

Dueño (nombre y cargo): Shaun Ronan, Vicepresidente de Operaciones de Ingresos	Departamento: Servicios Financieros para el Paciente	Número de política: FN 3.07
Fecha de entrada en vigor original: 08/01/00	Última fecha de revisión: 04/19	Última fecha de corrección: 08/20

Declaración de política

El objetivo de esta política es establecer las pautas y los estándares para brindar asistencia financiera a personas elegibles que no estén aseguradas, estén infraseguradas, no sean elegibles para un programa del gobierno, o que, de otra manera, no puedan pagar servicios de atención médica por tener recursos financieros limitados. Esta política está destinada a cumplir con la Sección 501 (r) del Código de Rentas Internas y los reglamentos promulgados en virtud del mismo y se interpretará y aplicará de acuerdo con dichos reglamentos.

Alcance

El alcance de esta política es el siguiente: Holmes Regional Medical Center, Cape Canaveral Hospital, Palm Bay Hospital, Viera Hospital, Melbourne Same Day Surgery y Melbourne GI Center. **Consulte el Anexo A ("Médico cubierto y no cubierto por la política de FA") de esta política para obtener una lista de todos los proveedores, además del centro hospitalario de HF, que brindan atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en el centro hospitalario de HF, y especifica qué proveedores cubre esta Política de asistencia financiera y cuáles no.**

Definiciones

Agencia para la administración de la atención médica (AHCA): una agencia del gobierno estatal involucrada en el control y la regulación de la atención médica.

Montos facturados generalmente (AGB): montos facturados generalmente por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria para personas que tienen un seguro que cubre tal atención.

Acción extraordinaria para la cobranza (ECA): acciones tomadas por un centro hospitalario en contra de una persona, en relación con el pago de una factura por atención cubierta de conformidad con el plan de asistencia financiera (FAP) del centro hospitalario, que requieren un proceso legal o judicial, involucran la venta de la deuda de una persona a otra parte o involucran la comunicación de información desfavorable sobre una persona a agencias de información de crédito del consumidor u oficinas de crédito (en conjunto, "agencias de crédito").

Plan de asistencia financiera (FAP): política escrita que rige sobre toda la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria brindada por un centro hospitalario a menos que esté aceptada en esta política. La política no rige sobre los servicios médicos brindados por médicos no contratados.

Garante: persona responsable del pago de los servicios de atención médica.

Ingresos familiares: Todos los fondos que ingresan al hogar por parte de miembros directos de la familia definidos como

- Un adulto y, si está casado, un cónyuge.
- Cualquier hijo menor natural o adoptado del adulto o cónyuge.
- Cualquier menor de edad por quien un tribunal haya otorgado la responsabilidad legal al adulto o cónyuge.
- Cualquier estudiante mayor de 18 años, dependiente de la familia por más del 50% de sustento.
- Cualquier persona dependiente del ingreso de la familia por más del 50% de sustento.

No se limita a salarios, sino que también incluye seguro social, indemnización por desempleo, beneficios por discapacidad, ingresos de inversiones, ingresos de alquileres y dinero por parte de amigos o parientes.

Persona no asegurada: garante que no tiene ningún nivel de seguro o asistencia de un tercero para cumplir con la obligación de pago de los servicios de atención médica.

Persona infrasegurada: garante que tiene cierto nivel de seguro o asistencia de un tercero, pero cuya responsabilidad restante que paga de su bolsillo excede la capacidad de pago sin crear dificultades financieras extremas.

Provisiones

Es política de Health First otorgar, cuando sea apropiado, asistencia financiera a personas elegibles que no estén aseguradas, estén infraseguradas, no sean elegibles para un programa del gobierno, o que, de otra manera, no puedan pagar servicios de atención médica por tener recursos financieros limitados. También es política de Health First brindar, sin discriminar, atención para afecciones médicas de emergencia (tales como las definidas por la ley federal conocida como Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo, “EMTALA”), sin importar la elegibilidad de las personas para recibir asistencia financiera en virtud de esta política.

Cualquier asociado de Health First o miembro del equipo médico puede remitir a sus pacientes a asistencia financiera. Un paciente, un miembro de la familia, un amigo cercano o un socio del paciente también pueden solicitar asistencia financiera en nombre del paciente.

I. Procedimiento

Es posible que se requiera que los pacientes o garantes que deseen solicitar asistencia financiera completen la solicitud de asistencia financiera de Health First que pueden obtener en el Departamento de Servicios Financieros para el Paciente de Health First, las salas de emergencia del hospital, el Departamento de Registro o <http://www.hf.org/>. El proceso de solicitud puede comenzar antes de la internación o en un tiempo permitido posterior.

Información de contacto del Departamento de Servicios Financieros para el Paciente de Health First:

Teléfono: (321)-434-5427

Dirección: 3300 Fiske Blvd, Rockledge FL 32955

- A. Las pautas de ingresos para calificar para la asistencia financiera se basan en las Pautas federales de los niveles de pobreza proporcionadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- B. Las pautas de la Agencia para la Administración de la Atención Médica (AHCA) y los documentos requeridos podrían utilizarse para establecer los requisitos de calificación para la asistencia financiera para pacientes. Los pacientes que cuenten con ingresos familiares del 200% o menos, o cuyos gastos hospitalarios sobrepasen el 25% de sus ingresos familiares tendrán derecho a recibir una anulación del **100%** de los gastos.
- C. Health First puede solicitar un informe de la oficina de crédito o una verificación de activos de una fuente confiable. El informe incluirá un período que va desde la fecha en que Health First recibió la solicitud hasta los tres años anteriores.
- D. Pueden utilizarse métodos y fuentes de información fiables además de la solicitud del FAP para incluir modelos y algoritmos predictivos como documentación para la verificación de ingresos.
- E. Los pacientes que son elegibles para Medicaid no tendrán que completar toda la solicitud para la asistencia financiera.
- F. Los pacientes que se declaren en quiebra serán elegibles para la asistencia financiera.
- G. Los pacientes fallecidos sin patrimonio serán elegibles para la asistencia financiera.
- H. Health First se reserva el derecho de determinar la aprobación de las solicitudes para el programa de asistencia financiera.
- I. Para determinar la elegibilidad del paciente, se podrán utilizar notas documentadas de un distribuidor externo de confianza que miden la capacidad del paciente para pagar los servicios según los datos estadísticos.
- J. Los pacientes que no estén asegurados y que no califiquen para recibir asistencia financiera serán elegibles para recibir un descuento de parte de Health First para pacientes que realicen pagos particulares (Departamento de Servicios Financieros para el Paciente 5.12).
- K. Health First cumplirá con un período de notificación de ciento veinte (120) días posterior a la fecha del primer resumen de facturación después del alta del paciente.
- L. Los pacientes pueden solicitar el FAP en cualquier momento entre la admisión para la atención y doscientos cuarenta (240) días después de que se proporcione el resumen de facturación posterior al alta y de que el paciente se haya ido del hospital.
- M. Todas las solicitudes de asistencia financiera aprobadas tendrán validez durante un período de hasta 12 meses a menos que las circunstancias del paciente hayan cambiado y sea necesaria una determinación actualizada.

II. PRÁCTICAS DE COBRO Y FACTURACIÓN

- A. El paciente o el garante recibirá una factura en las siguientes situaciones:
 - 1. Si el saldo completo es responsabilidad del paciente (pago particular).
 - 2. Si el saldo de pago particular es mayor de \$9.99.

3. Si la cuenta del paciente no tiene una suspensión de resúmenes o indicadores de facturación en la cuenta, lo que imposibilita la emisión de estas facturas, incluida una solicitud de asistencia financiera pendiente.
 4. Si figura una dirección de correo postal válida en los registros y no hay correspondencia respondida.
- B. Las cuentas que califiquen para actividades de cobro internas dentro de Health First se completarán de la siguiente manera (consulte la política de las pautas cobro de pagos particulares del Departamento de Servicios Financieros para el Paciente 5.04):
1. El garante recibirá dos (2) resúmenes que se envían cada 30 días (para cada cuenta de garante) y puede recibir hasta dos (2) cartas de cobro. El paciente/garante recibirá una notificación del FAP en tres resúmenes de facturación antes de recibir una ECA.
 2. El personal de Contabilidad del Paciente realizará llamadas telefónicas a los garantes para intentar garantizar el pago. Hay planes de pago disponibles que entran en vigor luego de recibir el pago o depósito inicial del paciente (a veces denominado pago de buena fe).
 3. Ciento veinte (120) días después de que se emita el primer resumen después del alta y el paciente se vaya del hospital, las cuentas se transfieren a una agencia de cobro.

III. CÓMO SE DETERMINAN LOS MONTOS COBRADOS A PACIENTES

- A. Los montos cobrados por servicios de emergencia y servicios médicamente necesarios prestados en el hospital (como se detallan arriba) para pacientes elegibles para recibir asistencia financiera no serán mayores que los montos facturados generalmente a las personas con seguros que cubren esos servicios.
- B. Health First se reserva el derecho de revertir los ajustes de la asistencia financiera e intentar obtener los reembolsos o cobros apropiados. Esto puede ocurrir como resultado de una demanda en contra de un tercero por ganancias de un juicio, acuerdo o compromiso atribuible según la ley estatal por la atención del paciente que haya brindado el centro hospitalario.

IV. MEDIDAS PARA DIVULGAR LA POLÍTICA

La información acerca del programa de asistencia financiera de Health First estará disponible para pacientes y garantes por diversos medios, lo que incluye la publicación de avisos en las facturas de los pacientes y avisos ubicados en las salas de emergencia y el Departamento de Admisión, y en cualquier otro lugar público que elija el centro de Health First. Se pondrá a disposición de cada paciente un resumen escrito con la descripción de la política e información de contacto del programa de asistencia financiera en las salas de emergencia y el Departamento de Admisión. Se brindará información sobre la política durante las llamadas con el Departamento de Servicio al Cliente. La política también se publicará en el sitio web de Health First. Dicha información se proporcionará de acuerdo con la ley aplicable.

VIII. CÁLCULO DE AGB

A. A. La Facturación general promedio (AGB) se determinó mediante el método de revisión retroactiva para cada centro de Health First.

1 Los porcentajes de AGB son los siguientes:

a. Holmes Regional Medical Center: 24%

b. Palm Bay Hospital: 23%

c. Cape Canaveral Hospital: 25%

d. Viera Hospital: 25%

Referencia

Pautas generales de los niveles de pobreza: <https://aspe.hhs.gov/poverty>

Previamente conocido como:

Materiales secundarios

Excepciones

ANEXOS

A. Médicos cubiertos y no cubiertos por la Política de FA