



ASUNTO:	POLITICA DE ASISTENCIA FINANCIERA
Fecha de Aprobacion:	06/16/2016
Proponente (s)	Junta directive, John Olivares(Chief Financial Officer), Karen Barber (CEO)

DECLARACIÓN DE POLÍTICA

El hospital deberá aportar los recursos adecuados, protección y apoyo a la comunidad para promover el estado de salud de la comunidad, a la que sirve, dentro de su capacidad económica para hacerlo. Se proporcionará asistencia financiera a los pacientes con una incapacidad demostrada para pagar. El propósito de esta política es establecer criterios para determinar si la cuenta de un paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera. La cantidad de asistencia financiera que se pondrá a disposición, así como cualquier otro cambio a esta política, será evaluada y determinada por el Director Ejecutivo del hospital con una periodicidad anual, y cumplirá con las pautas federales y estatales para instituciones exentas de impuestos y sin fines de lucro, según corresponda. La cantidad de asistencia financiera, así como los demás términos de esta política, puede ser modificada por el Director Ejecutivo del hospital, sujeto a la aprobación de la Corporación de Hospitales Comunitarios.

PROCESO

1. No discriminación. El hospital es una corporación sin fines de lucro que ofrece asistencia financiera a pacientes calificados. El hospital no discriminará por motivos de raza, ascendencia, religión, origen nacional, estado de ciudadanía, edad, discapacidad o género al considerar la calificación de un paciente para recibir asistencia financiera.
2. Clasificación de paciente. La clasificación de un paciente como elegible para asistencia financiera se realizará en el momento en que se haya obtenido información suficiente para verificar la incapacidad del paciente para pagar los servicios médicos necesarios, y tan pronto como sea posible después de que el paciente se presente por primera vez para recibir los servicios o indique una incapacidad para pagar por los servicios. En última instancia, es responsabilidad del paciente proporcionar la información necesaria para calificar para la asistencia financiera.
3. Otras fuentes de pagador. Los pacientes deben cooperar completamente y cumplir con los requisitos de elegibilidad para cualquier otro programa(s) de atención médica para el cual puedan ser calificados antes de su evaluación de asistencia financiera. La asistencia federal o estatal puede estar disponible para aquellos que cumplan con los requisitos. Antes de que se proporcione asistencia financiera, se deben agotar todas las vías disponibles de asistencia de terceros pagadores.
4. Necesidad médica. Esta política se aplica a toda la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria proporcionada en este hospital o cualquier entidad sustancialmente relacionada con el hospital. Todos los servicios deben ser médicamente necesarios para calificar para asistencia financiera (por ejemplo, servicios electivos como cirugía estética no califican para asistencia financiera). Los servicios elegibles se basarán en aquellos servicios para los cuales Medicare brinda cobertura.

5. Criterio de elegibilidad. Todos los pacientes pueden solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante la continuación de cuidados o después de recibir cuidados. La situación de cada paciente se evaluará de acuerdo con las circunstancias relevantes, como ingresos, bienes u otros recursos disponibles para el paciente o la familia del paciente al determinar la capacidad de pago del saldo pendiente de la cuenta del paciente. Teniendo en cuenta esta información, las Instrucciones adjuntas de Descuento por Elegibilidad para Asistencia Financiera (Anexo A) se utilizan para determinar qué cantidad, si corresponde, del saldo pendiente de la cuenta del paciente se descontará después del pago de todos los terceros. **TENGA EN CUENTA:** La asistencia financiera ofrecida en virtud de esta política no aplica a honorarios de médicos u otros profesionales que facturan por separado de los honorarios del hospital. El hospital se reserva el derecho de limitar aún más los servicios cubiertos por esta política.

6. Método para solicitar u obtener asistencia financiera.

a. **Proceso de solicitud:** La solicitud de asistencia financiera puede ser iniciada por un paciente que solicite asistencia en persona, por teléfono al 361-293-2321, 1200 Carl Ramert Drive, Yoakum, TX 77995, por correo electrónico a Proceso de solicitud. , por correo electrónico a www.yoakumhospital.org Además, el hospital puede iniciar una solicitud de asistencia financiera en nombre del paciente.

b. **Presunta elegibilidad para asistencia financiera:** El hospital puede revisar los informes de crédito y otra información disponible públicamente para determinar, de conformidad con los requisitos legales aplicables, el tamaño estimado del hogar y los montos de ingresos para determinar la elegibilidad de asistencia financiera cuando un paciente no proporciona una solicitud de asistencia financiera o documentación de respaldo.

c. **Asistencia con el proceso de solicitud:** Los consejeros financieros del hospital están disponibles para responder preguntas y proporcionar información sobre esta política y para ayudar con el proceso de solicitud de asistencia financiera. Los consejeros financieros del hospital pueden ser alcanzados entre las horas de 8:00 a.m. y 5:00PM de lunes a jueves llamando al 361-293-2321.

7. Duración de la elegibilidad. Una vez que la asistencia financiera ha sido aprobada, es efectiva para todas las cuentas pendientes del paciente y para todos los servicios prestados dentro de los seis (6) meses posteriores a la firma de la solicitud de asistencia financiera por parte del paciente o parte responsable o el empleado del hospital ("Fecha de finalización"). La asistencia financiera puede extenderse por seis (6) meses adicionales con declaración del ingreso del paciente o el ingreso estimado y el tamaño del hogar. Todos los pacientes deben volver a solicitar después de que finalice el período inicial de doce (12) meses. La aprobación según la Sección 6(b) anterior solo se aplicará a las fechas de servicio en el saldo de la cuenta del paciente que se está evaluando. La elegibilidad no se aplicará a las cuentas para futuras fechas de servicio.

8. Base para el cálculo de las cantidades cobradas; cantidades generalmente facturadas. El nivel de asistencia financiera se basará en una clasificación como "financieramente indigente" o "médicamente indigente" o "catastróficamente médicamente indigente", como se define a continuación. En todas las situaciones, una vez que se determina que el paciente califica para recibir asistencia financiera, a esa persona no se le cobrará más, por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria, que los montos generalmente facturados ("AGB") a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. Al determinar los AGB, el hospital inicialmente optó por usar el "método retroactivo" en el que los porcentajes de los AGB se basan en la tarifa de Medicare por el servicio y todas las aseguradoras de atención privada como pagador principal, según se describe en la Sección 501(r) del Código de Ingresos Internos (IRC). El hospital, de acuerdo con las regulaciones aplicables, puede cambiar la metodología para calcular los AGB en el futuro. La información sobre el cálculo de los AGB del hospital se puede obtener de forma gratuita llamando al 361-293-2321.

9. Financieramente indigente. "Financieramente indigente" significa un paciente cuyos ingresos anuales del hogar (como se define a continuación) son menores o iguales al 200% de las Directrices Federales de Pobreza ("FPG"). Estos pacientes financieramente indigentes son elegibles para un descuento del 100% en los saldos pendientes de cuentas de pacientes según lo establecido en la Parte 1 de las Directrices de Descuentos por Elegibilidad para Asistencia Financiera (Anexo A).

10. Médicamente indigente. “Médicamente indigente” se refiere a un paciente cuyas facturas médicas u hospitalarias de todos los proveedores relacionados o no, después del pago de todos los terceros, exceda el 10% de dichos ingresos anuales del hogar de dicho paciente, cuyos ingresos anuales del hogar son superiores al 200% pero menores o iguales al 400% de la FPG, y que no puede pagar el saldo pendiente de la cuenta del paciente. Estos pacientes médicamente indigentes son elegibles para un descuento sobre los saldos pendientes de cuentas de pacientes según lo establecido en la Parte 2 de las Directrices de Descuentos por Elegibilidad para Asistencia Financiera (Anexo A).

11. Catastróficamente médicamente indigente. “Catastróficamente médicamente indigente” se refiere a un paciente cuyas facturas médicas u hospitalarias de todos los proveedores relacionados o no, después del pago de todos los terceros, exceda el 10% de dichos ingresos anuales del hogar de dicho paciente, cuyos ingresos anuales del hogar son superiores al 400% de la FPG, y que no puede pagar el saldo pendiente de la cuenta del paciente. Estos pacientes catastróficamente médicamente indigentes son elegibles para un descuento sobre los saldos pendientes de cuentas de pacientes según lo establecido en la Parte 3 de las Directrices de Descuentos por Elegibilidad para Asistencia Financiera (Anexo A).

12. Directrices de descuentos por elegibilidad para asistencia financiera. Las directrices de descuentos por elegibilidad para asistencia financiera se adjuntan y forman parte de esta política (Anexo A). El método para determinar los porcentajes de descuento apropiados se revisará anualmente para garantizar que los saldos pendientes de cuentas de pacientes, después del descuento, no sean mayores que los AGB.

13. Determinación de elegibilidad para asistencia financiera. La determinación de elegibilidad para asistencia financiera se realizará de acuerdo con procedimientos que pueden involucrar (a) un proceso de solicitud en el que el paciente o el garante del paciente debe proporcionar información y documentación relevante para realizar una determinación de necesidad financiera; y/o (b) el uso de informes de crédito y otra información disponible públicamente que proporciona información sobre la capacidad de pago de un paciente o del garante de un paciente.

14. Ingresos anuales del hogar y tamaño del hogar. Si el paciente es un adulto, “Ingresos anuales del hogar” significa la suma del ingreso bruto anual total o el ingreso anual estimado del paciente y el cónyuge del paciente, y “Tamaño del hogar” incluye al paciente, el cónyuge del paciente y cualquier dependiente (según lo definido por el IRC). Si el paciente es menor de edad, “Ingresos anuales del hogar” significa la suma del ingreso bruto anual total o el ingreso anual estimado del paciente, la madre del paciente y el padre del paciente, y “Tamaño del hogar” incluye al paciente, la madre del paciente, el padre del paciente, dependientes de la madre del paciente y dependientes del padre del paciente.

15. Verificación de ingresos. Los ingresos del hogar se documentarán a través de cualquiera de los siguientes mecanismos:

a. **Documentación de terceros.** Mediante la disposición de documentación financiera de terceros, incluyendo el Formulario W-2 de IRS (Declaración de salarios e impuestos); envío de cheque de pago; declaración de impuestos individual; verificación telefónica por el empleador; estados de cuenta bancarios; envío de pago de la Seguridad Social; envío de pago de compensación al trabajador; aviso de pago del seguro de desempleo; cartas de determinación de compensación por desempleo; respuesta de una consulta de crédito y otra información disponible públicamente; u otros indicadores apropiados de los ingresos del paciente. La documentación de terceros proporcionada bajo esta subsección se manejará de acuerdo con los procedimientos de seguridad de la información del hospital y los requisitos de protección de la información protegida de salud.

b. **Verificación escrita.** En los casos en que la documentación de terceros no esté disponible, la verificación de los ingresos anuales del hogar del paciente se puede realizar (i) mediante la obtención de una solicitud de asistencia financiera firmada por el paciente o la parte responsable que acredite la veracidad de la información de ingresos proporcionada por el paciente, o (ii) mediante la declaración escrita del empleado del hospital que completa la solicitud de asistencia financiera de que el paciente o la parte responsable verificaron verbalmente la información de ingresos proporcionada por el paciente.

En cualquier caso en el que el paciente o la parte responsable no puedan proporcionar la verificación solicitada por un tercero de los ingresos del paciente, se requiere que el paciente o la parte responsable proporcionen una explicación razonable de por qué el paciente o la parte responsable no pueden proporcionar la verificación requerida de un tercero. Se utilizarán intentos razonables para verificar el testimonio del paciente y la información de apoyo.

16. Pacientes fallecidos. Se puede considerar que los pacientes fallecidos, sin cónyuge sobreviviente, no tienen ingresos para el cálculo de los ingresos anuales del hogar. No se requiere documentación de ingresos para pacientes fallecidos; sin embargo, la documentación de los bienes patrimoniales puede ser requerida. El cónyuge sobreviviente de un paciente fallecido puede solicitar asistencia financiera.

17. Descalificación de asistencia financiera. La descalificación después de que se haya otorgado asistencia financiera puede ser por razones que incluyen, pero no se limitan a, uno o más de los siguientes:

a. **Falsificación de la información.** Se le denegará al paciente asistencia financiera si el paciente o la parte responsable proporcionan información falsa, incluyendo información sobre ingresos, tamaño del hogar, bienes u otros recursos disponibles que podrían indicar un medio financiero para pagar la atención.

b. **Acuerdo de terceros.** Se denegará la asistencia financiera si el paciente recibe un convenio financiero con un tercero asociado con la atención prestada por el hospital. Se espera que el paciente utilice el monto del convenio para satisfacer cualquier saldo de la cuenta del paciente.

18. Relación con la política de cobro de cuentas. Durante el proceso de verificación, mientras se recopila la información para determinar los ingresos de un paciente, él/ella puede tratarse como un paciente de pago privado de acuerdo con otras políticas del hospital, incluyendo la política de cobro de cuentas. Puede obtener una copia gratuita de la política de cobro de cuentas del hospital, que explica las acciones que el hospital puede tomar en caso de falta de pago, llamando al 361-293-2321 o en persona en el hospital. Después de que los descuentos basados en las directrices de descuentos por elegibilidad para asistencia financiera (Anexo A) reduzcan la cuenta del paciente, el paciente será responsable del resto del saldo pendiente de la cuenta del paciente, que no será superior a los AGB. Una vez que el paciente cumple los requisitos para recibir asistencia financiera, el hospital no cobrará el monto calificado para recibir asistencia financiera. Se facturará a los pacientes los montos restantes de acuerdo con la política de cobros de cuentas del hospital.

19. Copagos. El hospital se reserva el derecho de facturar y cobrar un copago razonable por servicios prestados a pacientes que califican para asistencia financiera.

20. Relación con EMTALA y otras políticas. ESTA POLÍTICA NO AFECTA LA OBLIGACIÓN DEL HOSPITAL BAJO LA LEY DE TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA Y DE TRABAJO ACTIVO (EMTALA). ADEMÁS, ESTA POLÍTICA NO ALTERA NI MODIFICA OTRAS POLÍTICAS RELATIVAS A LOS ESFUERZOS PARA OBTENER PAGOS DE PAGADORES DE TERCEROS.

21. Proveedores cubiertos y no cubiertos bajo esta política. En www.bhset.net se mantiene una lista de los proveedores cubiertos por esta póliza y los que no están cubiertos. Cualquier pregunta sobre la inclusión o exclusión de proveedores cubiertos por esta política puede dirigirse al 361-293-2321.