



Hospital Todos los hospitales de RSFH

División: PFS, Asistencia Financiera

Política

Política

Fecha de creación: junio de 2004

1 de abril de 2020

Última modificación/revisión: (Fecha de ingreso)

Aprobación administrativa: Bret Johnson

(Escribir nombre en letra de imprenta)

Cargo administrativo: VP de Servicios Corporativos/CFO

Autor (cargo): Administración de PFS

Asunto: **Política de asistencia financiera**

Página 1 de 8

POLÍTICA: Roper St. Francis brindará niveles apropiados de atención, de manera acorde con los recursos del establecimiento y las necesidades de la comunidad. Roper St. Francis se ha comprometido a ayudar a los pacientes a obtener cobertura de diferentes programas y a brindar asistencia financiera (financial assistance, FA) a toda persona que necesite tratamiento hospitalario médicamente necesario. Roper St. Francis siempre proporcionará atención de emergencia médicamente necesaria independientemente de la capacidad de pago del paciente. Del mismo modo, los pacientes que puedan pagar tienen la obligación de hacerlo, y los proveedores tienen el deber de solicitar el pago a dichas personas.

OBJETIVOS:

- Hacer realidad los valores centrales de Roper St. Francis de curar a todas las personas con fe, compasión y excelencia.
- Asegurar que el paciente agote todas las demás posibilidades de cobertura que correspondan antes de reunir los requisitos para la asistencia financiera de Roper St. Francis.
- Ofrecer asistencia financiera según la capacidad de pago del paciente.
- Asegurar que Roper St. Francis cumpla con las normas estatales o federales obligatorias en relación con la asistencia financiera.
- Establecer un proceso que reduzca al mínimo la carga para el paciente y sea rentable para administrar.

DEFINICIONES:

Los términos usados en esta política deberán interpretarse de la siguiente manera:

- Monto generalmente facturado (Amount Generally Billed, AGB): monto promedio que se factura a las compañías de seguros de Roper St. Francis y a Medicare por los servicios facturables que se brindan a los pacientes.
- Deuda incobrable: cuenta que ha sido clasificada como incobrable debido a que el paciente no pudo pagar la deuda médica pendiente.
- Electivo: tipo de servicio que, en opinión de un médico, no es necesario o se puede posponer sin correr riesgos.
- Atención de emergencia: atención inmediata que, en opinión de un médico, es necesaria para evitar que la salud del paciente corra un grave peligro, que las funciones corporales se vean gravemente

- afectadas o que se produzca una disfunción grave de órganos o partes del cuerpo.
- Ingresos financieros familiares: según las Guías federales de pobreza anuales, estos incluyen, entre otros, lo siguiente:
 - ingresos laborales familiares anuales antes de impuestos;
 - compensación por desempleo;
 - indemnización laboral;
 - Seguro Social y Seguridad de Ingreso Suplementario;
 - pagos de veteranos de guerra;
 - ingresos de pensión o jubilación;
 - otros ingresos pertinentes, tales como, entre otros: alquileres, pensión alimenticia, manutención y otras fuentes de ingresos varios.
 - Médicamente necesario: servicio hospitalario que se brinda a un paciente con el fin de diagnosticar, aliviar, corregir, curar o evitar la aparición o el empeoramiento de afecciones que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, causan malformaciones o mal funcionamiento físico, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o traen como consecuencia enfermedades o dolencias.
 - Otras opciones de cobertura: opciones que posibilitarían el pago de una o más cuentas por parte de terceros, entre las que se incluyen, entre otras: indemnización laboral, planes gubernamentales como Medicare y Medicaid, planes de agencias estatales/federales, asistencia para víctimas, etc., o seguros de responsabilidad civil de terceros en el caso de accidentes automovilísticos y/u otros accidentes.
 - Con cobertura insuficiente: estado de una persona que tiene alguna forma de seguro médico que no ofrece protección financiera completa, lo que resulta en un saldo residual que supera los medios financieros del paciente.

GUÍAS DE ASISTENCIA FINANCIERA

Escala de elegibilidad

Los pacientes sin seguro médico y con cobertura insuficiente cuyos ingresos sean un 200 % o menos que el nivel federal de pobreza (federal poverty level, FPL) recibirán atención de beneficencia total. Los pacientes con un FPL que oscile entre el 201 % y el 400 % recibirán un descuento sobre la base de una escala móvil. A las personas que sean elegibles para la asistencia financiera no se les facturará un monto superior al monto generalmente facturado (AGB) a las personas que poseen seguro. Para calcular el AGB se usa el método retroactivo.

Elegibilidad presunta

Los pacientes que reúnan los requisitos y reciban beneficios de los siguientes programas se presumirán elegibles para el 100 % de la asistencia financiera:

- **Cupones de alimentos.** Programa de cupones de alimentos del Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de los EE. UU.
- **Programas de asistencia estatales y de condados.** Algunos condados estatales ofrecen programas de asistencia financiera diseñados para brindar asistencia a corto plazo para emergencias a personas que carecen de recursos para cubrir sus necesidades básicas de alimentación, vivienda, combustible, servicios públicos, ropa, atención médica, dental y hospitalaria, y sepelio. El estado también ofrece programas que brindan asistencia energética a solicitantes que reúnen los requisitos. Entre los programas aceptados también se incluye la

asistencia del programa de nutrición para mujeres, bebés y niños (Women, Infants, and Children, WIC).

- **Personas sin hogar.** Las personas sin hogar también podrían reunir los requisitos para la asistencia.
- **Pacientes fallecidos.** Los saldos no pagados de pacientes que han fallecido sin dejar herencia o sobrevivientes responsables de pagar también podrían reunir los requisitos para la asistencia.
- **Organizaciones religiosas.** RSFH ha confirmado que los miembros de determinadas organizaciones religiosas tienen ingresos anuales inferiores al nivel federal de pobreza. Entre estas organizaciones se incluyen, entre otras, Brothers of Mepkin Abbey, Daughters of St. Paul, Congregation of Christian Brothers, Wellness House y Our Lady of Mercy Outreach. También ofreceremos asistencia financiera médica a los miembros de órdenes religiosas que se radiquen a nivel local pero cuya orden no les provea seguro médico.

A los pacientes que cumplan con los requisitos de elegibilidad presunta se les podrá otorgar asistencia financiera sin completar la solicitud de asistencia financiera. Los pacientes de hospitales también pueden ser elegibles para obtener un descuento del 100 % si su FPL estimado es igual o inferior al 200 %. Roper St. Francis utiliza un proveedor externo para ayudar a estimar las pautas federales de pobreza. No se requiere una solicitud para este descuento. A menos que se disponga lo contrario, las personas que se presuman elegibles según los criterios de presunción seguirán siendo elegibles durante el período de elegibilidad que se detalla abajo, a menos que el personal del establecimiento tenga motivos para creer que el paciente ha dejado de reunir los criterios de presunción.

Indigencia médica

Los pacientes que tienen una gran responsabilidad de paciente después del seguro o la aprobación para el descuento de la escala móvil también pueden calificar para el ajuste de indigencia médica. La indigencia médica se reserva para aquellos con una responsabilidad de paciente de más del 20 % del ingreso bruto anual del hogar y menos de \$10,000 en saldos totales en inversiones personales y comerciales, ahorros o inversiones líquidas. El saldo acumulado de todos los saldos abiertos actuales se reducirá al 20 % del ingreso bruto anual del hogar.

Proceso de evaluación de la elegibilidad

A fin de determinar el nivel adecuado de asistencia financiera que se aplicará a la cuenta de un paciente, el establecimiento hará lo siguiente:

- utilizará un mecanismo de puntuación, con la ayuda de un proveedor externo que proporcione un perfil financiero del paciente; o bien,
- exigirá al paciente que complete una solicitud de asistencia financiera, o que complete de forma verbal con beneficios públicos.
- Para determinar si el paciente es elegible para la asistencia financiera, se tendrán en cuenta los ingresos familiares, tal como se definen arriba. Se incluirán los ingresos familiares de todos los miembros del hogar. ~~tal como lo describen las pautas fiscales federales.~~
- El hogar es determinado por el paciente, el cónyuge, los hijos legales o adoptados. Los dependientes mayores de 18 años serán considerados su propio hogar.

Las solicitudes de asistencia financiera se pueden obtener en cualquier área de registro de nuestros establecimientos, y también en nuestra Oficina de Servicio al Cliente ubicada en Bon Secours St. Francis Hospital, 2095 Henry Tecklenburg Drive, Charleston, SC 29407.

Período de elegibilidad

- Las personas para quienes se apruebe la asistencia financiera seguirán hasta el último día de los 6 meses desde la fecha de la solicitud. ~~seguirán siendo elegibles para el resto de las cuentas correspondientes a un mismo diagnóstico o episodio de atención médica. Las visitas futuras por un mismo diagnóstico o episodio de atención médica podrán ser elegibles para el ajuste y serán evaluadas para determinar su pertinencia clínica. Las visitas no relacionadas con el diagnóstico o episodio de atención médica aprobado requerirán una nueva solicitud.~~
- Los pacientes que hayan cumplido con los criterios para la asistencia financiera y se consideren elegibles para dicha asistencia, serán notificados ~~de la elegibilidad en el plazo de los 120 días de la fecha de la primera declaración~~ por escrito. El hospital aceptará solicitudes de asistencia financiera hasta 240 días después de la fecha de la primera declaración.

Población elegible

- Esta política es aplicable a todos los pacientes sin seguro médico o con cobertura insuficiente.

Notificación de elegibilidad

Tras recibir la solicitud de asistencia financiera del paciente y cualquier documentación de información financiera o de otro tipo necesaria para determinar la elegibilidad para dicha asistencia, se notificará al paciente sobre la determinación de la elegibilidad dentro de un plazo de tiempo razonable.

Comunicación de la Política de asistencia financiera

Roper St. Francis comunicará la disponibilidad de la Política de asistencia financiera a todos los pacientes a través de los siguientes medios, entre otros:

- sitio web del establecimiento, www.rsfh.com;
- todos los estados de cuenta de facturación;
- folleto de asistencia financiera;
- manual del paciente;
- consentimiento para tratamiento;
- información publicada en lugares visibles del establecimiento;
- durante entrevistas del paciente con el asesor financiero;
- durante la interacción del paciente con el Servicio al Cliente de Contabilidad;
- el paciente podrá obtener una copia de la Política de asistencia financiera y/o de la solicitud, sin costo, escribiendo a la siguiente dirección física:

Roper St. Francis Healthcare
Financial Assistance Department
8536 Palmetto Commerce Parkway, Suite 501
Ladson, SC 29456

Monto generalmente facturado (AGB) promedio

Roper St. Francis nunca facturará a una persona elegible para la asistencia financiera un monto mayor que el “monto generalmente facturado promedio” a personas que tienen seguro médico. El AGB se determina con el “método retroactivo”, el cual se calcula de la siguiente manera:

- El AGB se calcula revisando todos los reclamos anteriores por atención médicamente necesaria que hayan sido pagados en su totalidad al establecimiento hospitalario por los planes de pago por servicio de Medicare, además de todas las otras compañías de seguros de salud que hayan pagado reclamos al hospital en el período previo de 12 meses. Este monto puede incluir coseguros, copagos y deducibles.
- El AGB por atención de emergencia o médicamente necesaria brindada a personas elegibles para la asistencia financiera se determina multiplicando los cargos brutos de dicha atención por el monto que

Roper St. Francis generalmente factura a Medicare o a otras compañías de seguros de salud privadas. El porcentaje se calcula una vez al año, como mínimo, dividiendo la suma de ciertos reclamos pagados al establecimiento hospitalario por la suma de los cargos brutos asociados por dichos reclamos.

- Los porcentajes se aplican después de la finalización del período de 12 meses que Roper St. Francis usó para calcular el/los porcentaje(s) del AGB.
- La información sobre el AGB está disponible y se puede obtener sin costo adicional comunicándose con el Servicio al Cliente al (843) 402-5200 o al (888) 888-7010, o enviando una solicitud a:

Roper St. Francis Healthcare
Financial Assistance Department
Attention: Manager
8536 Palmetto Commerce Parkway, Suite 501
Ladson, SC 29456

Determinación de la elegibilidad

Para determinar si se alcanzan los umbrales para la elegibilidad financiera, se examinarán constancias verificables de ingresos familiares totales, pasivos y activos. Los siguientes son algunos ejemplos de constancias verificables:

- declaración del impuesto federal sobre los ingresos;
- formularios W-2;
- formulario 1099;
- beneficios del Seguro Social;
- pensión alimenticia;
- contribuciones familiares/externas;
- fideicomisos;
- anualidades;
- pensiones;
- beneficios de jubilación;
- ingresos por discapacidad;
- beneficios de desempleo;
- cuotas por préstamos estudiantiles;
- ingresos no informados;
- talones de cheques de salario;
- registros fiscales;
- carta de aprobación para cupones de alimentos;
- estados de cuenta bancaria.

Se deberán agotar todas las demás opciones de pago antes de otorgar la asistencia financiera (es decir, pagos de seguros comerciales y gubernamentales, pagos de terceros, pagos según la Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto General Consolidado (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA), Programas de asistencia para personas médicamente indigentes (Medically Indigent Assistance Program, MIAP), reclamos de seguros de responsabilidad civil de terceros, reclamos de accidentes automovilísticos, indemnización laboral, etc.).

~~El departamento interno de Asesoramiento Financiero evaluará a todos los pacientes hospitalizados sin seguro que paguen por su propia cuenta, las cuentas de pacientes no hospitalizados sin seguro con cargos totales de \$5000 o más y a los pacientes programados sin seguro para determinar posibles fuentes de financiamiento. Los pacientes deberán cooperar con los pedidos del departamento de Asistencia Financiera~~

del departamento de Beneficios Públicos en su intento por identificar otras opciones de cobertura y el proceso de solicitud de Medicaid; de lo contrario, se negará la asistencia financiera.

Servicios no cubiertos por la asistencia financiera

Los pacientes no son elegibles para la asistencia financiera en los siguientes casos:

- Procedimientos que implican servicios cosméticos, reversión de la esterilización y disfunción eréctil. Los procedimientos cosméticos, por motivos de vanidad no asociados con otras afecciones médicas, no están cubiertos por organizaciones benéficas o la fundación, que es la entidad de recaudación de fondos de Roper St. Francis, cuyo propósito es trabajar con nuestra comunidad para fortalecer nuestra misión. Los defectos congénitos no se consideran cosméticos.
- Las cuentas que indiquen la participación de terceros (es decir, indemnización laboral, cobertura por accidentes automovilísticos, responsabilidad de terceros, etc.) se revisarán en detalle y no requerirán prueba de responsabilidad de terceros. La asistencia financiera para pacientes solo se considerará después de haber recibido todos los pagos de seguros por responsabilidad civil de terceros.
- Los pacientes que no cumplan con los pedidos del equipo de Asesoramiento Financiero.
- Los servicios bariátricos no son elegibles para la asistencia de beneficencia.
- Los solicitantes de asistencia de beneficencia que estén actualmente en prisión no son elegibles. Los prisioneros encarcelados por asuntos de derecho civil o familiar son financieramente responsables por sus facturas de hospital.
- A los pacientes que hagan uso indebido del Programa de asistencia financiera de RSFH, ya sea al solicitar procedimientos innecesarios, actuar de forma inapropiada contra el personal o recurrir a un establecimiento para tratamiento innecesario, se les podrá negar la asistencia financiera. La gerencia de RSFH analizará estos casos para determinar si se deben excluir los servicios.
- Los pacientes sin una orden válida del médico y un procedimiento programado, sin incluir las visitas a la sala de emergencias y ciertos servicios relacionados, no serán considerados para la asistencia financiera. Todos los servicios deberán estar programados antes de someterse a consideración. La gerencia revisará el procedimiento programado para garantizar que sea médicamente esencial. La aprobación definitiva dependerá de la necesidad médica y financiera del paciente, según lo determine el hospital.

Responsabilidades del paciente respecto de la asistencia financiera

Si corresponde, antes de ser considerado para la asistencia financiera, el paciente/la familia deberán cooperar con Roper St. Francis para suministrar información y documentación a los fines de solicitar otros recursos financieros existentes que puedan estar disponibles para el pago de la atención de la salud del paciente, como Medicaid, Medicare, seguros de responsabilidad civil de terceros, etc.

- Los pacientes que reúnan los requisitos para descuentos parciales deberán cooperar con Roper St. Francis para fijar un plan de pago razonable que tome en cuenta los ingresos disponibles, el monto de la(s) factura(s) con descuento y los pagos anteriores.
- Los pacientes que reúnan los requisitos para descuentos parciales deberán hacer un esfuerzo genuino para cumplir con los planes de pago de sus facturas médicas con descuento. Estos serán responsables de comunicar a Roper St. Francis sobre cualquier cambio en su situación financiera que pueda afectar su capacidad para pagar las facturas médicas con descuento o para cumplir con las cláusulas de sus planes de pago.

A los pacientes que tengan un saldo pendiente luego de ser evaluados para la asistencia financiera, o que no cumplan con los requisitos de asistencia financiera, se les facturará según nuestra política establecida de facturación y cobro. Para obtener una copia de esta política sin costo, los pacientes pueden comunicarse con el Departamento de Servicio al Cliente al (843) 402-5200 o al (888) 888-7010, o en nuestro sitio web en www.rsfh.com.

Los pacientes que no paguen sus estados de cuenta del hospital podrán ser remitidos a una agencia de cobro y posteriormente reportados a las agencias de informes crediticios. Para conocer los plazos detallados de este proceso, consulte la política de facturación y cobro.

No discriminación

RSFH brindará servicios a todas las personas que busquen atención médica independientemente de la capacidad del paciente, con o sin seguro médico, de pagar por los servicios. La determinación de asistencia financiera total o parcial se basará en la capacidad de pago del paciente y no se verá reducida por motivos de edad, sexo, raza, credo, religión, discapacidad, orientación sexual o nacionalidad. Las personas que no sean residentes de los EE. UU. deberán suministrar la documentación necesaria para constatar sus derechos legales de visita, tales como visas de turista, de trabajo, de estudiante o religiosas.

Confidencialidad

La necesidad de asistencia financiera es un asunto delicado y personal para los destinatarios. Se mantendrá la confidencialidad de la información y se preservará la dignidad individual de todos aquellos que soliciten servicios de beneficencia. La orientación y la selección del personal que implementará esta política y procedimiento serán guiadas por estas normas. No se divulgará ninguna información obtenida en la solicitud de asistencia financiera del paciente sin el permiso expreso para dicha divulgación. Las solicitudes serán digitalizadas en el sistema de procesamiento de imágenes y solo podrá acceder a ellas el personal designado. La documentación impresa o en papel se mantendrá en archivo para su fácil acceso durante dos meses.

Política de retención

Las solicitudes de asistencia de beneficencia y los archivos de casos se retendrán o archivarán durante siete (7) años. Con vigencia desde el 11/01/2008, las solicitudes completas/la correspondencia de beneficencia se mantienen en Horizon Business Folder de forma indefinida.

Anexo A

Guías de pobreza 2022 para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia.

Tamaño del hogar	Guías Federales de Pobreza (Federal Poverty Guideline, FPG)
1	\$13590
2	\$18310
3	\$23030
4	\$27750
5	\$32470
6	\$37190
7	\$41910
8	\$46630

\$4720 adicionales cada uno

Para obtener una lista completa de los consultorios médicos y proveedores que cumplen con las Pautas de asistencia financiera de Roper St. Francis, visite nuestro sitio web en www.rsfh.com/billing-financial-assistance, solicite una copia impresa de cualquier ubicación de registro o comuníquese con nosotros al (843) 402-5200 o al (888) 888-7010.

Entre las prácticas médicas que no siguen nuestra Política de asistencia financiera se incluyen las siguientes:

Anesthesia Associates

Roper Radiologists

Prácticas de socios no asociadas a Roper St. Francis actualizadas el 1 de abril de 2020