

BOCA RATON REGIONAL HOSPITAL

N.º DE POLÍTICA:
40180101

MANUAL DE POLÍTICAS DE LA OFICINA COMERCIAL

FUNCIÓN: Finanzas

TÍTULO DE LA POLÍTICA: Política de asistencia financiera

PROPIETARIO DE LA POLÍTICA: Director Ejecutivo

FECHA DE VIGENCIA:
01/07/2016

FECHA DE LA ÚLTIMA
REVISIÓN: 3/4/2020

FECHA DE LA PRÓXIMA REVISIÓN:
3/4/2023

PARTE RESPONSABLE: Director Ejecutivo de la Oficina Comercial

OBJETIVO:

Proporcionar a los pacientes que reúnan los requisitos necesarios y que tengan necesidad de asistencia financiera la oportunidad de reducir o resolver los saldos impagos en sus respectivas cuentas incurridos por concepto de determinados servicios de atención médica prestados por Boca Raton Regional Hospital (BRRH).

ALCANCE:

Esta política aplica a todos los pacientes de BRRH Corporation, Inc. Los pacientes que califiquen según esta política son aquellos que tengan saldos sin pagar en su cuenta como paciente del hospital los cuales no puede cobrar ni pagar una aseguradora independiente y los cuales no son elegibles para financiamiento por medio de ninguna otra fuente gubernamental. Consulte el Anexo A para obtener información sobre los médicos cubiertos y no cubiertos.

POLÍTICA:

Debido a la exención del pago de impuestos federales y estatales, y como parte de la misión de BRRH de atender las necesidades médicas de sus pacientes, es política de BRRH proporcionar un programa de asistencia financiera a los pacientes del hospital sin distinción de raza, sexo, edad, religión, país de origen, estado civil, orientación sexual, discapacidades, servicio militar o cualquier otra clasificación protegida por las leyes federales, estatales o locales. La determinación de la asistencia financiera se fundamentará en la condición de indigencia, según lo definido por un porcentaje de las Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) vigentes en ese momento o en las facturas de atención médica brindada por BRRH en situaciones de catástrofe para pacientes que cumplan con los criterios financieros especificados, que soliciten dicha asistencia o que se consideren elegibles de acuerdo con las pautas de esta política.

Se requiere que los pacientes/garantes cooperen con BRRH o con sus representantes designados a fin de obtener el pago de los programas para los cuales puedan cumplir con los requisitos necesarios. Los pacientes/garantes que se nieguen a obtener o no procuren obtener opciones de pago viables que puedan estar disponibles para cubrir sus facturas médicas pondrán en riesgo su capacidad de participar en el programa de asistencia financiera de BRRH. En el caso de que los pacientes/garantes se nieguen o no cumplan con tratar de obtener otras opciones de financiamiento, viables y disponibles, BRRH deberá llevar a cabo todas las iniciativas de cobro para poder resolver la factura del hospital.

I. Definiciones

“AGB” significa la cantidad que generalmente se factura por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a las personas que tienen cobertura de un seguro.

“BRRH” significa Boca Raton Regional Hospital.

“EMTALA” significa Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act), 42 USC 1395dd.

“FAP” significa Política de asistencia financiera (Financial Assistance Policy).

“FPG” significa Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines).

“PBCHCD” hace referencia al Distrito de Atención Médica del condado de Palm Beach (Palm Beach County Health Care District).

“PEDSV” significa el Socio Proveedor de Evaluación de Datos Demográficos para Determinar la Presunta Elegibilidad (Presumptive Eligibility Demographic Data Screening Vendor).

“CANTIDAD DE DINERO QUE CALIFICA” significa, con respecto a todos los servicios elegibles que se describen en las Secciones III y IV del presente ("Servicios elegibles" y "Tipos de asistencia financiera y criterios de elegibilidad"), la cantidad que el paciente debe pagar luego de aplicar el descuento de 80 % de BRRH para personas sin cobertura de seguro médico, (75% para las fechas de admisión anteriores al 12/1/2019), o el resto del saldo, si tuviera cobertura. Excluye los saldos que se le adeuden a cualquier médico, así como los saldos que estén pendientes del resultado de un juicio o de la validación de un testamento.

“SOC” significa los requisitos de costo compartido en el programa para personas con necesidades médicas de Medicaid (un programa de Medicaid para personas que tienen demasiados ingresos o que sus activos están por encima de los límites para Medicaid, el cual se conoce también algunas veces como el programa de "costo compartido").

“DESCUENTO PARA PERSONAS SIN COBERTURA DE SEGURO MÉDICO” significa el descuento que se aplica automáticamente bajo la Política de descuento de BRRH para personas sin cobertura de seguro médico. BRRH aplica un descuento del 80 % para las personas sin cobertura de seguro médico, (75% para las fechas de admisión anteriores al 12/1/2019), que se descuenta de los cargos brutos de todos los pacientes de BRRH sin cobertura de seguro médico que tengan su principal lugar de residencia en Estados Unidos, el cual cubre todas las facturas por servicios institucionales hospitalarios y médicamente necesarios que provea BRRH.

II. Compromiso de prestar atención médica de emergencia

BRRH presta, sin discriminación, atención para afecciones médicas de emergencia a todas las personas sin importar si reúnen o no los requisitos necesarios para recibir asistencia de conformidad con esta política. BRRH no participará en acciones que disuadan a las personas de buscar atención médica de emergencia, por ejemplo, no exigir que los pacientes del Departamento de Emergencias paguen antes de recibir el tratamiento por afecciones médicas de emergencia ni permitir que iniciativas de cobro de deudas obstaculicen la prestación, sin discriminación, de la atención médica de emergencia. Los servicios médicos de emergencia, incluidas las transferencias de emergencia, de conformidad con EMTALA, se proporcionan a todos los pacientes de BRRH sin discriminación, de conformidad con la política de EMTALA de BRRH.

III. Servicios elegibles

Esta política se aplica solamente a los cargos por emergencia o por otros servicios médicamente necesarios prestados por BRRH. Todos los servicios hospitalarios pueden ser elegibles por medio de esta política, con excepción de las cirugías cosméticas u otros servicios opcionales que no se consideren médicamente necesarios. De conformidad con esta política, también se excluye la diferencia de los cargos por habitación privada, a menos que esta sea médicamente necesaria. Adjunta a esta política, como **Anexo A**, se encuentra una lista de todos los proveedores, además de BRRH en sí, que ofrecen atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en BRRH; dicho anexo especifica cuáles proveedores están incluidos en esta política y cuáles no.

IV. Tipos de asistencia financiera y criterios de elegibilidad

Además de un 80 % de descuento para personas sin cobertura de seguro médico, (75% para las fechas de admisión anteriores al 12/1/2019), el cual se aplica automáticamente para cada paciente residente de EE. UU. sin cobertura de seguro médico, BRRH ofrece la siguiente asistencia financiera para ayudar a los pacientes que cumplen con los criterios adicionales que se describen aquí.

Calificaciones generales:

1. El paciente debe ser residente del condado de Palm Beach County, a menos que sea un Visitante ED que cumpla con los requisitos (puede incluir ÚNICAMENTE atención médica de seguimiento **relacionada**) o si se ha iniciado un tratamiento recurrente.
2. Excluye a pacientes con seguro de responsabilidad de terceros, tal como la indemnización por accidentes de trabajo y los accidentes con vehículos motorizados (Motor Vehicle Accidents, MVA)

Cómo solicitar FAP de BRRH: En lugar de una Solicitud de FAP, los pacientes que desean solicitar Atención de Beneficencia (el Programa de Asistencia Financiera de BRRH) deben comunicarse con BRRH conforme a la sección de Información de contacto del hospital de esta política.

Tipos de asistencia financiera	Elegibilidad	Descuento y cantidad adeudada	Período de tiempo aprobado
<u>Situaciones no catastróficas</u> <u>100 % (1)</u>	Cumple con todos los otros criterios de la solicitud y: El grupo familiar tiene ingresos totales menores o iguales al 200 % de los FPG vigentes al momento del servicio más reciente	<u>Descuento:</u> 100 % de condonación de la cantidad de dinero que califique	Saldos activos de pacientes, que estén pendientes de cobro, en forma retroactiva hasta el inicio del actual año calendario y hasta el final del actual año calendario. Nota: Como siempre, los casos de pacientes hospitalizados y paciente

			ambulatorio con alto costo deben ser revisados por Medicaid.
<u>Situaciones no catastróficas</u> <u>50 % (1)</u>	Cumple con todos los otros criterios de la solicitud y: El grupo familiar tiene ingresos totales entre 201 % y 300 % de las FPG vigentes al momento del servicio más reciente	<u>Descuento:</u> 50 % de condonación de la cantidad de dinero que califique	Igual que el anterior
<u>Aprobación por situaciones catastróficas</u> <u>75 %</u> (Nota: Volumen estimado 1 a 3 pacientes/trimestre)	La cantidad adeudada por el paciente por facturas médicas de BRRH, el cual excedería los ingresos anuales del grupo familiar de un paciente en 25 % o más y el paciente tuvo ingresos entre el 300 % y el 600 % de las FPG vigentes al momento del servicio más reciente Nota: Se requiere la solicitud de FAP	<u>Descuento:</u> 75 % de condonación de la cantidad de dinero que califique	Únicamente los saldos ya incurridos Excepción: servicios recurrentes (quimioterapia, radioterapia, fisioterapia, etc.) Para el año calendario actual Nota: Como siempre, los casos de pacientes hospitalizados y paciente ambulatorio con alto costo deben ser revisados por Medicaid.
(1) La determinación la puede hacer un Proveedor de Evaluación de Datos Demográficos para Determinar la Presunta Elegibilidad (PEDSV) o se puede hacer con una solicitud de FAP, si fuera necesario.			
Tipos de asistencia financiera	Elegibilidad	Descuento y cantidad adeudada	Período de tiempo aprobado
	Programa de residencia FAU	<u>Descuento:</u> 100 % de condonación de la cantidad de dinero que califique	Únicamente los saldos ya incurridos para el año calendario actual
	Pacientes fallecidos	<u>Descuento:</u> 100 % de condonación de la cantidad de dinero que califique	Únicamente los saldos ya incurridos Pacientes fallecidos sin patrimonio para pago o con una familia que no coopera o sin familia que pueda apoyar en el proceso de asistencia.

<p>Notificaciones de bancarrota</p>	<p><u>Descuento:</u></p> <p>100 % de condonación de la cantidad de dinero que califique</p>	<p>Únicamente los saldos ya incurridos</p> <p>El aviso de bancarrota y las fechas asociadas pueden permitir que el paciente califique para obtener asistencia financiera</p>
<p>Medicaid activo en Florida o fuera del estado (No es automático para costos compartidos)</p>	<p><u>Descuento:</u></p> <p>100 % de condonación de la cantidad de dinero que califique</p>	<p>Únicamente los saldos ya incurridos y después de cualquier pago o denegación de Medicaid o hasta seis (6) meses calendario completos antes de la fecha de elegibilidad de Medicaid.</p>
<p>Cobertura -- PBCHCD</p>	<p><u>Descuento:</u></p> <p>100 % de condonación de la cantidad de dinero que califique</p>	<p>Únicamente los saldos ya incurridos y después de cualquier pago o denegación de PBCHCD o hasta seis (6) meses calendario completos antes de la fecha de elegibilidad de PBCHCD.</p>
<p>Cualquier programa gubernamental en el que el programa haya considerado al paciente como indigente (por ejemplo, Project Access a través del Departamento de Salud de Florida (Florida Department of Health), Programa para personas con necesidades médicas (SOC) de Medicaid</p>	<p><u>Descuento:</u></p> <p>100 % de condonación de la cantidad de dinero que califique</p>	<p>De igual manera para Medicaid activo en Florida y fuera del estado.</p>

V. Fundamentos para calcular las cantidades que se les cobran a los pacientes

Tras la determinación del cumplimiento de los requisitos establecidos en esta política, a un paciente que reúna los requisitos para recibir asistencia financiera no se le cobrará más que la AGB por una emergencia u otra atención médicamente necesaria. BRRH usa el método prospectivo de Medicare para determinar la AGB. Según este método, la AGB se calcula mediante el proceso de facturación y codificación que BRRH usaría si la persona que cumple con los requisitos necesarios según la FAP fuera un beneficiario de Medicare de pago por servicio, y la AGB establecida por la atención al monto determinado por BRRH que sería el monto total que Medicare autorizaría para la atención (incluidos el monto que sería reembolsado por Medicare y el monto que el beneficiario debiera pagar en la forma de copagos, coseguro y deducibles).

BRRH no factura ni espera el pago de cargos brutos por parte de las personas que reúnan los requisitos para recibir asistencia financiera de conformidad con esta política.

VI. ¿Quiénes pueden solicitar asistencia financiera?

a. Requisitos generales

- i. Cualquier paciente **sin seguro médico o con seguro médico insuficiente** puede solicitar asistencia financiera siempre y cuando el total del monto de dinero que califique y que adeuda a BRRH para el período elegible de prestación de servicios sea mayor de \$500.00.
- ii. Cualquier paciente que cumpla con los requisitos de residencia en el condado de Palm Beach mencionados en el presente documento y cuyos servicios médicos de BRRH estén pendientes puede presentar una solicitud para consideración, si se espera que el saldo de BRRH exceda el mencionado en i).
- iii. Los pacientes elegibles del Programa para personas con necesidades médicas (SOC) de Medicaid que no han cumplido con sus requisitos mensuales de SOC para el mes pueden presentar una solicitud para recibir asistencia financiera, siempre y cuando cumplan con todos los demás requisitos de esta política. En caso de otorgarse, la aprobación se aplicará a las cuentas para el mes correspondiente de SOC únicamente.

b. Requisitos de residencia

- i. El estado legal/de residencia en los EE. UU. de un paciente no es un factor que se considerará en la solicitud de la FAP para los saldos adeudados a BRRH.
- ii. Para los casos que no se originen en el Departamento de Emergencias, se requiere un comprobante de residencia en el condado de Palm Beach para recibir la aprobación.
- iii. La FAP de BRRH no se ofrece a las personas que no son residentes del condado de Palm Beach para servicios que no son de emergencia. Dichos pacientes serán derivados a su respectivo condado de residencia para la atención médica que no sea de emergencia. Sin embargo, si el episodio de atención médica de una persona no residente del condado de Palm Beach se originó en el Departamento de Emergencias de BRRH, el paciente no residente del condado podrá ser tenido en cuenta a los efectos de la FAP de BRRH por esa consulta específica en el Departamento de Emergencias, así como también por toda hospitalización que resultara de dicha consulta de emergencia.

- c. Inclusión de ingresos a fin de determinar el cumplimiento de los requisitos necesarios para acceder a la asistencia financiera

Al determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera, se incluirán los ingresos de las siguientes personas (incluyendo una posible verificación de antecedentes crediticios) al calcular los "Ingresos del grupo familiar" para compararlos con las FPG:

- i. Paciente
- ii. Padres de un menor (menor de 18 años), a menos que el menor esté emancipado
- iii. Padres, si el paciente es mayor de 18 años y se ha declarado dependiente
- iv. Cónyuge o pareja, si es miembro del grupo familiar
- v. Padres, si son miembros del grupo familiar
- vi. Hijos, si son miembros del grupo familiar

VII. Período cubierto para las aprobaciones de asistencia financiera

- a. BRRH puede dar por finalizada una cobertura aprobada si BRRH obtuviera información nueva, por ejemplo:

- i. Cambios en los ingresos recientes
- ii. Estado civil
- iii. Residencia
- iv. Estado de persona dependiente
- v. Cobertura de seguro de salud
- vi. Estado de discapacidad

- b. La cobertura aprobada podría revocarse si se descubre que se obtuvo por medio de la provisión de información falsa, engañosa u omitida.

- c. Recertificación: Al final del período de cobertura aprobado, se requerirá que los pacientes inicien nuevamente el proceso completo de solicitud, incluido el requisito de que se los evalúe para determinar si califican para recibir la posible cobertura de Medicaid o PBCHCD. Los pacientes pueden volver a solicitar la recertificación en los 30 días anteriores a la fecha de finalización de la cobertura actual.

VIII. Motivos de rechazo (la lista no incluye todos los motivos)

- a. Mentir en la solicitud
- b. Los gastos declarados exceden los ingresos declarados
- c. Requisito de residencia
- d. Ingresos mayores que los límites de la política de FPG/BRRH
- e. Documentación insuficiente
- f. Falta de respuesta, no cooperación con los requisitos de la solicitud
- g. El paciente cumplía con los requisitos necesarios para el financiamiento del estado/condado, pero no colaboró.
- h. El paciente tiene acceso a dinero en efectivo para pagar las facturas médicas según se identificó por medio de un informe de crédito u otra documentación proporcionada por el paciente.
- i. Las circunstancias financieras indican que no está en un estado de extrema pobreza, sujetas a la discreción del BRRH.

El Comité de atención de beneficencia determinó las razones de la denegación:

- Si el solicitante (incluyendo los miembros del grupo familiar) tiene acceso a efectivo documentado (cuenta bancaria, cuenta de ahorros, etc.) que exceda el saldo total que se estima que adeuda a BRRH durante el transcurso del próximo año por condiciones crónicas que requieren servicios recurrentes, la solicitud será denegada.
- Ser propietario de varias propiedades aparte de la residencia principal.
- Patrimonio documentado que exceda los \$100,000 sin incluir la residencia principal.
- Ser propietario de varios vehículos, sin incluir el medio de transporte principal, incluyendo varios automóviles, barcos, motocicletas, aviones, camiones, etc.
- BRRH determina que el máximo de dólares por asistencia financiera se ha otorgado.

IX. ¿Cuándo puede volver a presentar una solicitud un solicitante?

a. Si una solicitud se rechaza debido a los ingresos:

- Puede volver a presentar una solicitud en un mínimo de noventa (90) días después de la fecha de la denegación inicial si ocurre un cambio comprobado en el estado de sus ingresos, o si los saldos de la cuenta del hospital crecen para cumplir o exceder la cláusula catastrófica, o si se puede comprobar un cambio de residencia permanente al condado de Palm Beach.

b. Si una solicitud se rechaza por haber mentido en ella:

- No es elegible para volver a presentar una solicitud.

c. Si una solicitud se rechaza porque los gastos declarados exceden los ingresos:

- Puede proporcionar documentación adicional de aclaración, siempre y cuando anteriormente esta no se hubiera omitido con fines de engaño.
- Se debe proporcionar en un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de la carta de denegación.

d. Si una solicitud se rechaza por no cooperar o por no proporcionar documentación suficiente:

- Puede proporcionar la documentación requerida en un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción de la carta de denegación.

e. Si el comité de aprobación o un representante de BRRH comete algún error que haya resultado en una decisión de denegación errónea:

- Puede corregir el error y ser considerado nuevamente en cualquier momento que se someta el error a la atención de un miembro de la administración de BRRH.

X. Apelación de un rechazo; criterio del Comité de Atención de Beneficencia

Los solicitantes pueden apelar una determinación de asistencia financiera mediante la presentación de su caso por escrito, junto con toda la documentación de respaldo, ante el Comité de Atención de Beneficencia de BRRH dentro de un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha de la carta de notificación de la decisión. En la carta de rechazo que se envía a los solicitantes se les informa sobre sus derechos de apelación. Las decisiones sobre la apelación se le comunicarán al solicitante dentro de los 45 días posteriores a la recepción de la carta de apelación.

El Comité de Atención de Beneficencia puede aprobar o rechazar cualquier solicitud de excepción a esta política según cada caso mediante el voto simple silencioso de la mayoría.

Adicionalmente, BRRH se reserva el derecho de determinar el monto máximo de beneficios de asistencia financiera que se otorgan en un año fiscal dado.

XI. Medidas para difundir ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera:

BRRH toma varias medidas para difundir ampliamente esta FAP en las comunidades donde presta sus servicios. Entre otras cosas, BRRH anunciará la existencia de su programa de asistencia financiera a la comunidad donde presta sus servicios mediante la publicación en inglés y español de una copia de la FAP, la solicitud para acceder al Programa de Asistencia Financiera y un resumen de la FAP en lenguaje sencillo en su sitio web de Internet. Además, en los estados de cuenta/facturas de cobro de los pacientes, se les informará sobre la existencia del Programa de Asistencia Financiera, y se colocarán avisos en los puntos de ingreso de los pacientes en todo el hospital (incluidas las zonas de admisión y la sala de emergencias) que informen a los pacientes sobre el Programa de Asistencia Financiera.

XII. Planes de pago:

BRRH ofrece planes de pago a aquellos pacientes que no califican para una condonación del 100 % sobre el monto que le adeudan a BRRH. La duración del plan de pagos se basa en los montos adeudados.

XIII. Medidas que se tomarán en caso de incumplimiento de pago:

Los pacientes que soliciten asistencia financiera continuarán recibiendo reclamos insistentes de cobro por escrito y por teléfono durante el proceso de solicitud de asistencia financiera hasta que se haya determinado la aprobación final.

La información relacionada con las medidas que puede tomar el BRRH en caso de incumplimiento de pago figura por separado en la Política de Facturación y Cobro. Se puede obtener una copia gratis de esta política individual de BRRH a través de la información de contacto que se indica más adelante.

XIV. Reembolsos:

Si BRRH determina que una persona cumple con los requisitos necesarios para recibir asistencia financiera, BRRH le reembolsará a esa persona cualquier monto pagado que excediera el monto determinado que dicha persona debiera pagar como individuo que cumple con los requisitos de la FAP, a menos que dicho monto excedente fuera inferior a \$5.00 (o cualquier otro monto publicado en el Boletín de Impuestos Internos [Internal Revenue Bulletin]).

XV. Información de contacto del hospital:

Atención al Cliente de Boca Raton Regional Hospital

626 Glades Road

Boca Raton, FL 33486

Teléfono: 888-629-7686

Teléfono: 561-955-4007

Fax: 561-955-3466

Horario de atención para las consultas sin cita o citas programadas: de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 4:00 p.m., excepto por los días festivos reconocidos a nivel nacional.

Los números de teléfono se atienden de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 6:00 p.m., excepto por los días festivos reconocidos a nivel nacional.

O visite www.brrh.com, haga clic en el enlace “Patient Financial Assistance” (Asistencia financiera para pacientes).

PROCEDIMIENTO:

Esta política es administrada por el Departamento de Servicios financieros para pacientes de Boca Raton Regional Hospital

Anexo A: Lista de médicos y otros proveedores médicos de BRRH cubiertos por esta política y otros proveedores médicos no cubiertos por esta política

Anexo B: Solicitud de asistencia financiera

Anexo C: Resumen en lenguaje sencillo sobre la Política de asistencia financiera

ANEXOS
<u>2021 HHS Federal Poverty Guidelines</u>
<u>Anexo A: Lista de médicos y otros proveedores médicos de BRRH cubiertos por esta política</u>
<u>Anexo B: Solicitud de asistencia financiera</u>
<u>Anexo C: Resumen en lenguaje sencillo sobre la Política de asistencia financiera</u>