

MANUALES DE LA POLÍTICA ADMINISTRATIVA

Sección: Oficina comercial

Original: 10-89

Política: Política de asistencia
financieraRevisado: 9/10, 10/6, 13/7, 15/3, 18/7, 20/8, 22/4, 23/9, 24/1, 26/8
Revisión: 16/3, 17/3, 18/7, 19/9, 20/8, 21/1, 22/4, 23/9, 24/1, 26/8

- 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. Los pacientes que no tengan los medios para pagar los servicios prestados en NCH pueden solicitar asistencia financiera y pueden ser considerados elegibles para recibir asistencia de acuerdo con los términos y condiciones de esta política. 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 NCH 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 activos.

Se debe proporcionar lo siguiente para la verificación de ingresos, según corresponda:

 - Talones de pago actuales o verificación por escrito del empleador
 - Declaración fiscal de ingresos para el año anterior más reciente
 - Formularios W-2 o 1099
 - Declaraciones bancarias de cheques/ahorros recientes
 - Aprobación o denegación por escrito de compensación por desempleo o compensación por empleo

MANUALES DE LA POLÍTICA ADMINISTRATIVA

Sección: Oficina comercial

Original: 10-89

Política: Política de asistencia
financieraRevisado: 9/10, 10/6, 13/7, 15/3, 18/7, 20/8, 22/4, 23/9, 24/1, 26/8
Revisión: 16/3, 17/3, 18/7, 19/9, 20/8, 21/1, 22/4, 23/9, 24/1, 26/8

- Verificación por escrito de las agencias de bienestar público o cualquier agencia gubernamental de los ingresos del paciente
 - Los trabajadores independientes deben proporcionar formularios fiscales completos de las declaraciones más recientes, incluido el programa C.
 - Sin medios para verificar los ingresos: si el paciente/garante no posee ingresos para documentar y no se disponen de otros medios para la verificación de ingresos, se podrá aceptar una declaración firmada de apoyo de las personas que proporcionan el apoyo al paciente en reemplazo de la documentación antes mencionada. La declaración debe identificar a la persona que proporciona el apoyo, la relación de dicha persona con el paciente y el tipo y origen del apoyo suministrado.
- c. El Proveedor del servicio puede, a su discreción, utilizar un informe de crédito, una herramienta tecnológica aprobada, como una puntuación de propensión al pago, o la información financiera enviada previamente por el paciente, el diagnóstico y el historial de pagos para confirmar la información contenida en el Formulario financiero y en la determinación de elegibilidad del apoyo de caridad, y que el paciente o el garante han cumplido con los requisitos de verificación de ingresos.
- d. Los pacientes que solicitan asistencia financiera o evaluación de caridad que tengan cuentas previamente aprobadas para la caridad en los últimos seis meses no requieren una revisión adicional de la documentación impresa o un nuevo informe de CBI, si es que se solicitó uno para la aprobación anterior. 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.
- e. La deuda es superior a USD 250,00.
- 4 El estatuto de Florida permite a los Proveedores clasificar los cargos como “caridad” para los pacientes cuyo ingreso familiar sea del 200 % o inferior a las Pautas federales del nivel pobreza, o cuando los gastos médicos exceden el 25 % de los ingresos anuales y la información financiera documentada afirma que el paciente no posee la capacidad de pagar por 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.

Sección: Oficina comercial

Original: 10-89

Política: Política de asistencia
financieraRevisado: 9/10, 10/6, 13/7, 15/3, 18/7, 20/8, 22/4, 23/9, 24/1, 26/8
Revisión: 16/3, 17/3, 18/7, 19/9, 20/8, 21/1, 22/4, 23/9, 24/1, 26/8**ASISTENCIA FINANCIERA DISPONIBLE Y CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD****Criterios de elegibilidad para la asistencia financiera:**

- El paciente es un residente permanente de los Estados Unidos y reside dentro del área de servicio designada de NCH (es decir, Collier County y los condados adyacentes), con la excepción de que este criterio de residencia no se aplica a los servicios médicos de emergencia proporcionados en un departamento de emergencia, que permanecen sujetos a la evaluación de FAP, independientemente de la residencia del paciente.
- NCH debe estar en la red si el paciente posee cobertura de seguro de salud, a menos que los servicios fueran servicios médicos de emergencia proporcionados en un departamento de emergencia.
- El paciente cumple con los criterios de ingresos familiares anuales y tamaño de la familia, según lo establecido en las pautas federales de nivel de pobreza.
- Solicitud de asistencia financiera completada, incluida toda la documentación necesaria si no es elegible para Medicaid, o si tiene elegibilidad presunta y no está excluido de la asistencia financiera.
- NCH se reserva el derecho de proporcionar asistencia financiera según las consideraciones financieras específicas el paciente y la cantidad adeudada según lo relacionado con los recursos disponibles. Esto excluye a los pacientes donde NCH no se encuentra en la red o no fue contratada.
- Determinación médica de que solo NCH puede proporcionar el tratamiento.
- Los cargos de NCH Medical Group (MGR) están cubiertos bajo este FAP solo cuando los servicios están relacionados con las visitas del paciente al hospital o con los pacientes en el Departamento de emergencia del hospital.

Ingresos del paciente	Monto de asistencia financiera
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 Medical Group 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 Medical Group 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 de las tarifas hospitalarias y las tarifas de Medical Group relacionadas con la atención hospitalaria.

ELEGIBILIDAD PRESUNTA

Los pacientes pueden ser elegibles para un descuento del saldo total impago en ausencia de un Formulario de solicitud de asistencia financiera completo si cumplen con uno de los siguientes requisitos y no están excluidos dentro de los criterios de elegibilidad:

- Es una persona sin techo o reside en una vivienda de bajos ingresos/subsidiada.
- Ha fallecido y no tiene bienes conocidos disponibles para pagar facturas médicas.
- Actualmente, es elegible para Medicaid (como seguro principal), pero no lo era en la fecha del servicio, o los beneficios de Medicaid se agotaron, o los cargos son por servicios no cubiertos por Medicaid.
- Es actualmente elegible para Asistencia de recetas, SNAP/cupones de comida o WIC.
- 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 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 debe mantener la documentación adecuada para la aprobación de la atención de caridad o la asistencia financiera, incluidos los formularios financieros y otra documentación de apoyo. Es posible que se solicite un informe de CBI, a discreción de NCH, a fin de apoyar la determinación, de forma coherente con la Sección 3(c).
6. NCH podrá extender la caridad en cuentas después de completar el proceso de aprobación si el paciente o garante no posee seguro o no califica para la asistencia financiera externa y es elegible para la caridad. Antes de la determinación y aprobación de la elegibilidad

MANUALES DE LA POLÍTICA ADMINISTRATIVA

Sección: Oficina comercial

Original: 10-89

Política: Política de asistencia
financieraRevisado: 9/10, 10/6, 13/7, 15/3, 18/7, 20/8, 22/4, 23/9, 24/1, 26/8
Revisión: 16/3, 17/3, 18/7, 19/9, 20/8, 21/1, 22/4, 23/9, 24/1, 26/8

para caridad, NCH realizará los esfuerzos de recolección normales, dejará de realizar estos esfuerzos después de la aprobación de la caridad y notificará a los proveedores externos que reciban los pagos del paciente o garante en la fecha de la 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 una **Política de facturación y cobro** por separado en la que se detallan sus procedimientos de facturación y cobro. Se dispone de una copia de esta política en el sitio web de NCH [aquí](#). 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 Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos, 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 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 por 6 meses adicionales si los ingresos del paciente se limitan a ingresos fijos, como seguridad social o discapacidad, y sus ingresos no han cambiado. Si el paciente no puede firmar debido a su condición médica, el formulario puede ser firmado por el garante, la persona que proporciona la información financiera (indicar su relación con el paciente) o el Asesor Financiero/Representante de Beneficios Públicos que documenta el formulario, ya sea de forma escrita, oral o telefónica. En el formulario se debe documentar lo siguiente: "el paciente no puede firmar debido a su condición médica".
9. NCH 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 NCH, 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 NCH 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 los pacientes deban volver a solicitar la FAP al menos cada 6 meses.

MANUALES DE LA POLÍTICA ADMINISTRATIVA

Sección: Oficina comercial

Original: 10-89

Política: Política de asistencia
financieraRevisado: 9/10, 10/6, 13/7, 15/3, 18/7, 20/8, 22/4, 23/9, 24/1, 26/8
Revisión: 16/3, 17/3, 18/7, 19/9, 20/8, 21/1, 22/4, 23/9, 24/1, 26/8

11. NCH requiere la liquidación financiera previa de la Administración de la oficina comercial para todos los servicios elegidos (programados o no programados) si el paciente no posee cobertura de seguro, la cobertura es insuficiente o paga por cuenta propia y el servicio no es urgente ni emergente. Antes de los servicios, se requiere obtener el pago total basado en la política de descuento para pago por cuenta propia de NCH (o el monto acordado).
12. Un consejero financiero se comunicará con todos los pacientes antes de recibir los servicios programados para evaluar la capacidad de pago de los pacientes. Este proceso incluirá la obtención de la información financiera actual del paciente, la solicitud de un informe de crédito actual si es bajo garantía y la revisión del historial de pagos del paciente con NCH.
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.
15. 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.
16. Los pacientes asegurados por Medicare como plan principal y Medicaid como plan secundario que adeuden un saldo después de haberse facturado a ambos seguros, se ajustarán como deuda incobrable de Medicare, y no se cancelarán a la caridad.
17. NCH tiene un acuerdo con la Neighborhood Health Clinic (NHC) y la Physician Led Access Network (PLAN) para proporcionar servicios a sus pacientes derivados que son aprobados por la administración de NCH. NHC y PLAN están obligados a proporcionar a NCH un formulario de solicitud de asistencia financiera completado al solicitar la aprobación de los servicios. Las cuentas se colocan en una retención de NHC o PLAN tras su aprobación y los saldos se ajustan a la caridad tras la prestación de los servicios.
18. Los pacientes sin seguro que no sean elegibles para la asistencia financiera bajo esta política pueden ser elegibles para el descuento de pago por cuenta propia. Se aplicará un descuento de pago por cuenta propia del 60 % a los cargos totales de los servicios de atención médica aplicables provistos por el Hospital. Se aplicará un descuento de pago por cuenta propia del 30 % a los cargos por servicios proporcionados por NCH Medical Group. Este descuento no se aplica a cirugía cosmética, artículos de conveniencia del paciente, tarifas del programa u otros servicios necesarios no médicos que se facturen conforme a un programa de pago por cuenta propia determinado previamente. El descuento por pago por cuenta propia no libera ni condona los pagos por puntos de servicio que el paciente esté obligado a pagar. Todo descuento por pago por cuenta propia se revertirá si se identifica un seguro de terceros u otro origen de cobertura.