



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	Página 1 de 15	Aprobado por: El Directorio de BSHSI

PROPÓSITO

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 médicamente 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). Ver el APÉNDICE

A para más información sobre el descuento por AGB.

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

Cosmética – Cirugía cuyo 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 Médica de Emergencia – Una condición médica manifestándose a través de síntomas agudos de suficiente severidad (incluyendo dolor severo), tal que una persona común prudente, con un conocimiento promedio sobre la salud y la medicina, pueda razonablemente esperar que la ausencia inmediata de atención médica pueda resultar en:

- (A) Riesgos serios para la salud del individuo, o, en el caso de una mujer embarazada, para la salud de la mujer o de su bebé por nacer;
- (B) Serio deterioro de funciones corporales; o
- (C) Seria disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Ingreso familiar – Efectivo bruto o equivalentes de efectivo ganado por, o provisto a un individuo. Los beneficios que no sean en efectivo o asistencia pública no son considerados como ingresos, así como subsidios para alimentos y vivienda, y asistencia educacional.

Pautas federales del nivel de pobreza -- El nivel federal de la pobreza es utilizado por el gobierno de los Estados Unidos para definir el nivel de pobreza de un paciente y de su familia, para los propósitos de esta política. Está basado en el ingreso anual de efectivo del grupo familiar, en vez de su riqueza total, consumo anual, o por su propia evaluación de bienestar (APÉNDICE B). Las pautas de pobreza son actualizadas anualmente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en efecto en el momento de tal determinación.

Tarifa Fija – Una tarifa pre-determinada por procedimientos frecuentemente con el propósito de promociones especiales, tal como una evaluación de calcificación en arterias del corazón.

Garante – El paciente, cuidador, o entidad responsable por el pago de la cuenta por el cuidado recibido.

Jefe del grupo familiar – Es el individuo listado en las declaraciones de impuestos como “Jefe del hogar” o “Jefe del grupo familiar.”

Indigente – Un individuo sin un domicilio permanente que puede estar viviendo en la calle; alojándose en un refugio, misión, en edificios abandonados o en un vehículo; o en otra situación inestable o no

permanente. Un individuo puede ser considerado como indigente si la persona convive con amigos y/o con parientes de la familia por periodos de más de 90 días.

Miembros del grupo familiar (“Dependientes”) – Son las personas “residiendo” en el hogar, y que son reclamados en la declaración de impuestos del Jefe del grupo familiar.

Asesores de elegibilidad médica/Abogacía para la asistencia médica – Son los proveedores de servicios de asesoramiento contratados por BSHSI para evaluar a los pacientes para programas gubernamentales y de asistencia financiera de BSHSI.

Servicios Médicamente Necesarios – “Son aquellos servicios necesarios para el cuidado de la salud, para prevenir, diagnosticar, o tratar una enfermedad, lesión, condición, o sus síntomas, y que sea aceptado por los estándares de la medicina.” En cualquiera de dichas circunstancias, si la condición produce síntomas debilitantes o efectos secundarios, entonces también es considerada médicamente necesaria de ser tratada.

Servicios no admisibles – Los siguientes servicios para el cuidado de la salud no califican para recibir asistencia financiera bajo esta política:

- (A) Los servicios provistos como resultado de un accidente. Estos cargos están sujetos a todos los instrumentos legales requeridos para asegurar su pago mediante la responsabilidad de terceros, incluyendo si dichos instrumentos son ejecutados después que la admisibilidad inicial en el Programa de Asistencia Financiera para el Paciente haya sido aprobada. De existir cobertura por terceros, BSHSI colectará el balance adeudado por cuenta del pagador. Si no existiera cobertura de terceros, el paciente entonces podrá presentar una solicitud para asistencia financiera.
- (B) Los procedimientos electivos médicamente no necesarios, tales como procedimientos cosméticos y/o de tarifas fijas, y pacientes asegurados que opten por no utilizar sus seguros, equipos médicos duraderos, cuidado a domicilio, y medicamentos recetados.

Requerimientos obligatorios

Al implementar esta política, BSHSI cumplirá con todas las otras leyes, reglas y regulaciones federales, estatales y locales que apliquen a las actividades realizadas de acuerdo 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). Ver el APÉNDICE C para información sobre cómo los pacientes pueden obtener un formulario de solicitud para asistencia financiera.

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. (APÉNDICE D)

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 (APÉNDICE E).

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. Ver el APÉNDICE F para una lista completa de proveedores de servicios para la salud, tanto de emergencia como otros médicamente necesarios, no suscritos al programa de asistencia financiera de BSHSI,

PAUTAS DEL PROCEDIMIENTO

Ver el APÉNDICE G para las directrices del procedimiento.

Esta política es aprobada por el directorio de BSHSI.

Para facturación y cobranzas por favor ver nuestra política sobre Facturación y Cobranzas.

APÉNDICE A

Descuento de AGB

Más información sobre el descuento AGB se encuentra en el www.fa.bonsecours.com, o llamando al número de servicio al cliente (Localmente) al 804-342-1500, o (Llamada gratis de larga distancia) al 1-877-342-1500. Para servicio al cliente en el Rappahannock General Hospital, por favor llamar al 804-435-8529.

APÉNDICE B

Pautas federales de pobreza

La tabla a continuación está basada en las pautas de pobreza federal del 2016:

No. de personas en el grupo familiar	48 Estados Contiguos de los EEUU y D.C.	200% FPL	300% FPL	400% FPL
1	\$11,880	\$23,760	\$35,640	\$47,520
2	\$16,020	\$32,040	\$48,060	\$64,080
3	\$20,160	\$40,320	\$60,480	\$80,640
4	\$24,300	\$48,600	\$72,900	\$97,200
5	\$28,440	\$56,880	\$85,320	\$113,760
6	\$32,580	\$65,160	\$97,740	\$130,320
7	\$36,730	\$73,460	\$110,190	\$146,920
8	\$40,890	\$81,780	\$122,670	\$163,560
Cada persona adicional	\$4,140	\$8,280	\$12,420	\$16,560

APÉNDICE C

OBTENIENDO INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIA FINANCIERA

Los pacientes pueden obtener un formulario de solicitud para asistencia financiera en el www.fa.bonsecours.com, de un empleado de admisiones o de un consultor financiero en uno de nuestros hospitales, o llamando a la línea de servicio al cliente (Número Local) 804-342-1500, o (Gratuito) al 877-342-1500. Para servicio al cliente en el Rappahannock General Hospital, por favor llamar al 804-435-8529. Para pacientes en Maryland, la ley estatal requiere que se llene una solicitud distinta, la cual también se puede obtener en el mismo sitio web o llamando a los mismos teléfonos anteriormente mencionados.

APÉNDICE D

Montos cobrados a los pacientes

Mercado local	Descuento <=200% FPL	Descuento 201-300% FPL	Descuento 301-400% FPL
Baltimore	100%	72%	68%
Hampton	100%	83%	79%
Kentucky	100%	83%	79%
Rappahannock	100%	72%	68%
Richmond	100%	83%	79%
South Carolina	100%	88%	84%

APÉNDICE E

Montos generalmente facturados por el mercado de BSHSI

Mercado de BSHSI	AGB
Baltimore	Ver más abajo*
Hampton	25%
Kentucky	25%
Rappahannock	35%
Richmond	25%
South Carolina	20%

Baltimore

Bon Secours Hospital

2000 West Baltimore Street | Baltimore, MD 21223

*Dado a que tanto las leyes del estado de Maryland como las leyes de impuestos Federales limitan los montos que pueden ser cobrados a los pacientes, a un individuo elegible para el Programa de Asistencia Financiera (FAP), o a un individuo sin seguro, no se le cobrará más que el menor Monto Generalmente Facturado (AGB), o el cargo regulado por la Comisión de Revisión de Costos por Servicios para la Salud de Maryland para cuidado de emergencia u otros médicamente necesarios.

Hampton

Bon Secours Maryview Medical Center

3636 High Street | Portsmouth, VA 23707

Mary Immaculate Hospital

2 Bernardine Drive | Newport News, VA 23602

Bon Secours DePaul Medical Center

150 Kingsley Lane | Norfolk, VA 23505

Kentucky

Our Lady of Bellefonte Hospital

St. Christopher Drive | Ashland, KY 41101

Rappahannock

Bon Secours Rappahannock General Hospital

101 Harris Road | Kilmarnock, VA 22482

Richmond

St. Mary's Hospital

5801 Bremo Road | Richmond, VA 23226

Memorial Regional Medical Center

8260 Atlee Road | Mechanicsville, VA 23116

Richmond Community Hospital

1500 N. 28th Street | Richmond, VA 23223

St. Francis Medical Center

13710 St. Francis Boulevard | Midlothian, VA 23114

South Carolina

ST. Francis Downtown

1 St. Francis Drive | Greenville, SC 29601

ST. Francis Eastside

125 Commonwealth Drive | Greenville, SC 29615

ST. Francis Millennium

2 Innovation Drive | Greenville, SC 29607

APÉNDICE F

Proveedores participantes

Para una lista completa de médicos que proveen servicios de emergencia u otros medicamentos necesarios que adoptan o no el programa de asistencia financiera de BSHSI, por favor visite el www.fa.bonsecours.com

APÉNDICE G

PAUTAS DEL PROCEDIMIENTO

Estas pautas son provistas para asistir al personal en llevar a cabo los objetivos de esta política. Al estar siguiendo estas pautas de procedimiento, se espera que el personal ejercite juicio dentro del alcance de sus prácticas y/o responsabilidades de función.

Proceso de elegibilidad

A los efectos de determinar la elegibilidad para asistencia financiera, se utilizará el siguiente proceso:

- (A) El paciente, o un representante designado deberán llenar una solicitud. El propósito de la solicitud es establecer la información necesaria para verificar la elegibilidad para asistencia financiera del paciente.
- (B) Se podrán usar fuentes de información externas para obtener información sobre un paciente, o sobre el garante de un paciente y su habilidad para pagar (tal como un servicio de calificación crediticia).
- (C) Antes de solicitar asistencia financiera, el paciente debe tener un balance pendiente en su cuenta o un servicio programado para ser realizado con BSHSI. Su elegibilidad podrá ser determinada en cualquier momento durante el ciclo de ingresos.
- (D) Aquellos pacientes que rehúsen participar y cooperar con nuestros asesores de elegibilidad médica no serán elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta política. Cualquier descuento otorgado a pacientes fuera de esta política serán revistos y aprobados o denegados caso por caso.
- (E) Si hiciera falta información adicional, el solicitante de asistencia financiera será notificado por correo. La carta instruirá al solicitante retornar la información dentro de los 30 días de su recibo. Si la información requerida no es recibida dentro de los 30 días hábiles, no más actividad ocurrirá respecto al pedido de asistencia solicitado.
- (F) Los pedidos de asistencia financiera serán procesados rápidamente, y BSHSI hará todo lo posible para notificar al paciente sobre la aprobación o la denegación dentro de los 60 días de haber recibido la solicitud completa.
- (G) Para hospitales en Maryland solamente: Las denegaciones a solicitudes de asistencia financiera pueden ser apeladas llamando al Servicio para el Cliente, al 877-342-1500.

Verificación de ingresos

La verificación de ingresos del grupo familiar se realizará mediante los siguientes documentos:

- (A) Excepto en Nueva York, por las declaraciones de impuestos completas del grupo familiar del paciente del año calendario más reciente.
 - Si el paciente es empleado por su propia cuenta, una copia del estado financiero del negocio del último trimestre, en conjunto con la declaración de impuestos del negocio del año anterior y la declaración de impuestos personal del paciente.
- (B) Los tres talones de cheques más recientes recibidos por empleo o una declaración del empleador.
- (C) Carta de los beneficios corrientes por desempleo mostrando denegación o elegibilidad y el monto recibido.

- (D) Carta corriente de Seguro Social o estado de cuenta bancaria completo de depósitos directos de Seguro Social.
- (E) Declaración de pensión actual.
- (F) Carta de SNAP.
- (G) Documento o carta por orden judicial de padre con custodia indicando el monto recibido de manutención del menor.
- (H) Contrato de alquiler o documentación verificando ingresos brutos por rentas.
- (I) Documentación listando el valor de acciones, bonos, Certificados de Depósito, o de cualquier propiedad adicional que el paciente posea.
- (J) Copia completa de toda cuenta corriente, de ahorro, o *money market*.

Para el paciente ser considerado para el Programa de Asistencia Financiera, además de requerirse una prueba de los ingresos del paciente, algunas regulaciones del Sistema Local de Hospitales con Cuota Desproporcionada (DSH) también pueden requerir prueba de ingresos. Tales regulaciones serán manejadas individualmente para cada caso para asegurar el cumplimiento con tales programas.

Verificación presunta de elegibilidad

Como demostrado por la información provista por el paciente u obtenida de alguna otra manera por BSHSI, un paciente puede presumirse ser elegible para el 100% de asistencia financiera, sin tener que completar la solicitud de asistencia financiera, bajo las siguientes circunstancias:

- (A) El paciente es un indigente
- (B) Pacientes son referidos a través de una de las Asociaciones Nacionales de Clínicas Gratuitas.
- (C) Participación en programas para la mujer, el bebé y el niño (WIC).
- (D) Elegibilidad para cupones para alimentos (SNAP).
- (E) Elegible para otros programas de asistencia estatales o locales no subvencionados (ej.: Gastos de agotamiento de Medicaid)
- (F) El paciente fallece con un FPL del 200% o menor, y con un patrimonio desconocido.
- (G) El paciente tiene cuentas pendientes anteriores a un descargo por Bancarrota de Capítulo 7 y su FPL es inferior al 200%.
- (H) Otras barreras significantes que se presenten que impidan al paciente la habilidad de pagar.

Comunicación del programa de asistencia financiera

BSHSI hará todos los esfuerzos razonables para asegurar que la información sobre nuestro programa y su disponibilidad sea claramente comunicada y esté ampliamente disponible al público. Individuos pueden obtener una copia de nuestra Solicitud para Asistencia Financiera y su Política en el www.fa.bonsecours.com. BSHSI proveerá la dirección del sitio web a toda aquella persona que la pida. Las personas pueden obtener y recibir asistencia para llenar la Solicitud para Asistencia Financiera en cualquiera de nuestras áreas de registración, de nuestros asesores financieros, o de los cajeros. Los interesados pueden pasar por cualquiera de nuestros mostradores de información localizados dentro de cada hospital, para pedir asistencia en localizar a los asesores financieros, los cajeros o las áreas de registración. Se pueden obtener copias gratis por correo de nuestra Solicitud para Asistencia Financiera y su Política llamando a nuestro departamento de servicio al cliente, (llamada local) al 804-342-1500, o (gratuita) al 677-342-1500. Para servicio al cliente en Rappahannock General Hospital, por favor llamar al 804-435-5829.

Facturación y Cobranzas

Para nuestros procedimientos de Facturación y Cobranzas por favor vea nuestra Política de Facturación y Cobranzas. Esta política explica los procedimientos y acciones extraordinarias de cobranza que BSHSI pudiese tener que realizar en el caso de falta de pago. Se puede obtener una

copia gratis de esta política de cualquiera de nuestras áreas de registraci3n, por medio de nuestros asesores financieros, o de los cajeros. Los asesores financieros o las oficinas de los cajeros se encuentran dentro de las 1reas de registraci3n de pacientes. Los interesados pueden pasar por cualquiera de nuestros mostradores de informaci3n localizados dentro de cada hospital para pedir asistencia en localizar a los asesores financieros o las oficinas de los cajeros. Se pueden obtener copias gratis por correo de nuestra Pol3tica de Facturaci3n y Cobranzas llamando a nuestro departamento de servicio al cliente, (llamada local) al 804-342-1500, o (gratuita) al 677-342-1500. Para servicio al cliente en Rappahannock General Hospital, por favor llamar al 804-435-5829.

Para hospitales en Maryland solamente: Adem1s de los procedimientos y requerimientos anteriores, ciertos otros procedimientos aplican a pacientes buscando ser tratados en hospitales de BSHSI de Maryland.

- Adem1s de la informaci3n anterior, los pacientes deber1n recibir notificaci3n mediante una “hoja de informaci3n del hospital”, sobre: (1) instrucciones de c3mo solicitar para el Programa de Asistencia M3dica de Maryland, as3 como de otros programas que puedan ayudar a pagar la cuenta; (2) informaci3n de contacto para el Programa de Asistencia M3dica de Maryland; y (3) una nota clara, donde sea aplicable, explicando que los cargos de los m3dicos no est1n incluidos con la cuenta del hospital y que son facturados por separado. Esta hoja informativa le ser1 entregada al paciente: (a) antes del alta; (b) con la cuenta del hospital; y (c) a pedido.