

**HUNTSVILLE MEMORIAL HOSPITAL
POLIZA ADMINISTRATIVA Y PROCEDIMIENTOS**

TÍTULO DEL PROCEDIMIENTO: Asistencia financiera – Atención benéfica	NÚMERO DE PROCEDIMIENTO: 9020.109B
FECHA DE EMISIÓN ORIGINAL: 02/28/2020; 04/01/2020	APROBADO POR: <u>Anna Smith 05/11/2021</u> Director Ejecutivo, Fecha del Ciclo de Ingresos
FECHAS REVISADAS: 11/23/2020	
FECHA DE REVISIÓN: 12/01/2020; 05/11/2021	
PÁGINAS: 1 de 11	

Poliza

Este procedimiento se administrará en pleno cumplimiento de las políticas de gobierno a las que se hace referencia a continuación, y se adjuntará a este documento:

- Poliza del Hospital Memorial de Huntsville:
- Poliza de Asistencia Financiera, LAW004.01
- Poliza de Cobro de Cuentas, LAW004.02
- Poliza de planes de descuento y pago, LAW004.3
- Poliza de Consejería Financiera, LAW004.04
- Poliza relativa a la amplia publicidad de la política de asistencia financiera, LAW004.05

Procedimiento

Huntsville Memorial Hospital and Clinic contribuirá con recursos apropiados, promoción y apoyo comunitario para promover las necesidades de salud de la comunidad, a la que sirve, dentro de su capacidad económica para hacerlo. Se proporcionará atención de caridad a los pacientes con una incapacidad demostrada (media probada) para pagar. La cantidad de atención de caridad disponible, así como cualquier otro cambio en este procedimiento serán evaluados y determinados por el Director Ejecutivo del Hospital anualmente, y se ajustarán a las directrices estatales para instalaciones sin fines de lucro, si corresponde. Los términos de este procedimiento pueden ser cambiados por el Director Ejecutivo del Hospital. A lo largo de este procedimiento, los términos asistencia financiera y atención de caridad son intercambiables y se consideran uno en el mismo.

Huntsville Memorial Hospital and Clinic trabaja en colaboración con un proveedor de elegibilidad de terceros (Resource Corporation of America/RCA), y la oficina local de Medicaid del Estado de

Texas para examinar a los pacientes para los siguientes programas antes de la aprobación para Charity Care:

1. Seguro de salud existente o capacidad para comprar seguro de salud y/u otra responsabilidad A o por debajo del 8% de los ingresos anuales totales ($\leq 8\%$) y/u Otra responsabilidad
2. Programas con descuento de pago por cuenta propia
Medios probados Nivel Federal de Pobreza (FPL) en o por encima del 201% ($\geq 201\%$)
3. Texas Medicaid y/o Medicare y/o SSI; Otros programas gubernamentales; Compensación a los trabajadores
Cumple con todos los criterios federales
4. Programa de Atención Indigente del Condado de Walker
Significa que se probó el Nivel Federal de Pobreza (FPL) en o por debajo del 50%.
(0% a $\leq 50\%$)

Si un paciente no califica para uno de los programas mencionados anteriormente, el paciente puede hacer una solicitud formal para Charity Care completando los formularios de asistencia financiera requeridos, ubicados en la página de internet del Hospital Memorial Huntsville a www.huntsvillememorial.com.

La solicitud de Atención benéfica incluye tanto el Formulario de Salud y Servicios Humanos de Texas 100, como el Formulario de Detección Suplementaria de Resource Corporation of America (RCA).

La asistencia financiera que se pondrá a disposición, así como cualquier otro cambio en este procedimiento, será evaluado y determinado por el Director Ejecutivo del Hospital anualmente, y se ajustará a las directrices estatales para instalaciones sin fines de lucro según corresponda.

Los pacientes serán considerados elegibles para presentar la solicitud de Atención Benéfica en el momento en que se haya obtenido suficiente información para verificar la incapacidad del paciente para pagar los servicios médicos, y tan pronto como sea posible después de que el paciente se presente por primera vez para los servicios o indique una incapacidad para pagar los servicios.

Los pacientes con cobertura de terceros (es decir, seguro, Medicare, etc.) pueden calificar para Charity Care como secundarios al seguro primario si el paciente tiene una responsabilidad de pago, tiene una incapacidad para pagar y cumple con las calificaciones del programa.

Los pacientes pueden solicitar Atención benéfica tan pronto como sea posible después de presentarse para recibir servicios o indicar la incapacidad de pagar los servicios en el Hospital o Clínica. La solicitud incluye la detección de pacientes no asegurados y suscritos por un proveedor de elegibilidad externo (Resource Corporation of America/RCA) para lo siguiente:

1. Seguro de salud existente o capacidad para comprar seguro de salud y/u otra responsabilidad por debajo del 8% de los ingresos anuales totales ($\leq 8\%$) y/u Otra responsabilidad
2. Programas con descuento de pago por cuenta propia
Medios probados Nivel Federal de Pobreza (FPL) en o por encima del 201% ($\geq 201\%$)

3. Texas Medicaid y/o Medicare y/o SSI; Otros programas gubernamentales; Compensación a los trabajadores
Cumple con todos los criterios federales
4. Programa de Atención Indigente del Condado de Walker
Significa que se probó el Nivel Federal de Pobreza (FPL) en o por debajo del 50%.
(0% a $\leq 50\%$)

Si un paciente no califica para uno de los programas mencionados anteriormente, el paciente puede hacer una solicitud formal para Charity Care completando los formularios de asistencia financiera requeridos, ubicados en la página de internet del Hospital Memorial Huntsville a www.huntsvillememorial.com.

El representante in situ de RCA, o un miembro del Departamento de Acceso al Paciente del hospital, ayudará al paciente a imprimir y completar la Solicitud Financiera y los Formularios Suplementarios, y dirigirá al paciente al Departamento de Consejería Financiera donde la solicitud completa y la documentación de apoyo deben ser enviadas para su revisión.

Los pacientes que califiquen para Charity Care tendrán un Nivel Federal de Pobreza (FPL) probado por los medios al 51% o por encima del 51% y a o por debajo del 200%. ($\geq 51\%$ a $\leq 200\%$)

NECESIDAD MÉDICA Y SERVICIOS CUBIERTOS

Todos los servicios deben ser médicamente necesarios para calificar para la asistencia financiera / atención de caridad. Los servicios electivos, como la cirugía estética, no califican para una designación de caridad. Los servicios elegibles se basarán en aquellos servicios para los que Medicare proporciona cobertura.

FACTURACIÓN POR PARTE DE MÉDICOS CONSULTORES Y GRUPOS DE MÉDICOS

Todos los pacientes del Hospital recibirán una Divulgación de Facturación, en el momento de la inscripción, que incluye información detallada sobre los cargos hospitalarios y la facturación (Anexo A). Además de los cargos hospitalarios, el paciente puede recibir facturas de médicos consultores y grupos médicos que participaron en su atención. Los médicos consultores y los grupos de médicos son contratistas independientes y no son empleados del hospital o clínica. Los médicos consultores y los grupos de médicos incluyen médicos de referencia, médicos asistentes y especialistas como médicos de emergencia, radiólogos, patólogos y anestesiólogos. Estos proveedores y grupos de proveedores se contratan por separado y pueden no ser proveedores de red para el plan de atención médica del paciente. Además, pueden regirse por reglas de facturación, reglamentos y procedimientos que no son los mismos que el hospital o la clínica. Pueden tener diferentes criterios para la solicitud y calificación de Charity Care. La solicitud y calificación para Charity Care en el hospital y/o clínica es independiente de cualquier solicitud y calificación que puedan requerir otros proveedores.

CANTIDADES GENERALMENTE FACTURADAS

Las personas calificadas para recibir asistencia financiera en forma de Charity Care, no se les cobrará más de las cantidades generalmente facturadas (AGB) por la atención médica de emergencia u otra proporcionada a individuos con cobertura de seguro.

A. El AGB se determina a través del "mira atrás" que se calcula revisando la cantidad total que se ha permitido como medicamento necesaria para todas las reclamaciones pasadas que han sido facturadas por el hospital o clínica a medicare tarifa por servicio y todas las aseguradoras de salud privadas que pagan reclamos al hospital en un período anterior de 12 meses. Esta cantidad puede incluir coseguro; copagos y deducibles.

B. La AGB para la atención de emergencia o medicamento necesaria proporcionada a una persona elegible se determina multiplicando los cargos por esa atención por uno o más porcentajes de cargos (porcentajes de ABG).

1. Los porcentajes de AGB se calculan al menos anualmente dividiendo la suma de atención de emergencia y otras atención medicamento necesarias que han sido permitidas por las aseguradoras de salud (tarifa por servicio de Medicare y todas las aseguradoras de salud privadas que pagan reclamos a la instalación hospitalaria) durante un período de 12 meses por la suma de los cargos asociados para esas reclamaciones

2. Se pueden calcular múltiples porcentajes de AGB para categorías separadas de atención (como atención o atención hospitalaria y ambulatoria proporcionada por diferentes departamentos) o para artículos o servicios separados

C. Los porcentajes se aplican al día 120 después del final del período de 12 meses que el centro hospitalario utilizó para calcular los porcentajes de AGB.

DIRECTRICES DE ELEGIBILIDAD

Los pacientes no asegurados y con seguro inferior a seguro que califiquen para Charity Care tendrán un Nivel Federal de Pobreza (FPL) probado por medios al 51% o por debajo del 200%. ($\geq 51\%$ a $\leq 200\%$)

Los pacientes aprobados para Charity Care recibirán atención básica en Huntsville Memorial Hospital, y/o en la Clínica Huntsville, después de recibir la aprobación previa.

El hospital utilizará las directrices de ingresos por pobreza más actuales emitidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para determinar la elegibilidad de una persona. Los lineamientos federales de pobreza se publican en el *Registro Federal* en febrero de cada año, y a los efectos de este procedimiento, la directriz actual entrará disponible el primer día del mes siguiente al mes de publicación.

PROCESO DE SELECCIÓN Y ELEGIBILIDAD

Los pacientes que califican para Charity Care deben cumplir con los siguientes criterios:

1. Debe ser ciudadano estadounidense, verificado por certificado de naturalización válido o "extranjero patrocinado"
"Una persona que ha sido legalmente admitida en los Estados Unidos para su residencia permanente bajo la Ley de Inmigración y Nacionalidad (8 U.S.C/ Sectopm 1101 et seq.) y que, como condición de admisión fue patrocinada por una persona que ejecutó un afávido de apoyo en nombre de la persona."
2. Debe proporcionar la identificación actual de Texas y la forma secundaria de identificación (tarjeta de seguro social, tarjeta de registro del votante, certificado de nacimiento)
3. Debe proporcionar prueba de los ingresos corrientes (talón de cheque, carta del empleador)
4. Debe proporcionar pruebas de los ingresos del año anterior, si está disponible (Declaración de impuestos, W-2, 1099)
5. Debe proporcionar detalles sobre cualquier ingreso adicional (manutención de niños, SNAP, vivienda, cartas de apoyo de los miembros de la familia)
6. Debe demostrar que el costo del seguro de atención médica ofrecido por el empleador y/o los programas de intercambio de atención médica excede el 8% de los ingresos anuales totales;

Las personas que califican para Charity Care pueden recibir beneficios como se describe en el Resumen del Lenguaje Llano (Anexo E), a un costo mínimo. Huntsville Memorial Hospital and Clinic requiere copagos de \$10.00 por visita a la clínica y para servicios de laboratorio y/o radiología basados en hospitales.

Huntsville Memorial Hospital es una corporación sin fines que ofrece Charity Care. El hospital no discriminará por motivos de raza, ascendencia, religión, origen nacional, edad, discapacidad, género o identidad de género en su consideración de la calificación de un paciente para la Atención benéfica.

Los aplicantes deben cooperar plenamente y cumplir con los requisitos de elegibilidad para cualquier otro programa de atención médica para el cual puedan ser calificados antes de su evaluación para Charity Care. La asistencia federal y/o estatal puede estar disponible para aquellos que cumplan con los requisitos. Antes de que se considere Charity Care, todas las vías de asistencia disponibles de terceros pagadores deben agotarse.

Todos los servicios deben ser médicamente necesarios para calificar para la asistencia financiera / atención de caridad. Los servicios electivos, como la cirugía estética, no califican para una designación de caridad. Los servicios elegibles se basarán en aquellos servicios para los que Medicare proporciona cobertura.

1. VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Los pacientes o la parte responsable deben verificar los ingresos netos reportados en la Solicitud de Asistencia Financiera y formularios de cribado suplementario de acuerdo con los Requisitos de Documentación establecidos a continuación.

(a) DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

El Hospital obtendrá un informe de crédito sobre los pacientes para validar la necesidad de asistencia financiera. La documentación de elegibilidad se mantendrá en el expediente financiero del paciente. Además del informe de crédito, el Hospital requiere los siguientes documentos:

- 1) el nombre completo y la dirección de los solicitantes;
- 2) el número de seguro social del solicitante, si está disponible;
- 3) el número de personas en el hogar del solicitante, excluyendo a las personas que reciben asistencia temporal para necesitados Familias, ingresos suplementarios de seguridad o beneficios de Medicaid;
- 4) el condado de residencia del solicitante;
- 5) la existencia de cobertura de seguro u otro hospital o beneficios de atención médica para los que el solicitante es elegible;
- 6) cualquier transferencia de título a bienes inmuebles que el solicitante ha hecho en los 24 meses anteriores;
- 7) los ingresos familiares anuales del solicitante, excluyendo la ingresos de cualquier miembro del hogar que reciba Asistencia Temporal para familias necesitadas, ingresos suplementarios de seguridad o Medicaid beneficios; y
- 8) el importe de los activos líquidos de la demandante y el capital valor del coche y la propiedad real del solicitante.

Los documentos adicionales incluyen:

- (1) Formulario W-2 del IRS;
- (2) Declaración salarial y de ganancias;
- (3) Remesa de cheques de pago;
- (4) Declaraciones de impuestos individuales
- (5) Seguro de desempleo;
- (6) Carta de adjudicación del Seguro Social, o copia del cheque del Seguro Social:

- (7) Verificación telefónica por parte del empleador de los ingresos del paciente;
- (8) Carta de la Administración de Veteranos, o copia del cheque del VA;
- (9) Declaración de discapacidad del médico que enumera el plazo de discapacidad y documentación o prueba de tres o más meses sin ingresos para el período de discapacidad;
- (10) Cuentas y registros bancarios; o
- (11) Otros indicadores apropiados de ingresos anuales, mensuales, semanales o por hora.

(b) DOCUMENTACIÓN NO DISPONIBLE

En los casos en que un paciente no puede proporcionar documentación que verifique ingresos, el Hospital puede verificar los ingresos del paciente solicitando una explicación de por qué el paciente no puede proporcionar documentación que verifique los ingresos, y:

- i. Obtención de la certificación escrita del paciente. Al hacer que el paciente o la parte responsable firmen la Solicitud de Asistencia Financiera que acredite la veracidad de la información de ingresos proporcionada; o
- ii. Obtención de la Certificación Verbal del Paciente. A través de la certificación escrita del personal del hospital completando la Solicitud de Asistencia Financiera que el paciente verificó verbalmente el cálculo del Hospital de los ingresos reportados en la Solicitud de Asistencia Financiera.

Cuentas De minimis. Si la cuenta del paciente es de valor *de minimis*, no exceder \$500.00, el Hospital puede verificar los ingresos del paciente reportados por el paciente en la Solicitud de Asistencia Financiera por:

- i. Obtención de la certificación escrita del paciente. Obtención de una Solicitud de Asistencia Financiera firmada por el paciente que acredite la veracidad de la información de ingresos proporcionada; y
- ii. Documentando esfuerzos para obtener documentación. Documentando dos intentos del Hospital para obtener documentación del paciente verificando los ingresos.

2. PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN

Al determinar los ingresos totales de un paciente, el personal del hospital determinará los ingresos anuales del solicitante, así como los ingresos mensuales del solicitante de una o más fuentes de documentación (enumeradas en 6(a) supra) que el solicitante proporcione. Los ingresos anuales del solicitante proporcionarán la base para determinar la elegibilidad. El hospital también puede considerar otros activos financieros y pasivos del paciente, así como los ingresos familiares del paciente y la capacidad de pago de la familia del paciente. Si se determina que un paciente tiene la capacidad de pagar el resto de la factura, esa determinación no impide una reevaluación de la capacidad del paciente para pagar al presentar documentación adicional.

3. CLASIFICACIÓN PENDIENTE DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Durante el proceso de verificación, mientras el hospital está recopilando la información necesaria para determinar los ingresos de un paciente, el paciente puede ser tratado como un paciente de pago privado de acuerdo con las políticas del Hospital hasta el momento en que el hospital recibe documentación que verifica la elegibilidad del paciente para la atención de caridad o prueba de que el paciente es elegible para participar en un programa de beneficios públicos (como se hace referencia en la sección 6(b) anterior).

4. FALSIFICACIÓN DE INFORMACIÓN

La falsificación de información puede resultar en la denegación de la Solicitud de Asistencia Financiera. Si, después de que se le concede asistencia financiera a un paciente, el Hospital considera que las provisión(s) materiales de la Solicitud de Asistencia Financiera son falsas, el estatus de atención caritativa puede ser revocado y la asistencia financiera puede ser retirada.

5. APROBACIÓN ADMINISTRATIVA Y NIVELES DE AUTORIDAD

Las solicitudes serán revisadas y aprobadas por el Gerente o Director designado, en pleno cumplimiento de las pólizas aplicables, a las que se hace referencia en el cuerpo de este documento.

6. CALIFICACIÓN AUTOMÁTICA

Se considera que las siguientes categorías de pacientes no tienen ingresos anuales y calificarán automáticamente para la atención de caridad y recibirán un 100% de descuento en los cargos:

- (a) Los pacientes que califican bajo el modelo de elegibilidad presuntiva, a través de la puntuación de créditos de ingresos y estimaciones federales de límites de pobreza;
- (b) Pacientes que han fallecido sin ningún patrimonio en sucesiones;
- (c) Pacientes determinados a no tener hogar

7. PROCESO DE NOTIFICACIÓN

El proceso de revisión, aprobación o denegación de la solicitud, y la notificación de la decisión por parte del paciente no tardarán más de catorce (14) días para Charity Care. Este período de tiempo comienza en la fecha en que se recibe una solicitud completa y documentación de soporte.

Todos los pacientes que hagan la solicitud de Atención Benéfica recibirán una carta indicando si la solicitud fue aprobada o denegada.

8. DURACIÓN

Los solicitantes calificados serán aprobados por un período de seis meses a partir de la primera fecha de los servicios aplicables. A partir de entonces, el paciente deberá volver a solicitarlo.

9. SOLICITUDES DENEGADAS

El Hospital proporcionará un proceso de apelación para las solicitudes de denegadas. Las apelaciones deben documentarse formalmente a través de la Solicitud de Asistencia Financiera para apelación (Anexo F). Este documento será entregado a los solicitantes denegados por el Consejero Financiero del Hospital. El Consejero Financiero proporcionará al paciente asistencia para completar el recurso formal y en la presentación del recurso ante el Director Financiero del Hospital para su consideración.

10. POLÍTICAS DE RECOPIACIÓN Y RETENCIÓN DE DOCUMENTOS

El Hospital mantendrá documentación suficiente para identificar a cada paciente que reciba atención benéfica, para incluir los ingresos del paciente, el método utilizado para verificar los ingresos del paciente, la cantidad adeudada por el paciente y la persona que aprobó la solicitud de Atención Benéfica. El personal del hospital creará un archivo electrónico en forma de documentos escaneados anexados a las cuentas de pacientes aplicables. Los siguientes elementos se incluirán en el archivo electrónico:

- a) Solicitud completada (Formulario 100 del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas - acceso a través del enlace a continuación) y Formulario Suplementario (Anexo G)
www.dshs.state.tx.us/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=8590001321
- b) Calculadora y Formulario de Aprobación de Cuidado de Caridad Completado, firmado por el preparador, así como el revisor que autoriza Charity Care y la cantidad de dicha atención;
- c) Documentación que proporcione pruebas de información sobre ingresos financieros;
y
- d) Cualquier otra información proporcionada para fundamentar la necesidad de los pacientes y la elegibilidad para Charity Care

Si el paciente no ha proporcionado toda la documentación requerida dentro de los diez (10) días posteriores a la solicitud, el personal del hospital se pondrá en contacto con el paciente para solicitar la documentación que falta, y el seguimiento periódicamente a partir de entonces hasta que se complete el archivo del paciente. Si el expediente del paciente no está completo y el Hospital no puede determinar la elegibilidad dentro de los catorce (14) días, el Hospital considerará que la solicitud es inválida, y las cuentas hospitalarias y/o clínicas del paciente seguirán siendo de pago por cuenta propia.

11. PUBLICACIÓN DE LA POLÍZA

La Políza de Asistencia Financiera para la Atención de Caridad del hospital está disponible para el público a través de internet del Hospital Memorial Huntsville en www.huntsvillememorial.com. Además, la política se publica en todos los grupos de registro del hospital, incluidos los ingresos principales y los ingresos de emergencia. El Departamento de

Admisiones proporcionará una copia en papel de la póliza a cualquier persona que solicite una copia.

12. RESERVA DE DERECHOS

El Hospital se reserva el derecho de limitar o denegar la asistencia financiera

Referencias:

Poliza del Hospital Memorial de Huntsville:

Poliza de Asistencia Financiera, LAW004.01

Poliza de Cobro de Cuentas, LAW004.02

Poliza de planes de descuento y pago, LAW004.3

Poliza de Consejería Financiera, LAW004.04

Poliza relativa a la amplia publicidad de la política de asistencia financiera, LAW004.05

Departamento del Tesoro, Servicio de Impuestos Internos 26 CFR Partes 1, 53 y 602; Sección 501(r) 4 th hasta 6 del CHNA; Política de Asistencia Financiera y Política de Atención Médica de Emergencia – Sección 501(r)(4)

www.irs.gov/irb/2015-5_IRB/ar08.html

para. Pp. GEN.008 – Niveles de autoridad

Procedimiento de Parallon para procesar pagos, ajustes y transacciones de derechos de emisión/niveles de autoridad

Ley de Inmigración y Nacionalidad (8 U.S.C/ Sectopm 1101 et seq.)

<https://www.uscis.gov/legal-resources/immigration-and-nationality-act>

Accesorios:

Adjunto A – Divulgación de facturación de HMH (inglés y español)

Anexo B – Directrices de descuento de elegibilidad de asistencia financiera del hospital; Nivel federal de pobreza de CY

Anexo C – Requisitos de solicitud – Cuidado de caridad

Adjunto D – Calculadora de Determinación de Asistencia Financiera HMH y formulario de aprobación (solo interno/ propietario)

Adjunto E - Asistencia financiera para el cuidado de caridad - Resumen del lenguaje simple

Anexo F – Solicitud de apelación – Cuidado de caridad

Anexo G – Formulario de cribado suplementario

Anexo H – Poliza de gobierno

Poliza del Hospital Memorial de Huntsville:

Poliza de Asistencia Financiera, LAW004.01

Poliza de Cobro de Cuentas, LAW004.02

Poliza de planes de descuento y pago, LAW004.3

Poliza de Consejeria Financiera, LAW004.04

Poliza relativa a la amplia publicidad de la politica de asistencia financiera,
LAW004.05

Formas:

Aplicación: www.dshs.state.tx.us/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=8590001321

*fin