

Programa de Asistencia Financiera

Propósito:

El propósito de esta política es ofrecer un método sistemático e imparcial para evaluar la elegibilidad de un individuo para recibir asistencia financiera y para garantizar la consistencia con la misión de la Salud de Florida Central (Central Florida Health, CFH) de mejorar la salud y calidad de vida de los individuos y comunidades a quienes servimos.

Política:

La CFH es una organización sin fines de lucro comprometida con satisfacer las necesidades de atención médica de los residentes de la comunidad. Esta organización, a través de sus filiales hospitalarias, cubre las necesidades médicas de pacientes con bajos ingresos, subasegurados, no asegurados e indigentes, al proporcionarles la atención médica de calidad que necesitan sin importar su raza, credo, color, sexo, nacionalidad, orientación sexual, discapacidad o edad. Ciertas excepciones aplican, entre las que se incluyen, pero no se limitan a los servicios electivos, los saldos cubiertos por otros recursos de financiamiento como el seguro de responsabilidad civil, y el incumplimiento en cooperar con la obtención de recursos de financiamiento alternativos. El monto en dólares de la atención no remunerada se basa en las tasas totales establecidas por la CFH, y que se ofrece a los pacientes que la CFH determine que no están en capacidad de pagar sus cuentas. La decisión sobre la capacidad de un paciente para pagar depende de los lineamientos de asistencia financiera establecidos en la presente política.

La elegibilidad del paciente para asistencia financiera se fundamenta en los Lineamientos Federales de los Niveles de Pobreza (Federal Poverty Level Guidelines), según lo publica cada año el Departamento de Salud y Servicios Sociales de EE.UU. (U.S. Department of Health and Human Services) en el *Registro Federal* y en <http://aspe.hhs.gov/poverty>

Procedimientos:

Proceso de solicitud

1. Los pacientes que declaren no poder pagar sus cuentas médicas y/o soliciten asistencia financiera, deberán pasar por una evaluación que aplican los Asesores Financieros. Basándose en la situación financiera del paciente y la atención médica requerida, se tomará una decisión sobre si el paciente califica o no para lo siguiente:
 - Programas de asistencia financiera para atención médica federales, estatales, del condado o de la comunidad
 - Alternativas del estado, condado o comunidad para cubrir las necesidades de atención médica
 - Asistencia financiera basada en los criterios descritos en esta política
2. Con el fin de calificar para la ayuda financiera, el paciente debe cumplir con uno de los siguientes criterios:
 - a) El paciente debe haber sido tratado en una de las Salas de Emergencia de los hospitales de la CFH por una condición médica de emergencia.
 - b) El paciente debe haber sido ingresado en hospitalización en los hospitales de la CFH bien sea a través de la Sala de Emergencias, por traslado o por admisión directa en el hospital.

Programa de Asistencia Financiera

- c) El paciente debe haber recibido servicios ambulatorios como continuación de cuidados de los servicios recibidos en la sala de emergencias o en hospitalización dentro de los 30 días anteriores. Los servicios no incluyen aquellos que son de naturaleza electiva, o que no son urgentes o agudos.
3. Los asesores financieros asistirán a los pacientes al solicitar la asistencia financiera al explicarles cuál es la documentación requerida o, de ser aplicable, referirán al paciente a la agencia adecuada para recibir asistencia gubernamental.
4. Si un paciente cumple con los requisitos del tipo de servicio para calificar y solicitar la asistencia financiera, y se determina que el paciente es indigente, podrá calificar para el 100% de la asistencia financiera.
5. A los pacientes que tengan saldo después de pago mediante planes de Medicaid, Medicaid HMO o Medicare Parte A o Parte B, se les permitirá solicitar asistencia financiera. El servicio debe ser de hospitalización, sala de emergencias o ambulatorio, prestado como continuación de servicios iniciales de hospitalización o sala de emergencias dentro de los 30 días. Al paciente se le ofrecerán beneficios de asistencia financiera con base únicamente en los lineamientos relacionados con la asistencia financiera

La siguiente documentación deberá acompañar la Solicitud de Asistencia Financiera:

Identificación

Cada solicitante debe suministrar 2 formularios de identificación, uno debe tener una identificación con foto. Los formularios aceptables de identificación son los siguientes:

- Identificación/Licencia para conducir emitida por el estado
- Licencia/Identificación Militar (vigente)
- Tarjeta de residencia
- Identificación con foto emitida por el gobierno
- Certificado de nacimiento
- Tarjeta de seguro social
- Pasaporte (vigente)
- Certificado de ciudadanía
- Documento oficial que incluya nombre, dirección y número de seguro social
- Formulario de impuestos

Residencia

La documentación proporcionada como prueba de residencia debe incluir el nombre completo del solicitante así como su dirección física. Deberá suministrarse al menos uno de los siguientes elementos:

- Identificación/Licencia para conducir emitida por el estado (vigente)
- Tarjeta/recibo de residencia
- Declaración de impuestos, formulario W-2 o 1099 (año anterior)
- Factura actual de algún servicio público u orden de trabajo de instalación de algún servicio público con fecha no mayor a 60 días
- Póliza o factura actual como propietario de una vivienda o de un vehículo
- Factura de impuesto a la propiedad
- Contrato de alquiler/arrendamiento/hipoteca
- Tarjeta de registro de electores
- Registro de vehículos

Programa de Asistencia Financiera

- Correo oficial recibido en el lugar de residencia con fecha no mayor a 60 días
- Prueba de tener niños inscritos en el Distrito Escolar
- Formularios de transcripción de institución educativa del año en curso
- Inscripción en un servicio o programa de agencia (NLCHTD), prueba de residencia antes de residir en uno de estos programas

Ingresos familiares

Lo siguiente se considera prueba del ingreso familiar y, de ser aplicable, usted deberá suministrar los siguientes elementos:

- Copia más reciente de: declaración de impuestos, formulario W-2, estados de cuenta de los últimos 3 meses que muestren depósitos directos, recibos de pago de los últimos 3 meses de su empleo actual, beneficios por pensión o jubilación, beneficios del seguro social, indemnización por desempleo, indemnización por accidentes laborales, beneficios de veterano, pagos por asistencia pública, pensión alimenticia y manutención.
- Ingresos por dividendos, intereses, rentas, regalías, pagos de anualidades, inmuebles, fideicomisos, sucesiones y ayudas estudiantiles no sujetas a reembolso.
- Si el paciente es indigente, es necesaria una declaración jurada firmada.
- En ausencia de una fuente de ingresos, se aceptará una carta de dificultad económica o una carta de adhesión.
- Si el paciente fallece sin activos, se aceptará copia del certificado de defunción solo después que se haya negado Medicaid póstumo.

Tenga en cuenta que: todas las fuentes de valor, incluidos los períodos exentos de pago de alquiler e intercambio de bienes, se utilizarán para determinar el ingreso.

Trabajo independiente

- Declaración de impuestos personal y de negocio completas más recientes, estados de cuentas bancarias de los últimos doce meses del negocio.
- Ingresos por trabajo independiente (definidos como el monto del ingreso bruto reportado en la declaración de impuestos, Anexo C)

Hijos dependientes en la vivienda

- Debe haber solicitado Medicaid y estar en capacidad de suministrar una carta del Departamento de Niños y Familias de Florida donde se confirme la decisión de Medicaid
- Se requerirá la firma del paciente en la Solicitud de Asistencia Financiera para atestiguar la exactitud e integridad de la solicitud y documentación de soporte requerida.
- Si el paciente ha solicitado y calificado con éxito para la asistencia financiera dentro de los seis meses anteriores, la CFH utilizará la decisión previa de la elegibilidad.

Se podrá solicitar o investigar la información relacionada con los activos del paciente, y los hospitales de la CFH podrán utilizar la misma en el proceso de revisión de elegibilidad para asistencia financiera. Las fuentes utilizadas para determinar los activos pueden incluir: devolución de impuestos, informes de crédito e información de los impuestos del condado.

- Se podrán negar las solicitudes para asistencia financiera en el caso que:

Programa de Asistencia Financiera

- a) El solicitante posea un monto suficiente en ahorros, inversiones en efectivo u otro tipo de activos como para cubrir toda o una parte del saldo de la cuenta sin causar dificultades económicas a la familia.
 - b) Una investigación de la agencia de créditos indique que el solicitante posee suficiente crédito disponible para obtener un préstamo para pagar la cantidad adeudada en la cuenta, y los medios suficientes como para cancelar el préstamo sin causar dificultades económicas a la familia. Los asesores financieros registrarán en las notas de la cuenta del paciente la decisión final de la revisión de elegibilidad para asistencia financiera.
 - c) El solicitante no ha completado los requisitos de la documentación para la determinación de asistencia financiera dentro de un período de 240 días de la solicitud.
6. Adicionalmente, la Solicitud de Asistencia Financiera completada y firmada y los documentos de soporte se digitalizarán y guardarán en el expediente financiero del paciente.

Determinación de la elegibilidad para la Asistencia Financiera de la Salud de Florida Central

1. El paciente debe solicitar, y habersele negado o haber agotado la asistencia financiera de todos los otros programas disponibles de ayuda financiera para atención médica, incluida la asistencia pública disponible a través de Medicaid y otros programas federales, estatales, del condado o de la comunidad, antes de solicitar ayuda financiera. El paciente debe suministrar la documentación de dichas negativas de elegibilidad según se solicite. También se incluirá a los pacientes que califiquen para Medicaid u otros programas gubernamentales (incluidos los cargos por días que excedan la duración del límite de la estadía), pero cuyos cargos son servicios no cubiertos.
2. Con el fin de calificar para la asistencia financiera, el ingreso total del hogar durante los doce meses precedentes debe satisfacer los siguientes criterios:
 - a) Los pacientes califican para la asistencia financiera si su ingreso familiar se ubica en o por debajo del 200% del nivel de pobreza federal. La asistencia financiera en escala variable aplica si los ingresos familiares son de 300% a 400% por debajo del nivel de pobreza federal.
 - b) Para calcular el ingreso familiar, se consideran los activos de ingreso individuales del paciente que solicita la asistencia financiera si el paciente no es (1) menor de edad ni (2) mantenido por otros individuos que viven en la vivienda familiar. Si el paciente recibe apoyo parcial de otra persona que habite en la vivienda, (por ejemplo, arrendamiento) dicho respaldo, o un estimado del valor de mercado razonable de dicho respaldo, se considerará como ingreso con el fin de considerar la elegibilidad para asistencia financiera.
 - c) Condiciones adicionales necesarias para calificar para la asistencia financiera:
 - Si los beneficios de Medicare o Medicaid, de ser aplicable, se agotaron y el paciente no tiene más capacidad de pago.
3. Esta póliza aplica solamente a la atención y tratamiento que se prestan en los hospitales de la CFH para servicios de hospitalización o en la Sala de Emergencias por una condición

Programa de Asistencia Financiera

médica de emergencia, o servicios ambulatorios como continuación de los cuidados de los servicios recibidos en la Sala de Emergencias o durante la hospitalización dentro de los 30 días anteriores. Esto no incluye cuidados cosméticos, cirugía bariátrica, cuidados dentales, manejo del dolor, asistencia médica domiciliaria, cuidados quiroprácticos, cuidados de salud mental, atención de cuidados paliativos, honorarios médicos, ambulancia terrestre o aérea, radiólogos, anestesiólogos, patólogos o médicos de urgencias.

4. Los pacientes que no proporcionen la información necesaria solicitada para completar y evaluar con exactitud su situación financiera de manera oportuna o no cooperen con los esfuerzos para garantizar la ayuda gubernamental no serán elegibles para asistencia financiera. Sin embargo, la CFH se reserva el derecho de considerar las solicitudes de asistencia financiera que no cumplan con todos los criterios establecidos en el caso de circunstancias extraordinarias con la aprobación documentada del Director Administrativo de los Ciclos de Ingresos (Administrative Director of Revenue Cycle) de la CFH.
5. Los asesores financieros notificarán con prontitud y por escrito a los pacientes sobre los resultados de la revisión de la Solicitud de Asistencia Financiera, así como la elegibilidad resultante una vez que se haya entregado toda la documentación solicitada.

Proceso de aprobación

1. Los hospitales de la CFH deben limitar el monto cobrado por la atención que prestan a cualquier individuo que sea elegible para asistencia según la presente póliza:
 - a) Para emergencias u otra atención médica necesaria, que no exceda el monto que generalmente se carga (Amounts generally billed, AGB) a individuos que tienen seguro médico que cubre dichos cuidados. El AGB debe calcularse utilizando el "método prospectivo de Medicare o Medicaid". Según este método, el AGB equivale al monto que Medicare o Medicaid pagarían por el artículo o servicio en cuestión, incluido cualquier deducible o coaseguro que posea el individuo.
2. La Solicitud de Asistencia Financiera junto con toda la documentación de soporte y formulario de aprobación se mantendrán archivados por siete años.
3. La CFH deberá tomar las siguientes acciones antes de participar de acciones extraordinarias de cobro a individuos.
 - Hacer llegar al individuo una notificación escrita de la acción específica que va a tomar con el fin de obtener el pago; dicha notificación debe incluir el plazo, que es por lo menos 30 días después que se entrega la notificación escrita.
 - Debe incluirse un Resumen en Lenguaje Sencillo junto con la notificación escrita
 - La CFH debe tomar los pasos para notificar de manera verbal al individuo sobre la disponibilidad de asistencia financiera y cómo se puede obtener dicha asistencia.
 - Deberán documentarse todas las notificaciones antes mencionadas.

Proceso de facturación y cobranza

Programa de Asistencia Financiera

1. Se enviará a los pacientes una notificación de acciones extraordinarias de cobro (Extraordinary collection actions, ECA) en el último estado de facturación entregado 30 días antes del período de notificación de 120 días. Las ECA pueden incluir lo siguiente:
 - a. Posponer, negar o solicitar un pago antes de proporcionar cuidados no urgentes.
 - b. Enviar las cuentas a agencias de recuperación de deudas y notificar a agencias de crédito.
 - c. Cualquier acción que requiera de un proceso legal o judicial con el fin de recuperar los pagos.
2. El solicitante debe completar la solicitud de asistencia financiera antes del período de notificación de 120 días para evitar una acción extraordinaria de cobro. Sin embargo, si el solicitante pidiera dicha asistencia financiera después del período de notificación de 120 días y dentro del período de solicitud de 240 días, los esfuerzos de cobro cesarán hasta que se apruebe o niegue la solicitud. En el caso que el solicitante no cumpla con los requisitos de la documentación y se niegue la solicitud dentro del período de solicitud de 240 días, se negará la solicitud y no se concederán más prórrogas.
3. Si el paciente califica para asistencia financiera, su elegibilidad estará active por seis meses después de la fecha del alta del paciente de la Sala de Emergencias o admisión por hospitalización de los hospitales de la CFH. En el período de seis meses posteriores al alta, solo se cubrirán servicios ambulatorios suministrados de manera incidental al diagnóstico original o motivo de admisión del paciente a la Sala de Emergencias o centro hospitalario.
4. Cualquier saldo que no califique para asistencia financiera o saldos de cuentas que no estén relacionados con la aprobación inicial basada en el diagnóstico y/o lugar de servicio estará sujeto a las acciones extraordinarias de cobro (ECA) a menos que se hayan establecidos los arreglos financieros adecuados.

Notificación al paciente del Programa de Asistencia Financiera de la CFH

1. Aviso público:
 - a. El aviso del Programa de Asistencia Financiera de la CFH se exhibe de manera destacada en las áreas de registro de pacientes y Salas de Emergencias.
 - b. El Programa de Asistencia Financiera de la CFH y el Resumen en Lenguaje Sencillo están disponibles en el sitio web de la CFH en: www.centralfloridahealth.org
 - c. El Resumen en Lenguaje Sencillo de la Asistencia Financiera es un resumen claro, conciso y fácil de entender del Programa de Asistencia Financiera, incluyendo cómo obtener mayores detalles.
 - d. Los miembros del equipo de la CFH en las áreas de registro de pacientes están capacitados para responder preguntas básicas relacionadas con el Programa de Asistencia Financiera de la CFH y para contactar a los Asesores Financieros para brindar información y asistencia adicionales.
 - e. A los individuos que se registren en las instalaciones de la CFH se les ofrecerá el Resumen en Lenguaje Sencillo de la Asistencia Financiera.
 - f. Los estados de cuenta del paciente incluyen notificaciones al paciente sobre la disponibilidad de asistencia financiera e información de contacto para obtener mayores detalles.

Monitoreo

Programa de Asistencia Financiera

1. Como parte del Análisis Anual de los Beneficios Comunitarios de la CFH, se realizará una revisión del Programa de Asistencia Financiera para garantizar el cumplimiento y consistencia en su implementación.
2. La CFH deberá cumplir con todos los requisitos gubernamentales aplicables de presentación de informes.
3. El ajuste de saldo de los beneficiarios de Medicare que califiquen para asistencia financiera se clasificará como deudas incobrables de Medicare siempre y cuando se hayan cumplido los requisitos de los servicios de los Centros de Medicare y Medicaid.