



Creación: 08/09/2001

Última aprobación: 15/08/2017

Última revisión: 15/08/2017

Próxima revisión: 14/08/2020

Propietario: Richard Felbinger:
Senior VP/ CFO

Ámbito de actuación: Liderazgo - Finanzas

Aplicabilidad: Borgess Health

Borgess Ambulatory
ServicesBorgess Medical Center
Borgess Pipp HospitalBorgess-Lee Memorial
Hospital

Asistencia financiera para Pacientes

OBJETIVO:

Borgess Health y sus compañías relacionadas, incluyendo Borgess Medical Center, Borgess Pipp Hospital, Borgess-Lee Memorial Hospital y Borgess Medical Group (colectivamente denominados "Borgess").

PROPÓSITO:

Establecer la política y procedimientos para prestar asistencia financiera a los pacientes los pacientes elegibles.

POLÍTICA:

Esta es la política de *Borgess Health* (de ahora en adelante "la Organización") para garantizar la provisión de servicios de emergencia socialmente justos u otros servicios médicos necesarios en las instalaciones de la Organización Esta política se ha diseñado específicamente para solucionar problemas de adjudicación de ayudas financieras para pacientes que reciben ayuda de la organización y necesitan ayuda financiera.

1. Toda ayuda financiera reflejará nuestro compromiso y reverencia por la dignidad humana de cada individuo y por el bien común, nuestra especial preocupación y solidaridad por las personas que viven en la pobreza y otras personas vulnerables, y nuestro compromiso para conseguir una justicia y administración distributivas.
2. Esta política aplica a todos los servicios médicos y de emergencias que provee la Organización, incluyendo servicios prestados por médicos contratados y de salud conductual. Esta política no aplica a los acuerdos de pago por procedimientos opcionales o cuidados que no sean de emergencia o necesarios desde un punto de vista médico.
3. La Lista de proveedores *cubiertos por la política de asistencia financiera* proporciona un listado de proveedores que ofrecen cuidado dentro de las instalaciones de la Organización y especifica cuáles están cubiertos por la política de asistencia financiera y cuáles no.

Definiciones

Las siguientes definiciones se aplicarán en esta política:

- "501(r)" significa Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos (*Internal Revenue Code*) y los reglamentos promulgados en virtud de la misma.
- "Cantidad generalmente facturadas" o "AGB"(por sus siglas en inglés). Se refiere a la cantidad que

se factura a individuos con cobertura de un seguro que cubra este tipo de atención, en el contexto de emergencias y asistencia médica.

- **"Comunidad"** se refiere a *Kalamazoo y Cass Counties*.
- **"Cuidados de emergencia"** significa cuidados para tratar un problema médico que se manifiesta mediante síntomas agudos de tal gravedad (incluido el dolor intenso, trastornos psiquiátricos o síntomas de abuso de sustancias) que, de no recibir atención médica inmediata, parecería razonable esperar que desembocaran en lo siguiente:
 1. poner en grave peligro la salud del individuo o del niño(a) no nacido,
 2. incapacitación seria de las funciones corporales,
 3. disfunción seria de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- **"Atención médica necesaria"** se refiere al cuidado que se considere médicamente necesario prescrito por un médico licenciado. Si otro médico dictaminara que la atención médica solicitada por un paciente cubierto por esta política no fuera realmente necesaria, Si otro médico dictaminara que la atención médica solicitada por un paciente cubierto por esta política no fuera realmente necesaria, el médico de admisión o de referencia deberá corroborar esta última determinación.
- **"Organización"** se refiere a *Borgess Health*.
- **"Paciente"** se refiere a aquellas personas que reciben los cuidados de emergencia o médicamente necesarios en la Organización y a la persona que es responsable financieramente del cuidado del paciente.

Asistencia financiera prestada

1. Los pacientes con ingresos iguales o menores de 250% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), tendrán derecho al 100% de descuento de sus cuidados por beneficencia en la parte de los gastos por servicios que aquel paciente sea responsable, si los hubiera
2. Como mínimo, los pacientes con ingresos superiores al 250% del FPL, pero que no sobrepasen el 400% del FPL, recibirán un descuento progresivo de sus cuidados por beneficencia en la parte de los gastos por servicios que aquel paciente sea responsable, si los hubiera. A los pacientes con derecho a un descuento progresivo no se les cobrará más de la AGB. El descuento progresivo se efectuará de la siguiente manera:

Tamaño del hogar	Cuidado benéfico		Programa de asistencia financiera				Medios para pagar sin seguro
FPL	100%	200%	250%	300%	350%	400%	> 400%
% asistencia	100%	100%	90%	85%	80%	75%	71%

Un

paciente con derecho al descuento progresivo recibirá también un descuento por pronto pago del 10% si paga el costo total antes de 30 días desde la fecha de la primera factura. Un paciente asegurado con derecho al descuento progresivo recibirá también un descuento por pronto pago del 10% sobre servicios no cubiertos si paga el costo total antes de 30 días desde la fecha de la primera factura. Ahora bien, un paciente asegurado no tendrá derecho a un descuento por pronto pago en importes desgravables o afectados por un copago o coaseguro.

3. Los pacientes con ingresos superiores al 400% del FPL, pero con necesidades económicas demostrables, podrán beneficiarse de un descuento sobre los gastos por los servicios de la Organización siempre que pasen una "prueba de recursos" (*Means Test*) para hacer una evaluación sustantiva de su capacidad para pagar. Para determinar si se concede la ayuda, esta prueba tendrá en cuenta los gastos del paciente, los ingresos de su hogar y los balances de facturas médicas.
4. Si un paciente tiene cierto plan de seguros que considera a la organización "fuera de red", la Organización puede reducir o denegar la ayuda financiera a la que de otra forma hubiera tenido derecho el paciente después de analizar la información de su seguro y otros datos y circunstancias pertinentes.
5. Se podrá determinar quién puede beneficiarse de la asistencia financiera en cualquier momento del ciclo de facturación, y para ello puede que se recurra a un proceso de calificación presuntiva, aún si el solicitante no pudiera rellenar el formulario de asistencia financiera ("*FAP Application*").

- a. Se puede proveer asistencia financiera presuntiva a un 100% del nivel de cuidados benéficos en las situaciones siguientes:
 - i. Pacientes fallecidos en cuyo caso el Ministerio de Sanidad haya verificado que no hay patrimonio ni cónyuge sobreviviente.
 - ii. Pacientes que son elegibles para beneficiarse del Medicaid de otro estado en el que el Ministerio de Sanidad no provee sus servicios ni tiene la intención de hacerlo
 - iii. Pacientes que reúnen los requisitos para otros programas de asistencia gubernamentales, como cupones para alimento, subsidio para vivienda o el programa especial de nutrición suplementaria para mujeres, infantes y niños (WIC, por sus siglas en inglés).
6. Para cualquier pago pendiente se deberá determinar si el paciente en situación de necesidad puede beneficiarse de la asistencia financiera.
7. El periodo de validez de una solicitud cumplimentada será de 12 meses desde la fecha de su firma, a menos que el estatus financiero del paciente cambiará significativamente, en cuyo caso se rellenará una nueva solicitud con la información actualizada.
8. El proceso para que pacientes y familiares puedan apelar la decisión de la Organización sobre si puede o no acceder a la asistencia financiera será el siguiente:
 - A. Se enviará una carta al paciente que solicite la asistencia de beneficencia notificándole quién es su consejero financiero designado para examinar su caso. Cualquier petición de apelación se debe presentar por escrito dentro de 14 días naturales desde la recepción de la carta de notificación del resultado, se deberá dirigir al consejero financiero especificado en notificación (*Decision letter*).
 - B. El comité de apelaciones de asistencia financiera de *Borgess Health*, y las decisiones finales se enviarán por escrito al paciente o familiar que haya solicitado la apelación.

Otros tipos de ayuda para pacientes que no reúnen los requisitos para recibir ayuda financiera

Los pacientes que no reúnan los requisitos para recibir la ayuda financiera descrita arriba, quizás puedan recibir otro tipo de ayudas ofrecidas por la Organización. La siguiente es una lista exhaustiva de los tipos de ayuda disponible, aunque no tiene en cuenta la necesidad ni pretende estar sujeta a la 501 (r), se incluyen en este documento para beneficio de la comunidad a la que sirve *Borgess Health*.

1. A los pacientes sin seguro que no reúnen los requisitos para recibir ayuda financiera se les aplicará un descuento basado en el descuento que se aplique al pagador que más pague a esa organización. Este pagador deberá tener por lo menos el 3% de los pacientes de la Organización, medido según el volumen o los ingresos brutos de los pacientes. Si ningún pagador alcanza el nivel mínimo de volumen requerido por sí mismo, se hará una media con más de un pagador con el fin de que la cantidad utilizada para hacer el cálculo sea como mínimo el 3% del volumen de los ingresos de la Organización en el año corriente.
2. A los pacientes sin seguro que no reúnen los requisitos para recibir ayuda financiera se les aplicará un descuento por pronto pago del 10% si pagan el costo total antes de 30 días desde la fecha de la primera factura. Los pacientes con seguro pero que no reúnan los requisitos para recibir ayuda financiera recibirán un descuento por pronto pago del 10% en servicios no cubiertos si pagan el costo total antes de 30 días desde la fecha de la primera factura, pero estos pacientes no podrán solicitar un descuento por pronto pago en saldos relacionados con copago, gastos deducibles o coasegurados.

Límites en los cargos a pacientes que reúnen los requisitos para recibir ayuda financiera

A los pacientes que reúnan los requisitos para recibir ayuda financiera no se les cobrará individualmente más del AGB para cuidados médicos o de emergencia, ni más del total bruto por todos los demás servicios médicos. La Organización calculará dos promedios de AGB: uno para pacientes de la organización y otro para pacientes de afuera. En ambos casos se usará un método de actualización e incluirá los servicios *fee-for-service* de Medicare y todas las aseguradoras médicas que requieran cobrar de la Organización, según la 501 (r). Para obtener una copia gratuita del cálculo del AGB y el porcentaje, solicítela por escrito en el Departamento financiero (*Finance department*), o llame al (269) 226-8301.

Cómo solicitar la asistencia financiera u otro tipo de asistencia

Un paciente puede calificar para recibir asistencia financiera mediante un sistema automático de puntaje o

puede solicitar dicha asistencia rellenoando una solicitud FAP. Se podrá denegar la ayuda al paciente si hallara información falsa en la solicitud FAP o en el proceso de puntaje. La solicitud FAP junto con las instrucciones para rellenoarla pueden obtenerse en línea en www.borgess.com o se pueden solicitar por teléfono en el (269) 553-3915 o (877) 563-9518.

Facturación y cobro

Las acciones que puede tomar la Organización en casos de impago se describen en la *Política de facturación y cobro*. Puede obtener una copia gratuita de dicha política solicitándola por escrito al *Revenue Cycle Director*.

Interpretación

Esta política pretende atenerse a la 501 (r), excepto donde se indique lo contrario. Esta política, junto con todos los procedimientos aplicables, será interpretada y aplicada según la 501 (r) a menos que se indique lo contrario.

Proveedores

Consulte www.borgess.com para obtener un listado de proveedores que prestan cuidados dentro de las instalaciones de la Organización que especifica cuáles están cubiertos por la política de asistencia financiera y cuáles no.

POLÍTICAS RELACIONADAS:

Ninguna

REFERENCIAS:

1. Sección 501 (r) del Código de Impuestos Internos (*Internal Revenue Code*).

ADJUNTO:

Nada

Esta política solo será efectiva durante 48 horas

Fechas de revisión (todas):

15/08/2017, 24/02/2015

ADJUNTO:

Firmas de aprobación

Aprobado por	Fecha
Kathy Young: CEO/President Borgess Health	8/15/2017
Susan McDonald: Corporate Responsibility Officer	8/15/2017
Richard Felbinger: Senior VP/CFO	8/14/2017
Karri Fuller: Executive Secretary	8/14/2017
Susan McDonald: Corporate Responsibility Officer	8/14/2017