

<h1>Baptist Health Care- Servicios Financieros para Pacientes</h1> <h2>POLÍTICAS/PROCEDIMIENTOS</h2>	Servicios Financieros para Pacientes
	Administrador: Dir. corp. de Acceso
	Página 1 de 5
	Aprobado por: Junta directiva de BH y JH
	Fecha de aprobación:
Asunto: Política de asistencia financiera (Baptist Hospital, Jay Hospital, Gulf Breeze Hospital, BMG, BPA)	
Fecha de entrada en vigor:	Departamento:

PROPÓSITO:

El propósito de esta Política es brindar un método sistemático e imparcial para evaluar la elegibilidad de una persona para recibir asistencia financiera (atención de beneficencia), y garantizar que concuerde con la misión de Baptist Health Care (BHC) de brindar atención de emergencia o atención médicamente necesaria a personas sin seguro o con seguro de cobertura insuficiente que reúnan los requisitos para recibir dicha asistencia financiera en la comunidad, de manera que se preserve la dignidad de esa persona.

BHC es una organización sin fines de lucro comprometida a cubrir las necesidades de atención médica de los residentes de la comunidad. BHC, a través de sus subsidiarias Baptist Hospital, Gulf Breeze Hospital y Jay Hospital, en adelante "BHC", cubre las necesidades médicas de pacientes indigentes, con bajos ingresos, sin seguro o con seguro de cobertura insuficiente, brindándoles la atención médica necesaria y de calidad, independientemente de su raza, creencias religiosas, color de piel, sexo, nacionalidad, orientación sexual, discapacidad o edad. BHC ofrece atención médica a sus pacientes las 24 horas al día, los 7 días de la semana y los 365 días del año.

Los pacientes que, en virtud de esta política, se consideren que no tienen solvencia para pagar los saldos en su totalidad serán considerados para recibir asistencia financiera, de acuerdo con los criterios establecidos. A un paciente elegible para recibir asistencia financiera en virtud de esta política no se le cobrará más que los montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB) de atención de emergencia o atención médicamente necesaria que se cobran a pacientes con cobertura de Medicare y compañías de seguro comerciales.

Se espera que los pacientes colaboren totalmente siguiendo los procedimientos de Baptist Health Care para obtener asistencia financiera, solicitar cobertura de Medicaid u otros programas que ofrece el gobierno cuando sea necesario y contribuir al costo de su atención según su solvencia para realizar pagos, incluidos los pagos de obligaciones ante terceros. A las personas que tengan solvencia financiera para comprar un seguro médico se les recomendará que lo hagan.

ALCANCE:

Todos los centros y proveedores de Baptist Health operan en virtud de esta política. Usted cuenta con una lista de proveedores que participan y no participan en esta política, anexo 2, en los centros enumerados en la sección Otros problemas/inquietudes de esta política. En esta política, se describe lo siguiente:

- a. Los criterios de elegibilidad para recibir asistencia financiera.
- b. Las circunstancias y los criterios mediante los cuales cada centro hospitalario y proveedor brindará atención gratuita de servicios elegibles a pacientes elegibles sin seguro, con seguro de cobertura insuficiente o que de otro modo se consideren insolventes para pagar dichos servicios.
- c. La base y los métodos de cálculo para el cargo de montos a dichos pacientes y el método por el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera.

PROCEDIMIENTO:

- A. Criterios de elegibilidad, de los cuales todos deben cumplirse a fin de considerarse elegibles para recibir asistencia financiera:
 1. Necesidad médica: los servicios son servicios que están, como mínimo, cubiertos por servicios Medicaid Y por servicios que el médico a cargo determine de manera razonable que sean necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o evitar que empeoren las condiciones que pueden poner la vida en peligro, causar sufrimiento o dolor, tener como resultado una enfermedad o dolencia, o causar deformidad física o un funcionamiento anormal, si no existe ningún otro tratamiento disponible que sea igual de efectivo, más conservador o menos costoso. Si tiene alguna pregunta con respecto a la necesidad médica, el jefe médico de BHC o el jefe transformacional tomará la determinación final.
 2. Situación de seguro: el paciente no tiene seguro, o bien, tiene un seguro de cobertura insuficiente.
 3. Solvencia financiera: pacientes con ingresos familiares brutos totales inferiores al 200 % del Índice federal de pobreza (Federal Poverty Guideline, FPG).
 4. Para recibir asistencia financiera, un paciente debe completar una solicitud de asistencia financiera (Financial Assistance Application, FAA), incluida la documentación requerida, y se debe determinar que este paciente cumple con los criterios de elegibilidad para recibir dicha asistencia; o bien debe identificarse en el programa de elegibilidad presunta.
 5. Los pacientes que pueden ser elegibles para recibir Medicaid deben colaborar con Baptist Health Care al completar la solicitud de Medicaid. Un paciente que se rehúse a colaborar con cualquiera de las solicitudes de Medicaid no será elegible para recibir asistencia financiera.
 6. Aprobación por apremio extremo: en casos extraordinarios en que BHC pueda evaluar a un paciente que tiene ingresos familiares que superan el 200 % del FPG.
- B. Periodo de elegibilidad:

La elegibilidad puede determinarse antes, durante o después de la prestación de servicios médicamente necesarios mientras aún sea el periodo de solicitud, 120 días posteriores al alta. En caso de que un paciente elegible para recibir asistencia médica pague más de \$5.00 o un monto excedente de los AGB, se realizará un reembolso al paciente.

C. Elegibilidad presunta:

Los pacientes sin seguro o con seguro médico de cobertura insuficiente serán evaluados para determinar su elegibilidad presunta. Las decisiones de elegibilidad presunta se seguirán de acuerdo con el proceso y los cronogramas estándar de asistencia financiera. Los centros y proveedores de Baptist Health Care pueden usar recursos externos para determinar si el paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera. La elegibilidad presunta puede determinarse según las circunstancias particulares de vida que pueden ayudar a reunir los requisitos de la siguiente manera:

1. Participación en programas de clínicas gratuitas o acceso a atención médica para indigentes, incluidos Escambia County Clinic, Good Samaritan, WeCare, Health y Hope; con reserva al derecho de expandirse a programas adicionales de clínicas gratuitas.
2. Elegibilidad para otros programas de asistencia local y estatal sin financiación (responsabilidad económica del paciente de Medicaid; cupones para alimentos, etc.).
3. El paciente ha declarado ser una persona sin hogar.
4. El paciente se ha declarado en bancarrota dentro de los 12 meses anteriores.
5. Pacientes que han fallecido y no han dejado herencia.
6. Evaluación de terceros para determinar la solvencia para realizar pagos antes de transferirse al estado de deuda incobrable, según la información financiera presunta del paciente que puede incluir, entre otras cosas, los ingresos, los activos o la calificación crediticia.

Proceso de solicitud:

El paciente o una persona designada por el paciente puede solicitar asistencia financiera, de conformidad con las leyes de privacidad aplicables. Una vez recibidos los servicios elegibles, se puede enviar una solicitud de asistencia financiera (FAA) antes o durante el proceso de cobro y facturación. La determinación de necesidad financiera puede ocurrir en cualquier momento del ciclo de cobro hasta 240 días desde el primer estado de cuenta de facturación después del alta. La necesidad de recibir asistencia financiera volverá a evaluarse en cada momento del servicio posterior si la última evaluación financiera se evaluó más de 180 días antes, o en cualquier momento en que se conoce información adicional relevante para la elegibilidad del paciente. Si dicha información cambia, es responsabilidad del paciente notificar a BHC acerca de la información actualizada.

Las solicitudes pueden obtenerse en los centros enumerados en la sección Otros problemas/inquietudes de esta política.

Si se conoce información adicional relevante para la elegibilidad del paciente, es responsabilidad del paciente notificar de inmediato a Servicios al Cliente acerca de la información actualizada llamando al 850-469-2000.

Se puede obtener ayuda para completar la FAA llamando a Servicios al Cliente al 850-469-2000. El Departamento de Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services Department) de Baptist Health Care procesará de inmediato las solicitudes que se hayan completado. Las determinaciones iniciales las toma el personal de asistencia financiera. El otorgamiento de asistencia financiera depende de haber completado satisfactoriamente una FAA, incluida toda la documentación de respaldo y la validación ante organismos externos.

1. La documentación de ingresos puede incluir el estado de salario más reciente que indique los ingresos actuales del año hasta la fecha o una verificación por escrito del salario recibido del empleador, de organismos de bienestar público, o beneficios por desempleo u otros organismos gubernamentales. Se puede solicitar el formulario 1040 de impuestos sobre ingresos personales del año calendario más reciente. Se pueden evaluar los activos líquidos y se puede solicitar documentación de cualquier activo.
2. Comprobante de identificación.
3. Se puede usar el informe crediticio del paciente para determinar su solvencia para realizar pagos en caso de que no pueda entregar otra documentación.
4. Determinación de rechazo por parte de Medicaid

Aviso de determinación de asistencia financiera:

Las solicitudes de asistencia financiera se procesarán de inmediato, y BHC notificará por escrito al paciente o solicitante acerca de la decisión que se tomó sobre la solicitud que se haya completado. Baptist Health Care hará todos los esfuerzos razonables para enviar una notificación por escrito al paciente o solicitante acerca de su determinación lo antes posible, después de la recepción de la solicitud que se haya completado. Si se otorga asistencia financiera a un paciente, el garante recibirá la notificación por escrito.

Base del cálculo:

Los centros y proveedores de Baptist Health Care reducirán en un 100 % los cargos brutos de los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera.

Pacientes en dificultad extrema

1. En casos extraordinarios, BHC puede evaluar a un paciente que tiene ingresos familiares que superan el 200 % del FPG. En caso de que los saldos de cuenta coloquen en un estado indebido de dificultad extrema a una familia, un comité evaluará la asistencia financiera que se otorgará. Este comité incluirá al vicepresidente de Gestión de Ingresos (Revenue Management), jefe médico y director corporativo de Acceso para Pacientes (Patient Access) o director ejecutivo de Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services).

Servicios:

Los siguientes servicios de atención médica no son elegibles para asistencia financiera en virtud de esta política:

- i) Operaciones de compras en tiendas minoristas de BHC, como tiendas de regalos, farmacias minoristas, productos de estética, cirugía estética y equipos médicos duraderos o compras en la cafetería.
- ii) Todos los productos o servicios que tengan las siguientes características:
 - (a) Son incoherentes con los síntomas o diagnóstico y el tratamiento de la afección, enfermedad o lesión.
 - (b) Son principalmente para la comodidad del paciente, su familia, médico u otros proveedores.
 - (c) No tienen el nivel de servicios más adecuado que se pueda prestar al paciente de forma segura.
 - (d) Son servicios prestados por médicos o entidades ajenas a Baptist Health Care (por ejemplo, ciertos centros de análisis de laboratorio ajenos a Baptist Health Care, atención domiciliar y equipos médicos o servicios de transporte de Baptist Health Care).

- (e) Son procedimientos programados, no médicamente necesarios, como cirugía estética, derivación gástrica (cirugía bariátrica), esterilización reproductiva e inversión de la esterilización.

Medidas en caso de falta de pago:

Las medidas que BHC pueda tomar en caso de falta de pago por los servicios se describen en una Política de créditos y cobros por separado, de la cual se puede obtener una copia gratuita en los centros enumerados en la sección Otros problemas/inquietudes de esta política.

Comunicación de información acerca de la política a pacientes y al público:

BHC hará todos los esfuerzos razonables para garantizar que la información acerca de esta política y su disponibilidad se comuniquen claramente y que se pongan a la mayor disposición, incluida su publicación en centros públicos dentro de las instalaciones del hospital y los consultorios de proveedores, la entrega de copias impresas sin cargo al paciente, su inclusión en el aviso de facturación final, su publicación en el sitio web de Baptist Health Care y la colocación de un aviso en cada estado de cuenta de facturación. En los centros enumerados en la sección Otros problemas/inquietudes de esta política, figura una lista de proveedores, que no se encuentran en las instalaciones del hospital, que brindan atención de emergencia o atención médicamente necesaria que están cubiertos (y que no están cubiertos) en virtud de esta política.

Declaración falsa:

BHC puede rechazar una solicitud de asistencia financiera o puede revertir los descuentos previamente aplicados si descubre información que considera que respalda una conclusión en que la información previamente entregada era inexacta.

Aprobación:

El vicepresidente de Gestión de Ingresos será responsable de monitorear el cumplimiento de esta política y de cualquier implementación necesaria. La aprobación se firmará de acuerdo con los siguientes niveles:

Coordinador de servicios financieros corporativos para pacientes (Corporate Patient Financial Services, CPFS)	Hasta \$1000
Director corporativo de Acceso para Pacientes	Hasta \$99,999
Director ejecutivo de CPFS	Hasta \$250,000
VP de Gestión de Ingresos	Más de \$250,001

OTROS PROBLEMAS/INQUIETUDES:

Centros donde obtener copias de la Política de asistencia financiera, Política de créditos y cobros, solicitudes o cálculos de descuento de AGB:

- a) Áreas de Acceso para Pacientes en nuestros centros hospitalarios
 - a. Baptist Hospital 1000 West Moreno St, Pensacola, FL 32501
 - b. Jay Hospital 14114 Alabama St., Jay, FL 32565
 - c. Gulf Breeze Hospital 1110 Gulf Breeze Parkway, Gulf Breeze, FL 32561
- b) Servicios al Cliente (Customer Service), 100 West Garden Street, Ste. 200 Pensacola, FL 32502
- c) Llamando a Servicios al Cliente al 850-469-2000
- d) Sitio web de Baptist Health Care, ebaptisthealthcare.org/patientfinancialresources/

Anexo 1, Política de asistencia financiera

DEFINICIONES:

Activos líquidos: activos de dinero en efectivo o equivalente en efectivo de una familia que están disponibles para usarse en el pago de atención médica, como cuentas bancarias, inversiones, fideicomisos y montos en cuentas de jubilación que pueden retirarse, con o sin intereses.

Asistencia financiera: reducción del saldo de la cuenta del paciente de acuerdo con los criterios establecidos; la atención gratuita o con descuento que se otorga de conformidad con esta política.

Centro hospitalario: centro al cual el estado de Florida le exige tener licencia, registro o reconocimiento similar como hospital. "Centros hospitalarios" hace referencia, en conjunto, a más de un centro hospitalario.

Condiciones médicas de emergencia: tal como se define en el artículo 1867 de la Ley de Seguro Social y sus enmiendas (42 U.S.C. 1395dd).

Determinación: decisión respecto de la elegibilidad de la persona para recibir asistencia financiera, basándose en los criterios de elegibilidad que se definen en la Política de asistencia financiera.

ECA: las medidas extraordinarias de cobranza pueden incluir el uso de agencias de cobranza e informes de crédito.

Elegibilidad para recibir asistencia financiera: capacidad que tiene una persona de reunir los requisitos para recibir asistencia financiera. Baptist Health Care puede acceder a fuentes externas, incluidas, entre otras, agencias de crédito, bancos o compañías de inversión, para obtener información adicional y utilizarla a la hora de verificar las respuestas en las solicitudes y tomar una determinación acerca de la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera. Consulte la sección Elegibilidad para ver la información completa.

Elegibilidad presunta: determinación en la que se presume que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera, basándose en información diferente de la que ha proporcionado.

FAA: solicitud de asistencia financiera.

Familia: grupo de dos o más personas que residen juntas o que están emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las normas del Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service), si el paciente incluye a una persona como dependiente en su declaración de ingresos, esa persona también puede ser considerada como dependiente para la provisión de asistencia financiera si reside con el contribuyente.

Fuera de la red: ciertas compañías de seguros o administradores externos pueden reducir o eliminar la provisión de beneficios, a menos que la atención se brinde a través de centros o proveedores designados. En aquellos casos en los que Baptist Health Care no sea uno de los centros o proveedores designados o en los que el plan no tenga una red de proveedores, toda la atención proporcionada se considerará como fuera de la red. Los planes del gobierno no se consideran como fuera de la red, incluso en casos en los que Baptist Health Care no es uno de

los centros o proveedores designados o en los que el plan no tiene una red de proveedores. Un paciente con cobertura fuera de la red no es elegible para recibir asistencia financiera.

Índice federal de pobreza (FPG): el índice de pobreza se actualiza anualmente en el Registro Federal (Federal Register) del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services). Dicha actualización entró en vigor al momento en que se publicó la Determinación el 21 de enero de 2016.

Tamaño de la familia	200 %
1	\$ 24,980
2	\$ 33,820
3	\$ 42,660
4	\$ 51,500
5	\$ 60,340
6	\$ 69,180
7	\$ 78,020
Cada miembro adicional	\$8,840

Ingresos familiares: total de dinero en efectivo anual o equivalente en efectivo que una persona gana o recibe. Se tendrá en cuenta lo siguiente y se deberá incluir en la solicitud por cada miembro de la familia:

Ganancias, compensación por desempleo, compensación de trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, pagos a veteranos del ejército, beneficios al superviviente del asegurado, ingresos por pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, pensión alimentaria, manutención de menores, asistencia ajena al grupo familiar y otras fuentes varias que se determinen antes de impuestos.

Los artículos que no se consideran como ingresos son los beneficios que no son de dinero en efectivo y asistencia pública, como subsidios de alimentos y vivienda, asistencia educativa, y ganancias y pérdidas de capital.

Montos generalmente calculados (AGB): un centro hospitalario puede determinar el AGB por toda atención médicamente necesaria que se brinde a una persona elegible para el programa de asistencia financiera (Financial Assistance Program, FAP) mediante un proceso de facturación y codificación que el centro hospitalario usaría si la persona elegible para el FAP fuera beneficiaria de la tarifa de servicio de Medicare o beneficiaria de Medicaid, y mediante la fijación del AGB para la atención por el monto que el centro hospitalario determine que sería el monto total que Medicare o Medicaid autorizaría para la atención (incluidos el monto que Medicare o Medicaid reembolsaría y el monto por el cual el beneficiario sería personalmente responsable de pagar en forma de copagos, coseguros y deducibles). Encontrará información adicional disponible sobre el descuento de AGB en los centros enumerados en la sección Otros problemas/inquietudes de esta política.

Necesarios por razones médicas: los servicios son servicios que están, como mínimo, cubiertos por Medicaid Y por servicios que el médico a cargo determine de manera razonable que son necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o evitar que empeoren las condiciones que pueden poner la vida en peligro, causar sufrimiento o dolor, tener como resultado una enfermedad o dolencia, o causar una deformidad física o un funcionamiento

anormal, si no existe ningún otro tratamiento disponible que sea igual de efectivo, más conservador o menos costoso.

Periodo de elegibilidad: periodo de 180 días cubierto por la determinación de asistencia financiera. La elegibilidad puede modificarse si, durante el periodo, cambia el estado financiero o la situación de seguro del paciente.

Periodo de solicitud: un periodo de 120 días posteriores al primer estado de cuenta de facturación después del alta sobre el cual un paciente puede solicitar asistencia financiera.

Procedimientos de cobro: proceso por el cual BHC intentará cobrar el dinero facturado al paciente o garante por la atención brindada.

Proveedor: médicos y profesionales de clínica avanzada (Advanced Clinical Practitioners, ACP) contratados por Baptist Health Care.

Seguro de cobertura insuficiente: el paciente tiene algún nivel de seguro o asistencia de terceros, pero aún tiene gastos de bolsillo que superan su solvencia financiera para realizar pagos, tal como se define en esta política.

Servicios elegibles: servicios (y todo producto relacionado) prestados por los centros o proveedores de Baptist Health Care, que son elegibles para la asistencia financiera en virtud de esta política, entre los que se incluyen: (1) servicios médicos de emergencia prestados en la sala de emergencias, (2) servicios médicos no programados que se presten como respuesta a una situación de peligro para la vida en una sala de hospital que no sea la de emergencias y (3) servicios médicamente necesarios.

Sin seguro: el paciente no tiene ningún nivel de seguro, asistencia de terceros, cuenta de ahorros para gastos médicos o reclamos contra terceros cubiertos por un seguro que ayuden a que este pueda cumplir con sus obligaciones de pago.

Solicitud (de asistencia financiera): formulario de solicitud de asistencia financiera (Financial Assistance Application, FAA) que deben completar aquellos que pretenden recibir asistencia financiera, a fin de que se determine su elegibilidad. Las solicitudes deben llenarse en su totalidad y con exactitud, y además deben incluir la documentación de respaldo requerida. Las solicitudes incompletas que no se completen en un plazo de 30 días posteriores a la presentación inicial se considerarán como incompletas y serán retiradas. Los formularios y documentos complementarios deben enviarse a Baptist Health Care, 100 West Garden St. Suite 200, Pensacola, FL 32502.

Solicitud incompleta: solicitud a la que le falta información específicamente solicitada. Se debe completar esta información en el formulario de solicitud o como documentación solicitada para respaldar las respuestas en la solicitud.

Anexo 2, Política de Asistencia Financiera

Andrews Institute Physical Medicine & Rehab	participa
Andrews Institute for Orthopedics and Sports Medicine	no participa
Andrews Primary Care Sports Medicine	no participa
Anesthesia Management Solutions, LLC	por determinarse
Apollo MD	por determinarse
Baptist Physician Group	no participa
BMG en Florida Blue	participa
BMG Baybridge	participa
BMG Cordova	participa
BMG ENT	participa
BMG Family Medicine & Walk In Care	participa
BMG Family Medicine and Specialty Center	participa
BMG Family Medicine Gulf Breeze East	participa
BMG Family Medicine Gulf Breeze Family Practice	participa
BMG Family Medicine Gulf Breeze Internal Medicine	participa
BMG Family Medicine Nine Mile	participa
BMG Family Medicine Pace	participa
BMG Family Medicine Perdido	participa
BMG Family Medicine Westside	participa
BMG General Surgery	participa
BMG Hospitalists	participa
BMG Internal Medicine Baptist Towers	participa
BMG Internal Medicine Gulf Breeze Family Practice	participa
BMG Internal Medicine/Peds Navarre	participa
BMG Ladies First OBGYN	participa
BMG Medical Oncology	participa
BMG Neurosurgery	participa
BMG Occupational Health Medicine y Urgent Care	participa
BMG Ortho Trauma	participa
BMG Primary Care Nine Mile	participa
BMG Radiation Oncology	participa
BMG Rheumatology	participa
BMG Urology	participa
BMP Gastroenterology	participa
Cardiology Consultants	participa
Gift shop/Sodexo	no participa
Lakeview	por determinarse

Neuro Hospitalist	participa
Pediatric Hospitalist	participa
Pensacola Pathology	por determinarse
Radiology Associates	por determinarse
Senior Health	participa
Towers Pharmacy	no participa