



Current Status: *Active*

PolicyStat ID: 5856713



Creation: 01/2019
Last Approved: 01/2019
Last Revised: 01/2019
Expiration: 01/2021
Owner: *Thomas Sledge: CEO*
Policy Area: *Finance*
References:

Financial Assistance- Spanish Version

DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

El hospital deberá contribuir recursos, representación y apoyo comunitario apropiado para promover el estado de salud de la comunidad que sirve, dentro de su capacidad económica para hacerlo. Se brindará asistencia financiera a aquellos pacientes que hayan demostrado la incapacidad para pagar. El propósito de esta política es establecer los criterios para determinar si la cuenta de un paciente califica para recibir asistencia financiera. El monto de la asistencia financiera que se hará disponible, además de cualquier otro cambio a esta política, será evaluado y determinado por el Director Ejecutivo del hospital cada año, y se apegarán a las guías federales y estatales para establecimientos exentos de impuestos y sin fines de lucro, como sea aplicable. El monto de la asistencia financiera, así como los demás términos de esta política podrán ser cambiados por el Director Ejecutivo del hospital, sujeto a la aprobación de Community Hospital Corporation [Corporación de Hospital Comunitario].

PROCESO

1. **No Discriminación.** El hospital es una corporación sin fines de lucro que ofrece asistencia financiera a pacientes calificados. El hospital no discriminará en base a raza, ascendencia, religión, origen nacional, estado de ciudadanía, edad, discapacidad o género al momento de determinar si un paciente califica o no para recibir asistencia financiera.
2. **Clasificación de pacientes.** La clasificación de un paciente como elegible para recibir asistencia financiera ocurrirá cuando se haya recibido suficiente información para verificar la incapacidad del paciente para pagar los servicios médicos necesarios, y lo antes posible después de que el paciente primero se presenta para servicios o indica su incapacidad de pagar por los servicios. A fin de cuentas, es la responsabilidad del paciente brindar la información necesaria para calificar para recibir asistencia financiera.
3. **Otras fuentes de pago.** Los pacientes deberán cooperar por completo con los requisitos de elegibilidad para otros programas del cuidado de la salud para los cuales podrían calificar. Asistencia federal y/o estatal podría estar disponible para aquellos que cumplan con los requisitos. Antes de que se brinde asistencia financiera, se deberán haber agotado todas las fuentes de asistencia de terceros pagadores.
4. **Necesidad Médica.** Esta política aplica para todos los cuidados de emergencia y medicamento necesarios brindados en este hospital o en cualquier entidad significativamente relacionada. Todos los servicios deberán ser médicamente necesarios para calificar para recibir asistencia financiera (por ejemplo, los servicios electivos como la cirugía cosmética no califican para recibir asistencia financiera).

Los servicios elegibles se basarán en aquellos servicios por los cuales Medicare brinda cobertura.

5. **Criterios de elegibilidad.** Todos los pacientes podrán solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante el transcurso del tratamiento o después de haber recibido el tratamiento. La situación de cada paciente será evaluada de acuerdo a las circunstancias relevantes, como ingresos, activos u otros recursos disponibles para el paciente o para la familia del paciente al momento de determinar la capacidad para pagar el saldo pendiente de pago de la cuenta del paciente. Tomando esta información en cuenta, se utilizan las Guías de Elegibilidad para Descuentos de Asistencia Financiera (Apéndice A) para determinar la cantidad, si existe, del saldo pendiente de pago de la cuenta del paciente (en base a los cargos brutos) se descontará después del pago de terceros pagadores. **FAVOR DE NOTAR: La asistencia financiera que se ofrece bajo esta política no aplica para honorarios médicos o de otros profesionales que se facturen por separado de los cargos del hospital. El hospital se reserva el derecho de restringir aún más los servicios cubiertos por esta política.**
6. **Método para solicitar u obtener asistencia financiera.**
 - a. **Proceso de solicitud.** La solicitud de asistencia financiera puede iniciarse por un paciente que solicite asistencia en persona, por teléfono llamando al 940-612-8389, por correo a 1900 Hospital Blvd., Gainesville, Texas 76240, o por medio del sitio web del hospital en www.ntmconline.net. Además, el hospital también puede iniciar una solicitud de asistencia financiera en nombre del paciente.
 - b. **Presunta elegibilidad para asistencia financiera.** El hospital podrá revisar los informes de crédito y otra información disponible para el público para determinar, de acuerdo con los requisitos legales aplicables, el tamaño estimado del hogar y los montos de ingresos para las bases de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera cuando un paciente no proporciona una solicitud de asistencia financiera ni documentación de respaldo.
 - c. **Ayuda con el proceso de solicitud.** Los asesores financieros del hospital están disponibles para responder preguntas y brindar información sobre esta política y para ayudar con el proceso de solicitud de asistencia financiera. Los asesores financieros del hospital están disponibles de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. de lunes a viernes llamando al 940-612-8389.
7. **Duración de la elegibilidad.** Una vez que se haya aprobado la asistencia financiera, seguirá en vigor para todas las cuentas pendientes de pago del paciente y para todos los servicios brindados durante un periodo de seis (6) meses a partir de la fecha en que se firme la solicitud de asistencia financiera por el paciente o por la parte responsable o por un empleado del hospital ("Fecha de finalización"). La asistencia financiera podrá extenderse por seis (6) meses adicionales con una afirmación de los ingresos del paciente o con ingresos y tamaño del hogar estimados. Todos los pacientes deberán presentar una solicitud nueva después de que el periodo inicial de doce (12) meses haya terminado. La aprobación bajo la sección 6(b) arriba únicamente aplicará a la(s) fecha(s) de servicio en el saldo de la cuenta del paciente que está siendo evaluada. La elegibilidad no aplicará para cuentas de futuras fechas de servicio.
8. **Bases para calcular las cantidades facturadas; cantidades generalmente facturadas.** El nivel de asistencia financiera se basará en una clasificación como "Financieramente sin recursos" o "medicamente sin recursos" o "catastróficamente médicamente sin recursos", como se definen a continuación. En todas las situaciones, una vez que se haya determinado que el paciente califica para recibir asistencia financiera, a esa persona no se le cobrará por tratamientos de emergencia o médicamente necesarios que las **cantidades que generalmente se cobran** a personas que cuentan con seguro que cubre dicho tratamiento ("AGB"). Para determinar las AGB, el hospital inicialmente ha elegido utilizar el "método retrospectivo" en el cual los porcentajes de AGB se basan en tarifas por

servicio de Medicare y todos los seguros privados como el pagador principal, tal y como se detalla en el Código del Departamento de Rentas Internas (*IRC; Internal Revenue Code*) sección 501(r). El hospital, de acuerdo con los reglamentos aplicables, podrá cambiar la metodología para calcular los AGB en el futuro. Información sobre los cálculos de AGB del hospital pueden obtenerse sin costo alguno llamando al 940-612-8389.

9. **Financieramente sin recursos.** "Financieramente sin recursos" significa un paciente cuyo ingreso anual del hogar (como se define a continuación) es menor que o igual al 200% de las Guías Federales de Pobreza ("FPG"). Estos pacientes financieramente indigentes son elegibles para un descuento del 100% sobre los saldos pendientes de pago en las cuentas del paciente como se describe en la Parte 1 de las Guías para determinar elegibilidad para descuentos de asistencia financiera (Apéndice A).
10. **Médicamente sin recursos.** "Médicamente sin recursos" significa un paciente cuyos recibos médicos u hospitalarios de todos los proveedores relacionados o no relacionados, después del pago por todos los terceros, supera el 10% del ingreso anual del hogar de dicho paciente, cuyo ingreso anual del hogar es mayor que el 200% pero menor que el 400% del FPG, y quien no es capaz de pagar el saldo pendiente de pago en la cuenta del paciente. Estos pacientes médicamente sin recursos son elegibles para recibir un descuento en los saldos pendientes de pago en las cuentas del paciente como se describe en la Parte 2 de las Guías para determinar elegibilidad para descuentos de asistencia financiera (Apéndice A).
11. **Catastróficamente médicamente sin recursos.** "Catastróficamente médicamente sin recursos" significa un paciente cuyos recibos médicos u hospitalarios de todos los proveedores relacionados o no relacionados, después del pago por todos los terceros, supera el 10% del ingreso anual del hogar de dicho paciente, cuyo ingreso anual del hogar es mayor que el 400% del FPG, y quien no es capaz de pagar el saldo pendiente de pago en la cuenta del paciente. Estos pacientes médicamente sin recursos son elegibles para recibir un descuento en los saldos pendientes de pago en las cuentas del paciente como se describe en la Parte 3 de las Guías para determinar elegibilidad para descuentos de asistencia financiera (Apéndice A).
12. **Guías para determinar elegibilidad para descuentos de asistencia financiera.** Las guías para determinar elegibilidad para descuentos de asistencia financiera se adjuntan y forman parte de esta política (Apéndice A). El método para determinar los porcentajes apropiados de descuento se revisarán cada año para asegurar que los saldos pendientes de pago en las cuentas de los pacientes después del descuento no exceden los AGB.
13. **Determinación de elegibilidad para recibir asistencia financiera.** La determinación de elegibilidad para recibir asistencia financiera será de acuerdo con procedimientos que podrían incluir (a) un proceso de solicitud, en el cual el paciente o el fiador del paciente deberá presentar información y documentación relevante para llegar a una determinación de necesidad financiera; y/o (b) el uso de informes de crédito y demás información disponible para el público que brinden información sobre la capacidad para pagar de un paciente o de su fiador.
14. **Ingreso anual del hogar y tamaño del hogar.** Si el paciente es un adulto, el "Ingreso anual del hogar" significa la suma del total ingreso bruto anual o el ingreso anual estimado del paciente y del cónyuge del paciente y "tamaño del hogar" incluye al paciente, al cónyuge del paciente y a cualquier dependiente (como lo define la IRC). Si el paciente es un menor de edad, el "ingreso anual del hogar" significa la suma del ingreso total anual bruto o el ingreso anual estimado del paciente, de la madre y/o el padre del paciente, y el "tamaño del hogar" incluye al paciente, a la madre y/o el padre del paciente, a los dependientes de la madre y a los dependientes del padre del paciente.
15. **Verificación de ingresos.** Los ingresos del hogar se documentarán por medio de cualquiera de los siguientes mecanismos:

- a. **Documentación de terceros.** Por la provisión de documentación financiera de terceros, incluyendo el Formulario W-2 del Departamento de Rentas Internas (Declaración de Ingresos y de Impuestos); comprobante de pago del cheque de nómina; declaración individual de impuestos; verificación telefónica por parte del empleador; estados de cuenta bancaria; comprobante de pago del seguro social; comprobante de pago de compensación laboral; notificación de pago del seguro por desempleo; cartas de determinación de compensación por desempleo; respuesta tras una búsqueda de crédito y demás información disponible al público; u otros indicadores apropiados de los ingresos del paciente. La documentación de terceros provista bajo esta sub-sección se manejará de acuerdo con los procedimientos de seguridad de datos del hospital y los requisitos para asegurar la información protegida de salud.
 - b. **Verificación escrita.** En casos en los que la documentación de terceros no esté disponible, la verificación de los ingresos anuales del hogar del paciente se podrá realizar (i) obteniendo una solicitud de asistencia financiera firmada por el paciente testificando sobre la veracidad de la información sobre los ingresos del paciente proporcionada, o (ii) por medio de la testificación escrita del empleado del hospital que complete la solicitud de asistencia financiera indicando que el paciente o la parte responsable verificó verbalmente la información proporcionada sobre los ingresos del paciente.
En cualquier instancia en la que el paciente o la parte responsable no sea capaz de proporcionar la verificación de los ingresos del paciente por parte de terceros que se solicita, el paciente o la parte responsable tendrá que dar una explicación razonable del motivo por el cual el paciente o la parte responsable no es capaz de proporcionar la verificación requerida de terceros. Se realizarán intentos razonables para verificar la testificación del paciente y la información adicional.
16. **Pacientes fallecidos.** Pacientes fallecidos, sin un cónyuge que los sobreviva, podrán considerarse como no teniendo ingreso alguno para efectos del cálculo del ingreso anual del hogar. No se requiere documentación de ingresos para pacientes fallecidos; sin embargo, podría ser necesario presentar documentación sobre los activos del patrimonio. El cónyuge sobreviviente de un paciente fallecido podrá solicitar asistencia financiera.
17. **Descalificación para recibir asistencia financiera.** La descalificación después de que se haya aprobado la asistencia financiera puede ocurrir por motivos que incluyen, más no de manera limitativa, uno o más de los siguientes:
- a. **Falsificación de datos.** Asistencia financiera podrá negarse al paciente si el paciente o la parte responsable proporciona información falsa incluyendo información sobre los ingresos, sobre el tamaño del hogar, o sobre activos u otros recursos disponibles que pudieran indicar la capacidad financiera para pagar por el tratamiento.
 - b. **Acuerdo con terceros.** Se negará la asistencia financiera si el paciente recibe una liquidación (finiquito) de terceros relacionado con el tratamiento brindado en el hospital. El paciente deberá utilizar los fondos de la liquidación (finiquito) para liquidar cualquier saldo pendiente de pago en las cuentas del paciente.
18. **Relación con la política de cobranza de cuentas.** Durante el proceso de verificación, mientras se recolecta información para determinar los ingresos del paciente, el paciente podría ser tratado como un paciente de pago privado de acuerdo con otras políticas del hospital, incluyendo la política de cobranza de cuentas. Una copia de la política de cobranza de cuentas del hospital puede obtenerse sin costo alguno llamando al 940-612-8389 o acudiendo al hospital en persona. Una vez que la cuenta del paciente se haya reducido por los descuentos basados en las Guías para determinar elegibilidad para descuentos de asistencia financiera (Apéndice A), el paciente es responsable por el monto restante del

saldo por pagar de la cuenta del paciente, que no deberá superar el AGB. Una vez que el paciente ha calificado para recibir asistencia financiera, el hospital no procederá con los procedimientos de cobranza por la cantidad que haya calificado para asistencia financiera. El paciente será responsable por cualquier monto restante de acuerdo con la política de cobranza de cuentas del hospital.

19. **Co-pagos.** El hospital se reserva el derecho de facturar y cobrar a los pacientes que califiquen para recibir asistencia financiera un co-pago razonable por los servicios brindados.
20. **Relación con EMTALA y otras políticas.** ESTA POLÍTICA NO AFECTA LA OBLIGACIÓN DEL HOSPITAL BAJO LA LEY DE TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA Y DE LABOR ACTIVA (EMTALA). ESTA POLÍTICA TAMPOCO ALTERA O MODIFICA OTRAS POLÍTICAS RELACIONADAS CON LOS ESFUERZOS PARA RECOLECTAR PAGOS DE TERCEROS PAGADORES.
21. **Proveedores cubiertos y no cubiertos bajo esta política.** Una lista de los proveedores que están cubiertos por esta política y los que no están se mantiene en el hospital. Cualquier pregunta sobre la inclusión o exclusión de los proveedores cubiertos por esta política puede dirigirse a Servicios financieros para pacientes.

APÉNDICE A

GUÍAS PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD PARA DESCUENTOS DE ASISTENCIA FINANCIERA

Parte 1

Clasificación como financieramente sin recursos

Ingreso anual del hogar	Hasta 200% del FPG
Monto del descuento	100% del saldo pendiente de pago

Parte 2

Clasificación como médicamente sin recursos

Ingreso anual del hogar	Hasta 250% del FPG	Hasta 300% del FPG	Hasta 350% del FPG	Hasta 400% del FPG
Monto del descuento [el saldo pendiente de pago deberá ser igual a o mayor que el 10% del ingreso anual del hogar]	90% del saldo pendiente de pago	80% del saldo pendiente de pago	70% del saldo pendiente de pago	60% del saldo pendiente de pago

Parte 3

Clasificación como Catastróficamente médicamente sin recursos

Saldo pendiente de pago en relación al ingreso anual del hogar	Monto del descuento
Igual a o mayor que el 50% del ingreso anual del hogar	90% del saldo pendiente de pago
Igual a o mayor que el 40% y menos del 50% del ingreso anual del hogar	80% del saldo pendiente de pago
Igual a o mayor que el 30% y menos del 40% del ingreso anual del	70% del saldo pendiente de

hogar	pago
Igual a o mayor que el 20% y menos del 30% del ingreso anual del hogar	60% del saldo pendiente de pago
Igual a o mayor que el 10% y menos del 20% del ingreso anual del hogar	50% del saldo pendiente de pago

Attachments:

[Application and Instructions- Spanish](#)
[Plain Language Summary- Spanish](#)

Approval Signatures

Approver	Date
Thomas Sledge: CEO [CD]	01/2019
Thomas Sledge: CEO [CD]	01/2019
Thomas Sledge: CEO [CD]	01/2019