



BON SECOURS HEALTH SYSTEM

Política/Procedimiento

Título: Asistencia financiera para el paciente	Fecha: 02/07/2019
Categoría: SYS.MIS.FAP	Reemplaza la versión con fecha: 01/12/2015
	Aprobado por: La junta directiva de BSHSI

POLÍTICA

Es la política de Bon Secours Health System, Inc. ("BSHSI") comprometerse a garantizar el acceso a los servicios de salud necesarios para todos. BSHSI trata a todos los pacientes, ya sean asegurados o no, con dignidad, respeto y compasión durante las admisiones, la prestación de servicios, el alta y los procesos de facturación y cobro. Esta política está redactada con la intención de cumplir con los requisitos de la Sección 501 (r) del Código de Rentas Internas de 1986, según sus enmiendas, con respecto a las políticas de asistencia financiera y atención médica de emergencia, las limitaciones en los cargos a las personas elegibles para recibir asistencia financiera y la facturación razonable. y los esfuerzos de recolección y deben ser interpretados consecuentemente.

ALCANCE

Esta política debe ser utilizada por todos los centros de atención aguda de BSHSI y en las salas de emergencia independientes que se enumeran al final de esta política.

DEFINICIONES

Montos generalmente facturados (AGB por sus siglas en inglés): Montos generalmente facturados significa los montos generalmente cobrados a los pacientes por servicios de emergencia y medicamente necesarios que tienen seguro para dichos servicios. Los cargos para pacientes que son elegibles para asistencia financiera se limitarán a no ser más altos de montos generalmente facturados ("AGB") por dichos servicios. Estos cargos se basan en las cantidades promedio permitidas de Medicare y de los pagadores comerciales para atención de emergencia y otra atención medicamente necesaria. Los montos permitidos incluyen tanto el monto que el asegurador pagará como el monto, si corresponde, que la persona es personalmente responsable de pagar. El AGB se calcula utilizando un método de promedios, según 26 CFR §1.501 (r). Consulte el APÉNDICE A para obtener más información sobre el descuento AGB.

Deuda incobrable: Un saldo de cuenta adeudado por un paciente o garante que se da de baja como no cobrable.

Cosmética - Cirugía en la que el objetivo principal es mejorar la apariencia.

Hospital de participación desproporcionada (DSH por sus siglas en inglés): Un hospital que atiende a un gran número de pacientes de bajos ingresos y recibe pagos de los Centros de Medicaid y Servicios de Medicare para cubrir los costos de brindar atención a pacientes sin seguro.

Servicios elegibles: Los servicios provistos por las instalaciones de BSHSI que son elegibles según esta política de asistencia financiera incluirán:

- (A) Servicios médicos de emergencia proporcionados en una sala de emergencia.
- (B) Servicios médicos no electivos proporcionados en respuesta a circunstancias que ponen en peligro la vida en un entorno hospitalario que no sea de emergencia
- (C) Servicios médicamente necesarios.

Afección médica de emergencia: Una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido dolor intenso), de manera que una persona prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resulte en:

- (A) Peligro grave para la salud de la persona o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su feto;
- (B) Deterioro grave a las funciones corporales; o
- (C) Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Ingreso familiar: Efectivo bruto o equivalentes de efectivo obtenidos o proporcionados a un individuo. Los artículos que no se consideran como ingresos son los beneficios no monetarios y la asistencia pública, como los subsidios para alimentos y vivienda, y la asistencia educativa.

Pautas federales de pobreza: El gobierno federal de los EE. UU. utiliza el nivel de pobreza federal para definir el nivel de pobreza de un paciente y su familia para los fines de esta política. Se basa en el ingreso anual en efectivo de una familia, en lugar de su riqueza total, el consumo anual o su propia evaluación del bienestar (APÉNDICE B). Las pautas de pobreza se actualizan anualmente en el "Registro Federal" por el "Departamento de salud y servicios Humanos de los EE. UU." en vigencia en el momento de dicha determinación.

Tarifa plana: Una tarifa predeterminada para ciertos servicios que el paciente paga y que paga el paciente en el momento en que se realizan los servicios.

Garante: El paciente, cuidador o entidad responsable del pago de una factura de atención médica.

Jefe de hogar: La persona que figura en la declaración de impuestos como "Jefe de hogar".

Personas sin hogar: Un individuo sin vivienda permanente que puede vivir en las calles; permanecer en un refugio, misión, edificio abandonado o vehículo; o en cualquier otra situación inestable o no permanente. Se puede considerar que una persona no tiene hogar si la persona está "doblada" con una serie de amigos y / o miembros de la familia extendida durante más de 90 días.

Miembros de la familia en el hogar ("Dependientes"): Personas que "residen" en el hogar y que son reclamadas en la declaración de impuestos por el jefe de familia.

Proveedor de elegibilidad médica / Asesor de asistencia médica: Proveedor de asesoría contratado por BSHSI para evaluar a los pacientes para programas gubernamentales y asistencia financiera de BSHSI.

Servicios médicamente necesarios: Servicios de atención médica necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, enfermedad o sus síntomas y que cumplen con los estándares

aceptados de la medicina. En cualquiera de esas circunstancias, si la afección produce síntomas debilitantes o efectos secundarios, también se considera médicamente necesario tratar.

Servicios no elegibles: De acuerdo a esta política, los siguientes servicios de atención médica no son elegibles para asistencia financiera:

- (A) Servicios prestados como resultado de un accidente. Estos cargos están sujetos a todos los instrumentos legales requeridos para garantizar el pago de responsabilidad civil a terceros, incluso si estos instrumentos se presentan después de que se haya aprobado la elegibilidad inicial para el “Programa de asistencia financiera” para pacientes. Si existe cobertura de terceros, BSHSI cobrará el saldo adeudado al pagador de terceros. Si no existe cobertura de terceros, el paciente puede solicitar asistencia financiera.
- (B) Procedimientos electivos que no son médicamente necesarios, como procedimientos cosméticos y de tarifa única uniforme, y pacientes con seguro que eligen no usar su seguro, equipo médico duradero, atención domiciliaria y ni medicamentos recetados.

Requisitos reglamentarios:

Al implementar esta política, BSHSI cumplirá con todas las demás leyes, normas y reglamentos federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas de conformidad con esta política.

PROCEDIMIENTO

El fundamento de este procedimiento es que BSHSI realiza una evaluación proactiva para identificar a las personas y sus familiares que pueden calificar para los programas de seguro de salud federales, estatales o locales o el “Programa de asistencia financiera para pacientes Bon Secours” (“FAP”, *por sus siglas en inglés*). La aplicación de esta política a cualquier paciente individual está supeditada a la presentación satisfactoria de la solicitud de asistencia financiera con toda la documentación necesaria. Cualquier paciente que se niegue a completar satisfactoriamente la solicitud de asistencia financiera, incluyendo la documentación de respaldo, no es elegible para recibir asistencia financiera conforme a esta política (siempre que el paciente haya recibido las notificaciones requeridas por las regulaciones según la Sección 501 (r). Consulte el APÉNDICE C para obtener información sobre cómo Los pacientes pueden obtener una solicitud de asistencia financiera.

BSHSI espera que todos los pacientes sean evaluados para programas de seguros federales, estatales o locales antes de ser evaluados para BSHSI FAP. Se espera que los pacientes cooperen con BSHSI y proporcionen información apropiada y oportuna para obtener asistencia financiera. Se alentará a las personas con capacidad financiera para adquirir un seguro de salud a que lo hagan, como un medio para garantizar el acceso a servicios de atención médica más amplios y para su salud personal en general.

En ciertas situaciones, la ley estatal aplicable puede imponer obligaciones adicionales o diferentes a aquellas de las instalaciones hospitalarias de dichos estados. La intención de esta política es satisfacer los requisitos de las leyes federales y estatales en dichos estados. En consecuencia, ciertas disposiciones solo son aplicables en ciertos estados, como indicado a continuación.

1. Criterios de elegibilidad

El otorgamiento de asistencia financiera se basará en una determinación individualizada de la necesidad financiera y no tendrá en cuenta raza, religión, color, género, edad, estado civil, origen nacional, orientación sexual, identidad de género, información genética, estado como veterano, discapacidad o cualquier otra característica protegida por la ley.

2. Comunicación del programa de asistencia financiera

BSHSI hará todos los esfuerzos razonables para garantizar que la información sobre nuestro Programa de asistencia financiera y su disponibilidad sean claramente comunicados y estén ampliamente disponibles para el público. Nuestra solicitud y política de asistencia financiera, resumen en lenguaje sencillo y política de facturación y cobro están disponibles para ver o descargar en www.fa.bonsecours.com. Cuando se solicite, se les proporcionará a los individuos, sin costo para ellos, una copia de nuestra “Solicitud y política de asistencia financiera”, “Resumen en lenguaje sencillo y nuestra política de facturación y cobro”. Si se solicita, BSHSI también proporcionará a las personas la dirección de nuestro sitio web de “Asistencia financiera”. Las personas también pueden obtener y recibir asistencia para completar la “solicitud de asistencia financiera” de cualquiera de nuestras áreas de registro, asesores financieros u oficinas de caja. Los asesores financieros o las oficinas del cajero se encuentran dentro de las áreas de registro de pacientes. Las personas pueden acudir a cualquiera de nuestros mostradores de información ubicados dentro de cada hospital para solicitar asistencia para ubicar a los asesores financieros o las oficinas del cajero. Al final de esta política se incluye una lista de todos los hospitales. Las personas pueden obtener una copia gratuita, por correo, de nuestra “política y solicitud de asistencia financiera”, “Resumen en lenguaje sencillo” y nuestra “política de facturación y cobro” llamando a nuestro departamento de servicio al cliente al 804-342-1500, o al 877- 342-1500 (llamada gratis desde fuera del área).

3. Proceso de elegibilidad

El siguiente proceso se utilizará para determinar la elegibilidad para asistencia financiera:

- (A) El paciente u otro representante designado completa una solicitud. El propósito de la solicitud es registrar los datos necesarios para verificar la elegibilidad de asistencia financiera de un paciente.
- (B) Las fuentes de datos externas se pueden utilizar para proporcionar información sobre la capacidad de pago de un paciente o del garante del paciente (como la calificación de crédito).
- (C) Los pacientes deben tener un saldo de cuenta o servicio programado con BSHSI antes de solicitar asistencia financiera.
- (D) Conforme a esta política, los pacientes que se niegan a participar o cooperar con nuestros proveedores de elegibilidad médica no son elegibles para recibir asistencia financiera. Cualquier descuento proporcionado a pacientes fuera de esta política será revisado y aprobado o rechazado caso por caso.
- (E) El solicitante de asistencia financiera será notificado por correo si se necesitara cualquier información adicional. La carta le recomendará al solicitante que devuelva la información dentro de los 30 días hábiles después de haber recibido la carta. Si la información solicitada no se recibe dentro de los 30 días hábiles, no se producirá ninguna actividad adicional con respecto a la solicitud de asistencia financiera del solicitante.
- (F) La solicitud de asistencia financiera se procesará con prontitud y BSHSI hará los esfuerzos razonables para notificar al paciente de la aprobación o el rechazo dentro de los 60 días después de haberse recibido una solicitud completa.
- (G) Solo para instalaciones de Maryland: Las denegaciones de solicitudes de asistencia financiera se pueden apelar llamando al “Servicio al cliente” al 877-342-1500 (llamada gratuita).

4. Verificación de ingresos

Los siguientes documentos se utilizarán para verificar los ingresos de la familia del hogar:

- (A) Declaraciones de impuestos completadas para el hogar del paciente del año calendario más reciente.
 - Si el paciente trabaja por cuenta propia, una copia de la declaración del “estado financiero” del último trimestre del paciente junto con la declaración de impuestos de negocios del año anterior y la declaración de impuestos individual del paciente.
- (B) Tres recibos de sueldo más recientes o una declaración de los empleadores.
- (C) Carta de beneficios de desempleo actual que muestra la denegación o elegibilidad y la cantidad recibida.
- (D) Carta actual del Seguro Social o extracto bancario completo para los depósitos directos del Seguro Social.
- (E) Estado actual de la pensión.
- (F) Carta de SNAP.
- (G) Documento o carta ordenada por el tribunal del padre sin custodia que indique la cantidad de manutención recibida.
- (H) Contrato de alquiler o documentación que verifique los ingresos brutos del alquiler.
- (I) Documentación que enumere el valor de cualquier acción, bonos, “Certificados de depósito” (CD) o cualquier propiedad adicional que el paciente pueda poseer.
- (J) Copia completa de cualquier cuenta corriente, de ahorro o de mercado monetario actual.

Aunque se solicita una prueba de ingresos para considerar el “Programa de asistencia financiera” para pacientes, algunas regulaciones del sistema local del DSH (Hospital de participación desproporcionada) pueden requerir pruebas de ingresos. Dichas regulaciones se manejarán caso por caso para garantizar el cumplimiento con los programas del sistema local del DSH. Si un paciente presenta una solicitud y cumple con los requisitos de ingresos según la presunta elegibilidad, se le otorgará asistencia financiera basada en los criterios de presunción y se le notificará dentro de los 60 días de su aprobación.

Verificación de persona elegibilidad

Como demostrado por la información provista por el paciente o de otro modo obtenida por BSHSI, un paciente puede ser presuntamente elegible para recibir asistencia financiera del 100%, sin tener que completar la solicitud de asistencia financiera, bajo las siguientes circunstancias:

- (A) Personas sin hogar.
- (B) Pacientes referidos a través de una de las “Asociaciones Nacionales de Clínicas Gratuitas.
- (C) Participantes de programas WIC para mujeres y niños.
- (D) Elegibles para programas de cupones para alimentos (SNAP)
- (E) Paciente fallecido en un “Nivel Federal de Pobreza” (FPL) del 200% o menos y con un estado de bienes desconocido.
- (F) Paciente dado de alta por bancarota de Capítulo 7 con un FPL por debajo del 200%, y fecha de alta posterior al 1ro de septiembre, 2016.
- (G) Otros obstáculos significantes que impiden al paciente la habilidad de pagar.

5. Importes cobrados a los pacientes

La FAP proporciona 100% de asistencia financiera para servicios elegibles a pacientes sin o con seguro, con un ingreso familiar bruto anual igual o inferior al 200% de las Pautas Federales de Pobreza (FPG) actuales, según se ajuste anualmente. BSHSI también ofrece una tarifa con descuento a los pacientes cuyos ingresos brutos familiares están entre el 201% y el 400% del FPG (APÉNDICE D).

6. AGB (Montos generalmente facturados)

A una persona elegible por FAP o una persona no asegurada no se le cobrará más que los AGB por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. BSHSI ofrece una reducción a los pacientes sin seguro que no califican para asistencia financiera. La cantidad de reducción ofrecida a estos individuos es el AGB. El AGB se ajusta al mercado anualmente y se basa en el método de retrospectiva que utiliza Medicare y las tarifas comerciales, incluidos los copagos y los deducibles (APÉNDICE E).

7. Elegibilidad presunta

Hay casos en que un paciente sin seguro puede parecer elegible para recibir asistencia financiera, pero el paciente no ha proporcionado la documentación de respaldo necesaria para establecer dicha elegibilidad. En estos casos, los ingresos estimados de un paciente y / o los montos del Nivel de Pobreza Federal se pueden proporcionar a través de otras fuentes, como las agencias de crédito, que proporcionarían evidencia suficiente para justificar el suministro de asistencia financiera al paciente. La presunta elegibilidad se determina caso por caso y solo es efectiva para ese episodio de atención.

8. Período de elegibilidad

Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera hasta 240 días después de la primera fecha del resumen de facturación. Si el paciente recibe la aprobación para recibir asistencia financiera, su cobertura es válida por 240 días antes de las cuentas de deuda pendiente y de saldo pendiente y 240 días después de la fecha de firma de la solicitud. Los pacientes aprobados para recibir asistencia financiera que regresan para recibir servicios durante su período de aprobación de 240 días serán evaluados para programas de seguro de salud federales, estatales o locales en cada visita. El programa de asistencia financiera BSHSI no es un seguro.

Tanto los no ciudadanos como los residentes permanentes son elegibles para asistencia financiera. Sin embargo, los pacientes en los Estados Unidos con una visa serán evaluados para asistencia financiera caso por caso. Si un paciente con una visa es aprobado para asistencia financiera, el plazo de aprobación será solo para ese episodio de atención, no 240 días antes o después de la fecha de firma de la solicitud. Los pacientes deben proporcionar una copia de su visa y cualquier información de seguro, financiera y / o patrocinio.

9. Proveedores participantes

Ciertos servicios médicamente necesarios son proporcionados por proveedores ajenos a BSHSI, no empleados de BSHSI, y pueden facturar los servicios prestados por separado, y pueden no haber adoptado esta política de asistencia financiera. Consulte el APÉNDICE F para obtener detalles sobre la lista completa de proveedores que brindan atención de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria no suscritos al programa de asistencia financiera de BSHSI.

10. Facturación y cobros

Para nuestros procedimientos de facturación y cobro, consulte nuestra “política de facturación y cobro”. Esta política describe los procedimientos de BSHSI y las medidas extraordinarias de cobro que pueden ser tomadas en caso de falta de pago. Las personas pueden obtener una copia de nuestra “política de facturación y cobro” en www.fa.bonsecours.com. Las personas también pueden obtener una copia gratuita de esta política de cualquiera de nuestras áreas de admisión, de asesores financieros u oficinas de caja. Los asesores financieros o las oficinas del cajero se encuentran dentro de las áreas de registro de pacientes. Las personas pueden dirigirse a cualquiera de nuestros mostradores de información ubicados dentro de cada hospital para solicitar asistencia para ubicar a los asesores financieros o las oficinas de los cajeros. Las personas pueden obtener una copia gratuita por correo de nuestra Política de facturación y cobro llamando a nuestro departamento de servicio al cliente al 804-342-1500 (Local) o 877-342-1500 (Llamada gratis a fuera del área).

Solo en instalaciones hospitalarias de Maryland: Además de los procedimientos y requisitos anteriores, ciertos procedimientos adicionales se aplican a los pacientes que buscan tratamiento en las instalaciones hospitalarias de BSHSI en Maryland.

- Se debe notificar a los pacientes en una “hoja de información del hospital” la información que anteriormente mencionada, así como: (1) instrucciones sobre cómo solicitar el “Programa de asistencia médica de Maryland” y cualquier otro programa que pueda ayudar a pagar la factura; (2) información de contacto para el “Programa de asistencia médica de Maryland”; y (3) una declaración expresa, cuando corresponda, de que los cargos del médico no están incluidos en la factura del hospital y se facturan por separado. Esta hoja de información del hospital se proporcionará al paciente (a) antes del alta; (b) con la cuenta del hospital; y (c) a petición.

Esta política es aprobada por la junta directiva de BSHSI.

Para facturación y cobros por favor vea nuestra “política de facturación y cobros”.

APÉNDICE A

Descuento por AGB

Más información respecto al descuento por AGB se encuentra disponible en el www.fa.bonsecours.com, o llamando a la oficina de servicio al cliente, al (804) 342-1500 (para llamadas locales, o al 1(877) 342-1500 (para llamadas gratis de fuera del área).

APÉNDICE B

PAUTAS DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA
(FPL, por sus siglas en inglés)

La siguiente tabla se basa en las pautas federales de pobreza de 2019:

No. de personas en la familia viviendo en el hogar	48 Estados contiguos de los EE.UU, y el Distrito de Columbia (D.C.)	200% FPL	300% FPL	400% FPL
1	\$12,490	\$24,980	\$37,470	\$49,960
2	\$16,910	\$33,820	\$50,730	\$67,640
3	\$21,330	\$42,660	\$63,990	\$85,320
4	\$25,750	\$51,500	\$77,250	\$103,000
5	\$30,170	\$60,340	\$90,510	\$120,680
6	\$34,590	\$69,180	\$103,770	\$138,360
7	\$39,010	\$78,020	\$117,030	\$156,040
8	\$43,430	\$86,860	\$130,290	\$173,720
Cada persona adicional	\$4,420	\$8,840	\$13,260	\$17,680

APÉNDICE C

OBTENIENDO INFORMACIÓN SOBRE LA ASISTENCIA FINANCIERA

Los pacientes pueden obtener una solicitud de asistencia financiera de www.fa.bonsecours.com, un registrador o asesor financiero ubicado en una de nuestras instalaciones hospitalarias, o llamando al servicio al cliente al (804) 342-1500 (para llamadas locales) o al (877) 342-1500 (para llamadas gratis de fuera del área). Para los pacientes en Maryland, la ley estatal requiere que se presente una solicitud diferente de asistencia financiera, cuya aplicación también se puede encontrar en la URL anterior o llamando a los números de teléfono anteriores.

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%	83%	79%
Richmond	100%	83%	79%
South Carolina	100%	88%	84%

APÉNDICE E

MONTOS GENERALMENTE COBRADOS EN LOS MERCADOS DE BSHSI

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

Todos los pacientes de cuidados intensivos y en la sala de emergencias independientes que están registrados como "Pago por cuenta propia" recibirán el descuento de las cantidades generalmente facturadas (AGB, por sus siglas en inglés), anteriormente conocido como Ajuste de servicio comunitario (CSA). Sobre la base de la tabla AGB de arriba, a los pacientes registrados como "Auto-pago" se les facturará el porcentaje correspondiente de los cargos brutos como se indica anteriormente, APÉNDICE E.

** Las prácticas médicas de Bon Secours en Carolina del Sur, Kentucky y Maryland no ofrecen el descuento AGB. Estas prácticas médicas ofrecen un descuento del 50% para los pacientes que pagan por cuenta propia.

Baltimore

Bon Secours Hospital

2000 West Baltimore Street | Baltimore, MD 21223

* Debido a que tanto la ley de Maryland como la ley fiscal federal limitan los montos que pueden cobrarse a los pacientes, a una persona elegible de acuerdo a las pautas FAP o a una persona no asegurada, no se le cobrará más que el AGB o el cargo regulado establecido por la "Comisión de revisión de costos de servicios de salud de Maryland" para atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

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 Bremono 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 obtener una lista completa de los médicos que brindan atención de emergencia u otra atención médica necesaria y que no han adoptado el programa de asistencia financiera de BSHSI, visite el www.fa.bonsecours.com.