinado en relación con los Niveles Federales de Pobreza (Federal Poverty Levels, FPL) vigentes en el momento de la determinación. Una vez que el hospital determina que el paciente es elegible para recibir asistencia financiera, ese paciente no recibirá ninguna factura futura basada en cargos brutos no descontados. Las bases para los montos que el hospital cobrará a los pacientes que califiquen para recibir asistencia financiera son las siguientes:

1. Pacientes financieramente indigentes: Los pacientes cuyo ingreso familiar es igual o inferior al 200 % del FPL son elegibles para un descuento del 100 % en saldos pendientes de cuentas de pacientes.
2. Pacientes médicamente indigentes: Los pacientes cuyos ingresos familiares superan el 200 % pero no más del 400 % del FPL y cuyas facturas médicas u hospitalarias de todos los proveedores relacionados o no, después del pago por parte de todos los terceros, superan el 10 % del ingreso familiar de dichos pacientes, son elegibles para recibir descuentos del 75 % en saldos pendientes de cuentas de pacientes.
3. Pacientes con indigencia médica catastrófica: Los pacientes cuyos ingresos familiares exceden el 400 % del FPL y cuyas facturas médicas u hospitalarias de todos los proveedores relacionados o no, después del pago por parte de todos los terceros, superan el 10 % de los ingresos familiares de dichos pacientes, son elegibles para recibir descuentos del 50 % en saldos pendientes de cuentas de pacientes.

Ningún paciente que el hospital considera elegible para recibir asistencia financiera tendrá que pagar más por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que los montos generalmente facturados a pacientes con seguro médico o elegibles para Medicare. Al determinar los montos generalmente facturados, el hospital eligió utilizar el método “retrospectivo”, en el que los montos generalmente facturados se basan en pacientes para los cuales el pagador principal es el plan de tarifa por servicio de Medicare o cualquier asegurador comercial. La información sobre el cálculo de los montos generalmente facturados del hospital se puede obtener de forma gratuita contactándose con el director financiero del hospital.

- F. **Comunicación del Programa de Caridad para Pacientes y dentro de la Comunidad.** La notificación sobre la caridad disponible del hospital, que incluirá un número de contacto, deberá ser difundida por el hospital por varios medios, que pueden incluir, entre otros, la publicación de avisos en las facturas de los pacientes y la publicación de avisos en las salas de emergencia, en el formulario Condiciones de admisión, en los centros de atención de urgencia, en los departamentos de admisión y registro, en las oficinas comerciales del hospital y en las oficinas de servicios financieros para pacientes ubicadas en los campus de las instalaciones y en otros lugares públicos que el hospital pueda elegir. El hospital también publicará y publicará ampliamente un resumen de esta política de atención caritativa en los sitios web de las instalaciones, en folletos disponibles en los sitios de acceso de los pacientes y en otros lugares dentro de la comunidad en la cual el hospital presta servicios y que el hospital elija. Dichos avisos e información resumida se proporcionarán en los idiomas primarios hablados por la población a la cual el hospital presta servicio. Cualquier miembro del personal del hospital o del personal médico, incluidos médicos, enfermeros, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos, puede derivar a los pacientes para caridad. El

paciente o un familiar, amigo cercano o asociado del paciente pueden hacer una solicitud de caridad, conforme a las leyes de privacidad aplicables.

- G. **Relación con las políticas de cobro.** La administración del hospital deberá desarrollar políticas y procedimientos de facturación y cobro. Las acciones que el hospital puede tomar en caso de falta de pago se describen en esas políticas y procedimientos. La información con respecto a esas políticas y procedimientos se puede obtener de forma gratuita contactándose con el director financiero del hospital.
- H. **Proceso de solicitud.** La solicitud de asistencia financiera puede iniciarse en cualquier momento por un paciente que solicita asistencia en persona, por teléfono al 281-633-4074 o 281-341-2858, a través del correo a OakBend Medical Center, a la atención de: Patient Access – Financial Assistance, 1705 Jackson Street, Richmond, TX 77469, o a través del sitio web del hospital (www.oakbendmedcenter.org). Además, el hospital puede iniciar una solicitud de asistencia financiera en nombre del paciente.
- I. **Proveedores cubiertos y no cubiertos por esta política.** Una lista de proveedores cubiertos conforme a esta política y aquellos que no están cubiertos se adjunta a esta política; esta lista también está disponible en www.oakbendmedcenter.org . El director financiero puede actualizar esta lista de vez en cuando.
- J. **Requisitos reglamentarios.** Al implementar esta política, la administración y las instalaciones del hospital deberán cumplir con todas las demás leyes, normas y reglamentaciones federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas en conformidad con esta política.
- K. **Evaluación de salud de la comunidad.** El hospital se compromete a realizar una evaluación de las necesidades de salud de la comunidad y adoptar una estrategia de implementación al menos una vez cada tres años.

N.º 166630