

1. NCH Healthcare System (NCH) se compromete a brindar acceso a atención médica de calidad para la comunidad en la que presta servicios y ofrece asistencia financiera a aquellos con una necesidad establecida de recibir atención médica de emergencia o servicios hospitalarios médicamente necesarios. De conformidad con la Ley 409.9131 del estado de Florida, “necesidad médica” o “médicamente necesario” significa cualquier producto o servicio necesario para paliar los efectos de una enfermedad terminal o para prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o impedir el deterioro de una afección que pone en riesgo la vida, causa dolor o sufrimiento, o da como resultado una enfermedad o invalidez, cuyos productos o servicios se proporcionan de acuerdo con los estándares de práctica médica generalmente aceptados. NCH basa su Política de asistencia financiera (FAP) y sus políticas de caridad en las pautas del estado de Florida. NCH se compromete a brindar servicios de atención médica a todos los pacientes, sin distinción de edad, género, raza, origen étnico, discapacidad o afiliación religiosa, y reconoce que, en algunos casos, una persona no tendrá la capacidad financiera para pagar los servicios recibidos.
  
2. Esta política pretende cumplir con la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos y deberá interpretarse y aplicarse de acuerdo con dichas normas. Debido a la significativa carga financiera de atender a las personas que no tienen recursos suficientes para pagar sus servicios, NCH decidirá en función de cada caso el alcance de la atención que no sea urgente y ni de emergencia que se brinda a todos los pacientes. Esta política cubre los servicios ofrecidos por todos los departamentos e instalaciones de Naples Community Hospital y el grupo de médicos de NCH.  
  
No deberán aplicarse descuentos de caridad hasta que se hayan determinado y aplicado todos los pagos de terceros en una cuenta.
  
3. NCH ofrecerá asistencia financiera o de caridad cuando se cumplan las siguientes condiciones:
  - a. La evaluación se ha completado y rechazado para, entre otras cosas, la elegibilidad para el seguro, la elegibilidad para los programas de participación en los costos de caridad, acuerdos de responsabilidad relacionados con los servicios ofrecidos, evaluación de elegibilidad de Medicaid u otro programa gubernamental o asistencia de financiamiento externa.
  - b. El paciente o garante ha completado una solicitud de asistencia financiera que incluye ingresos y gastos, activos y pasivos.
  - c. El proveedor del servicio ha obtenido un informe crediticio para confirmar la información contenida en el Formulario financiero para cuentas con saldo de USD 1000,00 o mayor (servicios hospitalarios) o de USD 200,00 o mayor (servicios de médicos).  
El paciente o garante ha cumplido con las pautas de verificación de ingresos.
  - d. Si trabaja por cuenta propia, pueden requerirse copias de declaraciones del impuesto federal sobre la renta con el fin de determinar los ingresos del paciente o garante que cumpla con las pautas federales vigentes sobre el número de integrantes de la familia y los ingresos que definen el nivel de pobreza.

- e. Los pacientes que solicitan asistencia financiera o evaluación de caridad que tengan cuentas previamente aprobadas para la caridad en los últimos 3 meses no requieren una revisión adicional de la documentación impresa o una nueva Investigación de la oficina de crédito (“CBI”, por sus siglas en inglés). Esto no se aplica a la caridad otorgada en virtud de la regla del 25 %, a menos que los servicios sean para el mismo plan de tratamiento o diagnóstico. Si los servicios son para un diagnóstico diferente, se requiere una nueva evaluación.
- f La deuda es superior a USD 250,00.

4 La ley de Florida permite que los proveedores clasifiquen los cargos como “caridad” para pacientes cuya familia tenga ingresos al 200 % o menos de las pautas federales del nivel de pobreza, o si sus gastos médicos superan el 25 % de sus ingresos anuales y la información financiera documentada respalda la idea que el paciente no tiene la capacidad de pagar los servicios. El “cuidado caritativo” o el “cuidado caritativo no compensado” significa esa parte de los cargos por servicio informada a la Agencia para la Administración del cuidado de salud para la cual no hay compensación, por cuidado proporcionado a un paciente cuya familia tiene ingresos en los últimos 12 meses anteriores a la determinación menores o iguales al 200 % del nivel federal de pobreza, a menos que el monto adeudado por el paciente supere el 25 % de los ingresos anuales de la familia. Sin embargo, en ningún caso los cargos del proveedor se considerarán caridad para un paciente cuya familia tiene ingresos que superan cuatro veces el nivel federal de pobreza para una familia de cuatro personas. (F.S.409.911) Si el paciente califica para la regla del 25 % para caridad y demuestra capacidad para pagar una parte de los servicios, NCH puede cobrar un máximo de AGB (Monto generalmente facturado) y aplicar la caridad para el saldo restante.

#### ASISTENCIA FINANCIERA DISPONIBLE Y CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Si los ingresos de un paciente están por debajo del 400 % de las pautas federales del nivel de pobreza, el paciente puede recibir alguna forma de asistencia financiera. NCH se reserva el derecho de brindar asistencia financiera incluso a pacientes que quedan fuera de estas pautas de ingresos estándar.

<b>Ingresos del paciente</b>	<b>Monto de asistencia financiera</b>
Al 200 % o menos de las pautas federales del nivel de pobreza	El paciente es elegible para recibir la totalidad de la asistencia financiera de las tarifas hospitalarias y las tarifas de NPG relacionadas con la atención hospitalaria.
Entre el 201 % y el 400 % de las pautas federales del nivel de pobreza	El paciente es elegible para una reducción del 75 % en cargos brutos de hospitales NCH y tarifas de NPG relacionadas con la atención hospitalaria; en otras palabras, el paciente paga el 25 % de los cargos brutos.
La responsabilidad de cargos brutos del paciente supera el 25 % de los ingresos familiares anuales, pero no supera cuatro veces el nivel federal de pobreza para una familia de cuatro personas.	El paciente es elegible para recibir la totalidad de la asistencia financiera o las tarifas hospitalarias y las tarifas de NPG relacionadas con la atención hospitalaria.

## ELEGIBILIDAD PRESUNTA

Los pacientes pueden ser elegibles para un descuento del saldo pendiente de pago completo ante la ausencia de un formulario de solicitud de asistencia financiera si el paciente cumple con una de las siguientes características:

- No tiene hogar
- Ha fallecido y no tiene bienes conocidos disponibles para pagar facturas médicas
- Actualmente es elegible para Medicaid, pero no estaba en la fecha de servicio, o los beneficios de Medicaid finalizaron.
- Es elegible para recibir beneficios de una agencia gubernamental como víctima de un delito violento o abuso sexual, y el tratamiento está relacionado con el delito violento o el abuso sexual.
- Una incapacidad demostrada para pagar servicios en función de todos los activos disponibles. Los pacientes que reciben atención en el departamento de emergencias o de allí que no tengan recursos financieros pueden ser elegibles para la FAP si están desempleados o si trabajan por cuenta propia y no pueden proporcionar una declaración de impuestos sobre la renta, y son indigentes sin acceso a la documentación de solicitud requerida, aún pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera.

---

## BASE PARA CALCULAR LOS MONTOS GENERALMENTE FACTURADOS

Cuando un paciente califica para recibir asistencia financiera de menos del 100 % de los cargos brutos según se establece arriba, las tarifas por las cuales el paciente es responsable no superarán el monto generalmente facturado (“AGB”, por sus siglas en inglés) a las personas que tengan un seguro que cubra dicha atención.

NCH utiliza el método de “retroactividad” para calcular el AGB para sus instalaciones hospitalarias. El AGB es el monto máximo que cobraremos de un paciente elegible para recibir asistencia financiera en virtud de la Política de asistencia financiera. El porcentaje de AGB se basa en todos los reclamos permitidos por Medicare y las aseguradoras de salud privadas en un período de 12 meses, dividido por los cargos brutos asociados para esos reclamos.

5. NCH deberá mantener la documentación pertinente para la aprobación de la asistencia financiera o de caridad, incluidos los formularios financieros, otra documentación de respaldo y un informe de CBI (no se requiere un CBI en cuentas hospitalarias con un saldo de USD 1000 o menos; USD 200,00 o menos para servicios de un médico, si un paciente tiene varias cuentas con un total superior a USD 1000,00, entonces se requiere un CBI).
6. NCH deberá extender la caridad en las cuentas luego de la finalización del proceso de aprobación si el paciente o garante no tiene seguro, no puede calificar para asistencia de financiamiento externa y es elegible para la caridad. Antes de la determinación y aprobación de la elegibilidad para la caridad, NCH seguirá realizando esfuerzos de cobro habitual. NCH detendrá todos los esfuerzos de cobro al momento de aprobación de la caridad y notificará a los proveedores externos que busquen el pago del paciente o garante acerca de la fecha de determinación de la caridad.
7. Las agencias de cobro de deudas de terceros pueden ayudar a solventar cuentas cuando los pacientes sean poco colaboradores para hacer pagos, no hayan hecho pagos acordados, o no hayan estado dispuestos a completar la solicitud de asistencia financiera o a proporcionar documentación de respaldo para apoyar su solicitud de asistencia financiera. Las agencias de cobro pueden estar registradas solo después de que se hayan agotado todas las opciones de pago y cobro razonables. NCH mantiene políticas por separado en las que se detallan sus procedimientos de facturación y cobro. De acuerdo con estas políticas, NCH no participará ni autorizará a sus agencias de cobro a participar en ninguna acción de cobro extraordinario según lo define la ley vigente, antes de verificar que los pacientes hayan tenido la posibilidad de solicitar asistencia financiera o de caridad.
8. Para que sean válidas, las solicitudes de asistencia financiera deben estar firmadas, atestiguadas y fechadas. Las solicitudes de asistencia financiera son válidas durante 6 meses antes y 6 meses después de la fecha de la firma. Como excepción, los formularios financieros pueden ser válidos durante 6 meses más si los ingresos del paciente están limitados a un ingreso fijo como discapacidad o seguro social y sus ingresos no se han modificado.

9. Naples Community Hospital se reserva el derecho de revertir la asistencia financiera y buscar el reembolso o los cobros apropiados como resultado de información recientemente descubierta, incluido el pago o la cobertura de seguro para el solicitante o el interés de una reclamación de daño personal relacionada con los servicios en cuestión. Todos los pagos recibidos por Naples Community Hospital, después de que se otorgue la asistencia financiera, darán lugar a la reversión del monto de ajuste para solventar el saldo de pago por cuenta propia restante sin crear un saldo adeudado o un saldo a favor. En el caso de que el paciente/garante obtenga una liquidación o un reembolso por la atención brindada y se niegue a pagar la atención previamente considerada caridad o asistencia, el paciente/garante ya no será elegible para recibir asistencia financiera y puede dar como resultado un saldo adeudado.
10. Proporcionar asistencia financiera no obliga a Naples Community Hospital a brindar atención continua; sin embargo, es a su absoluta discreción que el servicio y respaldo médicamente necesarios y no disponibles en otro lugar puedan brindarse de manera continua. Es posible que el paciente deba volver a solicitar la FAP al menos cada 6 meses.
11. NCH Healthcare System requiere la liquidación financiera previa de la Administración de la oficina comercial de todos los servicios optativos (programados o no programados) si el paciente no tiene seguro, está subasegurado o paga por cuenta propia y no cumple con las pautas de FAP o de caridad. Antes de los servicios, se requiere obtener el pago total basado en la política de descuento para pago por cuenta propia (o monto acordado) de NCH.
12. Un consejero financiero se comunicará con todos los pacientes antes de recibir los servicios programados para evaluar la capacidad de pago del paciente. Este proceso incluirá la obtención de la información financiera actual del paciente, la obtención de un informe crediticio actual y la revisión del historial de pago del paciente con NCH Healthcare System.
13. El equipo de Administración de la oficina comercial revisará la información financiera del paciente. En función de su evaluación, se puede contactar a la administración ejecutiva o al médico que brinda atención/hace el pedido para determinar si los servicios opcionales pueden retrasarse, reprogramarse o rechazarse según la incapacidad para pagar del paciente.
14. La aprobación previa de una o más cuentas para caridad no garantiza la caridad futura. Cada servicio (no emergente) será evaluado en función de cada caso.
15. Los pacientes asegurados por Medicare como plan principal y Medicaid como plan secundario con un saldo adeudado después de que ambos seguros se hayan facturado, serán ajustados como deuda incobrable de Medicare, si corresponde, y no se cancelarán a la caridad.