

Manual: Oficina Comercial	Política No: DM.BO.CHTYWRIT.720
Sección: 1	Política: Póliza de Asistencia Financiera
Fecha de vigencia: 09/01/2008	Página: Página 1 de 13

ALCANCE: Aplica para la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria proporcionada por el hospital a aquellos no asegurados y con un seguro insuficiente.

PROPÓSITO:

El propósito de esta Póliza de Asistencia Financiera (FAP) es especificar:

- Los criterios de elegibilidad para la Asistencia Financiera en la forma de una atención gratuita;
- Cómo solicitar la Asistencia Financiera;
- Cómo calcula el Hospital las cantidades cobradas a los pacientes;
- Cómo la FAP se publicita ampliamente dentro de la comunidad a la cual sirve el Hospital;
- Qué acciones puede tomar el Hospital en caso de falta de pago; y
- Cumplimiento con las regulaciones y leyes estatales y federales aplicables.

POLÍTICA:

SSC está comprometido con proporcionar asistencia financiera a aquellos que tengan necesidades de atención médica y no tengan seguro o tengan un seguro insuficiente para una atención médicamente necesaria con base en su situación financiera individual. SSC se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de las personas que necesiten servicios de atención médica no les impida buscar o recibir la atención.

- A. Para **determinar** si un individuo es **elegible** para Asistencia Financiera, el **individuo debe solicitar** la Asistencia Financiera. Este FAP describe cómo hacer la solicitud, así como también especifica los criterios de elegibilidad que un individuo debe satisfacer para recibir Asistencia Financiera. La información y **documentación requerida** que debe ser enviada como parte de la solicitud de FAP también está establecida en este FAP.
- B. Este FAP **aplica a toda la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria proporcionada por el Hospital** para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. El Hospital determinará si un servicio es

Manual: Oficina Comercial	Política No: DM.BO.CHTYWRIT.720
Sección: 1	Política: Póliza de Asistencia Financiera
Fecha de vigencia: 09/01/2008	Página: Página 2 de 13

elegible para Asistencia Financiera. Los servicios que están específicamente **excluidos** incluyen, pero no se limitan a, los siguientes:

- a. Atención que no es médicamente necesaria, incluyendo, sin limitación:
 - i. Procedimientos cosméticos, tales como perforación de orejas, aumento de senos, abdominoplastia, inyecciones de Botox, blefaroplastia, exfoliaciones químicas, eliminación de verrugas, rellenos dérmicos, escleroterapia y tratamientos con láser dermatológico.
 - ii. Procedimientos dentales cosméticos
 - iii. Cirugía bariátrica
 - iv. Circuncisión
 - b. Artículos personales proporcionados durante una estadía como paciente hospitalizado, por ejemplo, bandejas de invitados, habitaciones privadas que no son médicamente necesarias
 - c. Cargos que resulten de procedimientos que no son cubiertos por un seguro de terceros, a pesar de ser médicamente necesarios, debido a que el paciente no siguió los lineamientos del pagador del seguro en donde el paciente conscientemente recibió servicios en un hospital no contratado.
 - d. Accidentes en vehículos de motor en donde se está persiguiendo la responsabilidad civil de un tercero para el pago de los gastos hospitalarios (por ejemplo, aquellos que involucran a los pacientes que no tienen un seguro de salud).
- C. **Los servicios profesionales** proporcionados por los médicos tratantes, asistentes médicos o clínicos de práctica avanzada en el Hospital no están cubiertos por este FAP. Se mantiene una lista de proveedores que prestan servicios profesionales en las instalaciones del Hospital en un documento separado del FAP y que está disponible en el sitio web del Hospital. Los pacientes pueden solicitar copias impresas, sin cargo, llamando al departamento de admisiones del Hospital.
- D. Si un paciente tiene **recursos potenciales para el pago** tales como, pero sin limitación a, un seguro de salud o ingresos por una liquidación de terceros, el individuo puede no ser elegible para Asistencia Financiera.

Manual: Oficina Comercial	Política No: DM.BO.CHTYWRIT.720
Sección: 1	Política: Póliza de Asistencia Financiera
Fecha de vigencia: 09/01/2008	Página: Página 3 de 13

- E. La Asistencia Financiera no se considera como sustituto de la responsabilidad personal. **Se espera que los pacientes cooperen** con los procedimientos de SSC para obtener asistencia financiera u otras formas de pago **y contribuyan** con el costo de su atención con base en su capacidad individual para pagar. Se deberá alentar a los individuos con la capacidad financiera para comprar un seguro de salud a que lo hagan.
- F. Si un solicitante de FAP es o puede ser elegible para fondos de programas locales, estatales o federales que cubran algunos o todos los costos de los servicios de atención médica, se espera que los solicitantes de FAP apliquen para tales programas antes de que se haga una determinación de elegibilidad al amparo de este FAP. La asistencia financiera es generalmente el **pagador de último recurso** a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, incluyendo: seguro; programas gubernamentales, tales, pero no limitados a, beneficios VA, Medicare y Medicaid, responsabilidad civil de terceros; y activos personales, incluidos los activos líquidos existentes.
- G. El Hospital no negará la Asistencia Financiera bajo este FAP con base en que el solicitante no pueda proporcionar la información o documentación que el Hospital no especifica en este FAP o en el formulario de solicitud del FAP. El Hospital notificará al individuo por escrito sobre la decisión de su elegibilidad al amparo de este FAP y la base de su decisión.
- H. La documentación para la Asistencia Financiera obtenida de los pacientes estará asegurada; el acceso a esta documentación estará limitada a aquellos individuos esenciales para el proceso de Asistencia Financiera.
- I. Las acciones que el Hospital puede tomar en caso de falta de pago se describen generalmente en este FAP. **El Hospital hará los esfuerzos razonables para determinar si un individuo es elegible para asistencia al amparo de este FAP antes de involucrarse en una acción extraordinaria de cobro** (ECA, por sus siglas en inglés). Después de una determinación de elegibilidad para el FAP, no se le cobrará más a un individuo elegible para el FAP por la atención de emergencia o médicamente necesaria que las Cantidades Facturadas Generalmente (AGB, por sus siglas en inglés) a individuos que tengan un seguro que cubra dicha atención.
- J. SSC llevará a cabo el cálculo de las **Cantidades Facturadas Generalmente** (AGB) anualmente. Cualquier cambio necesario será implementado dentro de los siguientes 120 días después del cálculo. El Hospital limitará las cantidades que cobra por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria

Manual: Oficina Comercial	Política No: DM.BO.CHTYWRIT.720
Sección: 1	Política: Póliza de Asistencia Financiera
Fecha de vigencia: 09/01/2008	Página: Página 4 de 13

proporcionada a los individuos elegibles para Asistencia Financiera a las cantidades promedio facturadas generalmente a los pacientes con seguros comerciales y Medicare. La AGB se determina multiplicando los cargos brutos por la atención elegible por un porcentaje del AGB. El porcentaje del AGB se basa en todos los reclamos permitidos por Medicare y los aseguradores de salud privados a lo largo de un período específico de 12 meses, dividido entre los cargos brutos asociados para aquellos reclamos. Se pueden obtener copias por escrito del porcentaje de AGB usado actualmente, sin costo, llamando al número telefónico en el Apéndice A.

- K. **La notificación** sobre los programas de asistencia financieras de SSC será diseminada a través de varios medios, que pueden incluir, pero no se limitan a, la publicación de avisos en las facturas de los pacientes y publicando avisos en las áreas de admisión y en otros lugares públicos que SSC pueda elegir. SSC también publicará y publicitará ampliamente lo siguiente en los sitios web de las instalaciones: esta póliza de asistencia financiera, un resumen en lenguaje sencillo de la póliza y la solicitud de asistencia financiera. Estos documentos se proporcionarán en los idiomas principales hablados por las poblaciones con conocimientos limitados de inglés a las que sirve el Hospital. Se proporcionarán copias impresas de estos documentos a los pacientes previa solicitud y por correo.
- L. La gerencia de SSC **cumplirá con** todas las demás **leyes, reglas y regulaciones** federales, estatales y locales que puedan aplicarse a actividades llevadas a cabo de conformidad con esta Política.

I. PROCESO DE SOLICITUD

- A. Se requiere completar, firmar y presentar una solicitud de Asistencia Financiera, así como también presentar la documentación requerida establecida en esta política, para determinar si un individuo califica para Asistencia Financiera. Las solicitudes están disponibles en todos los Departamentos de Admisión y en el sitio web del Hospital. Vea más información en el **Apéndice A**. Las instrucciones para devolver la solicitud completa se detallan en la solicitud de asistencia financiera.
- B. La disponibilidad de la asistencia financiera se dará a conocer a los pacientes al momento de la admisión o del alta.
- C. El paciente o el fiador del paciente deben proporcionar documentación personal, financiera y otra que sea relevante para tomar una determinación sobre la

Manual: Oficina Comercial	Política No: DM.BO.CHTYWRIT.720
Sección: 1	Política: Póliza de Asistencia Financiera
Fecha de vigencia: 09/01/2008	Página: Página 5 de 13

necesidad financiera **dentro de los siguientes treinta (30) días** después de haber presentado la solicitud de asistencia. El solicitante debe proporcionar la información solicitada del paciente, cónyuge, miembros de la familia que vivan juntos y otros dependientes declarados en la misma declaración de impuestos.

Las solicitudes que no cumplan con estas condiciones pueden ser devueltas al solicitante o pueden ser consideradas denegadas.

- D. Se deberá presumir que una persona no asegurada que no proporcione la información necesaria para una determinación precisa puede pagar el cargo completo por los servicios prestados y se le requerirá que pague un depósito igual a la porción de su responsabilidad como paciente o será reprogramado (únicamente en casos que no sean emergencias).
- E. Aunque las solicitudes pueden ser denegadas si no son completadas dentro de los siguientes 30 días, la solicitud se reabrirá y se reconsiderará si el paciente nos contacta y solicita una reconsideración dentro de los siguientes 240 días después de la facturación posterior al alta.

II. DETERMINACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

- A. La asistencia financiera se determinará de acuerdo con los procedimientos que involucren una **evaluación individual de una necesidad financiera**.
- B. **Se requiere una verificación de ingreso** para cualquier solicitud de asistencia financiera. Se deben proporcionar los siguientes documentos:
 - a. Una solicitud completa de asistencia financiera
 - b. Identificación con foto o identificación legal
 - c. Declaraciones de impuestos actuales y del año anterior del paciente/fiador, los miembros de la familia que vivan en la casa y los dependientes declarados en la declaración de impuestos del paciente/fiador. Si el paciente/fiador no está obligado a presentar impuestos federales (debido a un bajo ingreso o por no recibir ingresos), se requiere una declaración del ISR.
 - d. Prueba de ingresos del paciente/fiador, de los miembros de la familia que viven en la casa y de los dependientes declarados en la declaración de impuestos del paciente/fiador.
 - i. Si está empleado: últimos 3 recibos de pago, estados de cuenta

Manual: Oficina Comercial	Política No: DM.BO.CHTYWRIT.720
Sección: 1	Política: Póliza de Asistencia Financiera
Fecha de vigencia: 09/01/2008	Página: Página 6 de 13

bancarios de los últimos 3 meses, W-2 más recientes disponibles.

- ii. Si está autoempleado: declaración de ingreso mensual de autoempleo o una copia del libro mayor general del negocio/resumen de la cuenta de cheques del negocio de los últimos seis meses.
- iii. Si no está empleado: una copia de la información de beneficios de incapacidad de la Seguridad Social, otros ingresos/beneficios de Seguridad Social, 1099R, pensión, asistencia pública, compensación al trabajador, fideicomiso, desempleo, apoyo militar, manutención infantil y pensión alimenticia; cheques de asistencia pública; cheques de retiro; y/o declaración notariada de apoyo.

C. Las solicitudes de asistencia financiera deberán ser procesadas oportunamente y SSC deberá **notificar al paciente o solicitante por escrito dentro de los siguientes 30 días después de haber recibido la solicitud completa.**

D. La cancelación de deuda de la asistencia financiera se aplicará a la **fecha del servicio para la cual se inició la solicitud de asistencia financiera** y para fechas futuras de servicio dentro de los siguientes seis meses. NOTA: se llevará a cabo una verificación de seguro en cada episodio de atención para determinar si el paciente sigue sin seguro.

E. Los pacientes deben **volver a presentar su solicitud** de asistencia financiera después del período de seis meses para el cual se aprobó la solicitud original.

III. **ELEGIBILIDAD Y CANTIDAD DE LA CANCELACIÓN DE DEUDA:**

La elegibilidad para la cancelación de deuda se determina con base en el número de personas en el hogar y el ingreso familiar anual como porcentaje del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés). SSC usará los Lineamientos Federales de Pobreza que son actualizados y publicados anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. en el *Registro Federal*. La información más reciente está disponible en este sitio web:
<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

A. Los pacientes no asegurados cuyo ingreso familiar esté en o **por debajo del 138%** del FPL calificarán para una cancelación total de deuda para todos los cargos del hospital, excluyendo cualquier depósito que haya sido pagado previamente, asumiendo que cumplan con los otros criterios de elegibilidad establecidos en el FAP.

Manual: Oficina Comercial	Política No: DM.BO.CHTYWRIT.720
Sección: 1	Política: Póliza de Asistencia Financiera
Fecha de vigencia: 09/01/2008	Página: Página 7 de 13

- B. Los pacientes con un **seguro insuficiente** (vea la sección de Definiciones) serán tratados como pacientes **no asegurados** para propósitos de la asistencia financiera.

IV. ACCIONES DE COBRANZA

- A. En el caso de falta de pago de parte del paciente/fiador, el Hospital realizará las siguientes **acciones de cobranza**: enviar estados de cuenta de facturación, llamar a los pacientes para cobrar el saldo pendiente, transferir las cuentas a agencias de facturación o cobranza para su seguimiento y presentar reclamos en procedimientos de bancarrota. El hospital también puede realizar **acciones extraordinarias de cobranza (ECAs)**, que incluyen embargo de salarios, embargos, reporte a agencias crediticias externas, ejecuciones hipotecarias, incautaciones de cuentas bancarias, confiscaciones de bienes personales y demandas legales.
- B. El Hospital hará los **esfuerzos razonables** para determinar si un individuo es elegible para recibir atención gratuita antes de iniciar las ECAs. Los esfuerzos razonables incluyen:
- Notificar al individuo sobre el FAP (incluyendo esfuerzos razonables para notificar al individuo oralmente sobre la política y cómo obtener asistencia);
 - Abstenerse de cualquier acción extraordinaria de cobranza por un período de por lo menos 120 días a partir de la fecha en que el Hospital proporcione el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta por la atención; y
 - Darle al individuo un aviso por escrito que indique que hay asistencia financiera disponible para individuos elegibles y notifique al individuo (con por lo menos 30 días de anticipación) del tipo de ECAs que el Hospital pretende iniciar y la fecha límite después de la cual tales ECAs pueden ser iniciadas. Este aviso por escrito también incluirá un resumen en lenguaje sencillo del FAP.
- C. Las solicitudes de asistencia financiera serán procesadas **hasta 240 días después de la fecha del primer estado de cuenta de facturación posterior al alta** por la atención. El Hospital no tiene ninguna obligación de procesar las solicitudes recibidas después de dicha fecha. Al recibir una solicitud oportunamente, cualquier ECA ya iniciada será suspendida temporalmente

Manual: Oficina Comercial	Política No: DM.BO.CHTYWRIT.720
Sección: 1	Política: Póliza de Asistencia Financiera
Fecha de vigencia: 09/01/2008	Página: Página 8 de 13

mientras la solicitud está siendo procesada.

- D. Si una persona presenta una solicitud incompleta durante el período de 240 días que comienza después del primer estado de cuenta de facturación posterior al alta por la atención, se deben realizar esfuerzos adicionales a los mencionados anteriormente antes de iniciar o reanudar las ECAs. El Hospital notificará a la persona sobre cómo completar la solicitud, incluyendo un aviso por escrito que describa la información adicional requerida y/o la documentación que debe ser presentada. El aviso por escrito también contendrá la información de contacto sobre cómo obtener más información sobre el proceso FAP y cómo obtener ayuda con el proceso de solicitud. El Hospital le dará a la persona una oportunidad razonable para proporcionar la información faltante antes de iniciar o resumir las ECAs.
- E. Una vez que se presenta una solicitud completa, el Hospital la procesará de manera oportuna y notificará al individuo por escrito en cuanto a si califican y la base para dicha determinación. El Hospital hará esfuerzos razonables para revertir cualquier ECA emprendida contra la persona en relación con las cantidades que ya no se deben.
- F. SSC no impondrá ECAs a ningún paciente sin primero hacer los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para asistencia financiera bajo esta política de asistencia financiera. El gerente del departamento de Finanzas en el Hospital tiene la autoridad final y es responsable de determinar que se han realizado los esfuerzos razonables para que las ECAs sean entonces permitidas.

V. DEFINICIONES:

Para los fines de esta política, los términos a continuación se definen de la siguiente manera:

Asignación Contractual: La diferencia entre el nivel de pago establecido bajo un acuerdo contractual con un tercero pagador y los cargos brutos del paciente.

Acciones Extraordinarias de Cobranza (ECAs): Las ECAs aplican cuando el Hospital impacta los reportes de crédito o inicia procesos legales tales como embargos, ejecuciones hipotecarias, incautación de cuentas bancarias o propiedad

Manual: Oficina Comercial	Política No: DM.BO.CHTYWRIT.720
Sección: 1	Política: Póliza de Asistencia Financiera
Fecha de vigencia: 09/01/2008	Página: Página 9 de 13

personal, embargos de pago y/o arrestos. Las ECAs no incluyen: llamar a los pacientes para cobrar los saldos pendientes; enviar estados de cuenta o presentar un reclamo en un procedimiento de bancarrota.

Atención de emergencia: El paciente requiere una intervención médica inmediata debido a una condición grave, que amenace la vida o potencialmente incapacitante. El hospital no tiene una sala de urgencias, pero clasificará el grado de urgencia de los pacientes que se hayan presentado en el hospital. El hospital cumple con las reglas y regulaciones requeridas por EMTALA.

Asistencia Financiera: La Asistencia Financiera se define como los servicios médicos proporcionados sin cargo para los pacientes que no tengan seguro o tengan un seguro insuficiente y no puedan pagar con base en su nivel de ingresos (basado en los Lineamientos Federales de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.), un análisis financiero, indicadores demográficos y/o otras necesidades de atención médica basadas en el diagnóstico. La Asistencia Financiera no incluye: asignaciones contractuales de programas gubernamentales y asignaciones contractuales del seguro.

Familia: Usando la definición de la Oficina del Censo, un grupo de dos o más personas que residen juntas y quienes están relacionados por nacimiento, matrimonio u adopción.

Ingreso Familiar: Usando los lineamientos de la Oficina del Censo, se usa lo siguiente al calcular el ingreso familiar:

- Incluye los ingresos, compensación por desempleo, compensación del trabajador, Seguridad Social, Ingreso Suplementario de Seguridad, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios de sobreviviente, pensión o ingreso por retiro, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingreso de fincas, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia de fuera del hogar y otras fuentes varias;
- Se determina antes de impuestos;
- Incluye el ingreso de todos los miembros de la familia que viven juntos y de los dependientes declarados en la declaración de impuesto sobre la renta. (Los no parientes, tales como compañeros de casa, no cuentan).
- Para los dependientes que viven fuera de la casa familiar, el ingreso familiar deberá incluir el ingreso del dependiente, junto con el ingreso de aquellos que

Manual: Oficina Comercial	Política No: DM.BO.CHTYWRIT.720
Sección: 1	Política: Póliza de Asistencia Financiera
Fecha de vigencia: 09/01/2008	Página: Página 10 de 13

declaran al dependiente en su declaración de impuestos.

- El ingreso familiar también incluye los recursos o propiedades que son fácilmente convertibles en efectivo; incluidos, sin limitación, las cuentas de cheques, acciones, bonos, certificado de depósito y efectivo. Las cuentas IRA y 401K son excluidas hasta que el dinero sea retirado.

Lineamientos Federales de Pobreza: Una simplificación de los umbrales de pobreza de la Oficina del Censo que se usan con propósitos administrativos tales como determinar la elegibilidad financiera. Cada año, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) publica los lineamientos en el Registro Federal.

Cargos Brutos: El total de cargos a las tarifas completas establecidas por el Hospital por la provisión de servicios de atención médica al paciente antes de aplicar las deducciones.

Atención Médicamente Necesaria: Tratamiento médico que es apropiado y necesario para tratar los síntomas presentados según lo define Medicare y sus terceros pagadores.

Paciente no asegurado: Una persona que recibe servicios de atención médica y que no tiene un seguro de salud y que no califica para cualquier programa estatal/federal.

Paciente con seguro insuficiente: Una persona que recibe servicios de atención médica y quien tiene un seguro médico privado, pero cuya cobertura no cubre el cuidado especificado. Los pacientes con un seguro comercial generalmente no son elegibles para cancelaciones de deuda por asistencia financiera debido a su plan de salud y los requisitos legales relacionados con la facturación a los pacientes por su porción completa de la división de costos por los servicios proporcionados. Sin embargo, si la cobertura de un tercero no proporciona beneficios para los servicios hospitalarios debido a las exclusiones del plan de salud, a condiciones preexistentes, período de espera antes de la elegibilidad, o agotamiento de beneficios, el paciente puede ser considerado como no asegurado y elegible para un ajuste de asistencia financiera para los servicios no cubiertos. Esto no aplica cuando la cobertura de terceros no proporciona cobertura en SSC por servicios que de lo contrario hubiesen sido autorizados en la red de proveedores del pagador.

Surgical Specialty Center of BR Política/Procedimiento

Política/Procedimiento

Manual:	Oficina Comercial	Política No:	DM.BO.CHTYWRIT.720
Sección:	1	Política:	Póliza de Asistencia Financiera
Fecha de vigencia:	09/01/2008	Página:	Página 11 de 13

ANEXOS:

Apéndice A – Listado del sitio web del Hospital y números de contacto

Apéndice B – Lineamientos FPL

Surgical Specialty Center of BR

Política/Procedimiento

Manual: Oficina Comercial	Política No: DM.BO.CHTYWRIT.720
Sección: 1	Política: Póliza de Asistencia Financiera
Fecha de vigencia: 09/01/2008	Página: Página 12 de 13

APÉNDICE A. Listado del Sitio Web del Hospital, Dirección Física y Número de Contacto

Hospital	Sitio web	Ubicación del Departamento de Admisiones	Número de teléfono
Surgical Specialty Center	www.sscbr.com	8080 Bluebonnet Blvd. Baton Rouge, LA 70810	(225)408-5585

Surgical Specialty Center of BR

Política/Procedimiento

Manual: Oficina Comercial	Política No: DM.BO.CHTYWRIT.720
Sección: 1	Política: Póliza de Asistencia Financiera
Fecha de vigencia: 09/01/2008	Página: Página 13 de 13

APÉNDICE B. Lineamientos del Nivel Federal de Pobreza

La tabla del Nivel Federal de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. como se publica anualmente en el Registro Federal. La información más reciente está disponible en este sitio web

<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>