

# Driscoll Health System

<b>Capítulo:</b> Servicios financieros y para pacientes	<b>Subcapítulo:</b> Servicios financieros para pacientes	<b>Fecha de vigencia:</b> 1/1/2018
<b>Título:</b> Asistencia financiera y cuidado de beneficencia		

- Driscoll Health System (DHS)       Departamento: \_\_\_\_\_       Driscoll Health Plan (DHP)  
 Driscoll Children's Hospital (DCH)       Grupos médicos

## **PROPÓSITO:**

Establecer pautas para la asistencia financiera y el cuidado de beneficencia de DCH

## **PERSONAS AFECTADAS:**

El personal de Acceso de Pacientes y de Servicios Financieros para Pacientes

## **DEFINICIONES/INFORMACIÓN RELACIONADA:**

Hogar: Una unidad familiar compuesta por los padres y sus hijos biológicos o adoptados menores de veintiuno (21). Los hogares de padres solteros están incluidos. Los padres o abuelos dependientes también pueden incluirse bajo circunstancias especiales y según el establecimiento.

Ingresos anuales brutos del hogar: Todos los ingresos (antes de pagar impuestos) de todas las fuentes y de todas las personas consideradas a ser incluidas en el hogar.

Cálculo de ingresos:

1. El ingreso total del hogar presente en el Resumen Financiero representa la suma de los ingresos anuales brutos de cada paciente y su cónyuge.
2. Si el paciente es menor de edad, el ingreso anual bruto representa el ingreso total del padre/madre/tutor legal del paciente.

Pacientes fallecidos: A efectos del cálculo de ingresos de DCH, podría considerarse sin ingresos a los pacientes fallecidos sin patrimonio. No se requiere documentación de ingresos para aquellos pacientes fallecidos sin patrimonio.

Cuidado caritativo no remunerado: La parte no reembolsada o impaga de la factura de un paciente para la cual:

1. El paciente o garante es responsable.
2. El paciente o garante no puede pagar.
3. No hay recursos de financiamiento alternativo disponibles.

Nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL): Una medición del nivel de ingresos emitida anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Los niveles federales de pobreza se utilizan a fin de determinar la elegibilidad para ciertos programas y beneficios. El Gobierno federal publica anualmente las Pautas federales de pobreza.

Pacientes carentes de medios financieros: Personas sin seguro o con seguro insuficiente que son aceptadas para el cuidado médico, sin obligación de pago ni obligación de pago con descuento por los servicios prestados, en base a la determinación de elegibilidad de DCH.

1. A fin de ser elegible para recibir la asistencia financiera o el cuidado de beneficencia como paciente carente de medios financieros, los ingresos de un hogar deben ser menores o iguales al

300 % de las pautas federales de pobreza (*Anexo A*). Al determinar la elegibilidad de una persona, DCH puede considerar otros activos y pasivos financieros.

2. DCH utilizará las actuales pautas federales de pobreza, publicadas por el Departamento de Servicios Humanos, como guía para determinar la elegibilidad de una persona para recibir la asistencia financiera o el cuidado de beneficencia como paciente carente de medios financieros. Estas pautas se publican en el Registro Federal en enero o febrero de cada año y, a los efectos de esta política, adquieren vigencia el primer día del mes siguiente al mes de publicación.
3. Bajo ningún concepto DCH pondrá en vigor criterios de elegibilidad para pacientes carentes de medios financieros que establezcan el nivel de ingresos para la asistencia financiera o el cuidado de beneficencia por debajo del requerido (para aquellos condados bajo la Ley de Atención Médica y Tratamiento de Indigentes de Texas) ni por arriba del 300 % de las pautas federales de pobreza. Sin embargo, DCH podrá corregir ocasionalmente los criterios de elegibilidad en base a sus recursos financieros y según resulte necesario para satisfacer las necesidades de beneficencia de la comunidad.

**Pacientes carentes de recursos médicos:** Persona cuya factura médica o de hospital, en caso de haber sido cubierta por terceros, supera un determinado porcentaje de sus ingresos anuales brutos, de acuerdo con el sistema de determinación de elegibilidad del hospital, por lo que es financieramente incapaz de pagar el resto del monto facturado.

1. A fin de ser elegible para recibir la asistencia financiera o el cuidado de beneficencia como paciente carente de recursos médicos, los ingresos de un hogar deben estar comprendidos entre el 301 % y el 400 % de las pautas federales de pobreza (*Anexo A*) y el paciente debe ser incapaz de pagar el resto del monto facturado. Al determinar su capacidad de pago, DCH podrá considerar otros activos y pasivos financieros de una persona.

**Límite para catástrofes:** Persona cuya factura médica o de hospital, en caso de haber sido cubierta por terceros, supera en un 100 % sus ingresos anuales brutos, por lo que es financieramente incapaz de pagar el resto del monto facturado.

**Redeterminaciones:**

1. Si se determina que un paciente tiene la capacidad para pagar el resto de una factura, esto no impide que su capacidad de pago se vuelva a evaluar en una fecha posterior.
2. Si se determina que un paciente no tiene capacidad de pago, el resto de la factura puede considerarse para pagos de beneficencia. Puede considerarse el potencial de ganancias futuro.

**Elegibilidad presunta:** Debido a una variedad de circunstancias es posible que no toda la documentación o información de una cuenta esté disponible para determinar los pagos de beneficencia. Sin embargo, hay indicios de que el paciente o garante es incapaz de pagar el total o parte de la factura. Podrán considerarse declaraciones verbales y/o escritas. Estas cuentas pueden ser consideradas para beneficencia, según lo determine la administración. DCH también utilizará esos criterios para las instancias de cuidado médico.

**Clasificación:** DCH puede clasificar a todos los pacientes en función de su nivel de ingreso, tal como se determina en conformidad con la Solicitud de Asistencia:

<b><u>Tipo de deducción</u></b>	<b><u>Nivel de ingresos</u></b>	<b><u>Porcentaje de deducción</u></b>	<b><u>Límite para catástrofes</u></b>
Pacientes carentes de medios financieros	0-300% del nivel federal de pobreza	100%	0%
Pacientes carentes de recursos médicos	301-400% del nivel federal de pobreza	75%	100%

### Montos usualmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB)

1. En virtud de esta política, DCH proporciona asistencia financiera y cuidado de beneficencia a pacientes que califican.
2. Luego de que la cuenta del paciente se reduce por el monto de a asistencia financiera o del cuidado de beneficencia, el paciente es responsable de recordar los cargos pendientes que no podrán superar el AGB. El AGB significa los montos usualmente facturados para situaciones de emergencia u otro cuidado médicamente necesario. DCH utiliza el método “retroactivo”, tal como lo define la Sección 501(r) del Código del Servicio de Impuestos Internos, para determinar el AGB. El método retroactivo calcula el AGB en reclamaciones autorizadas en función de los pagos de Medicare, Medicaid y otros pagadores de seguros privados (incluida la participación del paciente) y se calcula anualmente.
3. El AGB se publicará anualmente en el sitio web de DCH en el “Resumen de asistencia financiera”.
4. DCH puede cambiar el método para determinar el AGB, pero deberá garantizar la actualización del resumen de la política de asistencia financiera antes de realizar cualquier cambio. El porcentaje establecido se aplicará al total de los cargos a facturar al paciente. Los pacientes pueden solicitar información sobre el cálculo de los montos usualmente facturados llamando a la oficina administrativa al 361-694-5111.

Cuidado de emergencia médicamente necesario: Es determinado por el médico y/o el director médico de administración de casos.

Pautas sobre la asistencia financiera o el cuidado de beneficencia:

1. Una cuenta será considerada para una posible asistencia financiera o cuidado de beneficencia cuando el tamaño de la familia y sus ingresos sean inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza, tal como se publica en el registro federal.
2. El monto de la asistencia financiera o del cuidado de beneficencia se determina en función de la ubicación del paciente en la tabla (clasificación). Si el paciente recibe una deducción menor que el 100 %, su capacidad de pago tendrá un tope de acuerdo con el límite para catástrofes.
3. Las personas que califican para Medicaid según el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas son elegibles para la asistencia financiera o el cuidado de beneficencia por los montos adeudados por el paciente que no sean pagados por el programa Medicaid debido a beneficios agotados, beneficios no cubiertos, pagos para reducción de ingresos cuando Medicaid es el pagador secundario, etc.
4. Las personas que no puedan completar los requisitos de documentación para la asistencia financiera o el cuidado de beneficencia debido a circunstancias atenuantes (muerte, discapacidad o imposibilidad de localizar a alguien, como personas sin hogar o en prisión) pueden suponerse elegibles para la asistencia financiera o el cuidado de beneficencia, y la administración de DCH lo considerará caso por caso.
5. Las personas que hayan sido elegibles para Medicaid en cualquier momento durante el período de tres meses antes, durante o después de su cuidado pueden considerarse elegibles para el 100 % de la asistencia financiera o del cuidado de beneficencia para cualquier monto no pagado por Medicaid.
6. Toda la asistencia financiera y el cuidado de beneficencia debe ser coherente con los términos del testamento de Clara Driscoll.

## **POLÍTICA:**

1. “Actualmente, esta política se aplica únicamente a los servicios médicamente necesarios facturados por Driscoll Children’s Hospital. Los servicios provistos por los médicos no están incluidos en los cargos del hospital y actualmente ningún médico que proporcione servicios en DCH participa en este programa de asistencia financiera y cuidado de beneficencia. Acceda a la lista completa de médicos que prestan servicios médicos en DCH en el siguiente enlace: <http://www.driscollchildrens.org/find-a-physician>. Esta lista se actualiza trimestralmente. Cuando se solicite, se proveerá una copia impresa para las personas sin acceso a computadoras”.
2. La asistencia financiera o el cuidado de beneficencia serán proporcionados a los pacientes que se presenten en DCH para recibir cuidado de emergencia médicamente necesario y que hayan demostrado su incapacidad para pagar por tal cuidado, según lo determinen los asesores financieros de acceso de pacientes mediante una evaluación.
3. La decisión final de considerar la deducción de una cuenta como asistencia financiera o cuidado de beneficencia se basará totalmente en el criterio de la administración de DCH. Esta política no debe interpretarse como un requisito de que DCH aplique la deducción a cualquier cuenta como asistencia financiera o beneficencia. Cada cuenta será considerada por sus propios méritos. La deducción como asistencia financiera o beneficencia de una cuenta particular no crea una obligación por parte del hospital de aplicar tal deducción a ninguna otra cuenta del mismo paciente o de otro.

## **PROCEDIMIENTO:**

1. A fin de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera o cuidado de beneficencia, DCH utilizará un sistema de elegibilidad interno y automatizado.
2. Los pacientes que se presenten para recibir servicios de emergencia y que hayan expresado su incapacidad para pagar serán evaluados para recibir asistencia financiera.
  - a. La evaluación estimará su elegibilidad para recibir financiamiento, tal como Medicaid y otros programas de asistencia para pagar los gastos médicos y de hospital.
  - b. La evaluación requerirá la cooperación del paciente, quien deberá presentar prueba de sus ingresos, tal como tres estados mensuales de su cuenta bancaria y/o la declaración de impuestos del año anterior, recibos de salario, etc.
  - c. Asimismo, la evaluación hará preguntas específicas sobre las finanzas del paciente, incluido el número de miembros del hogar.
    - Adultos: Al calcular el número de personas en el hogar de un paciente adulto, DCH considerará al paciente, su cónyuge y sus dependientes.
    - Menores de edad: Para calcular el número de personas en el hogar de un paciente menor de edad, DCH considerará al paciente, su madre y cualquier dependiente de la madre del paciente, el padre del paciente y cualquier dependiente del padre del paciente.
3. Los pacientes podrán solicitar asistencia financiera rellorando la solicitud correspondiente. Estos formularios pueden obtenerse sin cargo en el hospital, imprimirse desde el sitio web o enviarse por correo a la familia para ser completados. Además, las familias pueden comunicarse con los asesores de asistencia financiera al 361-694-4758 y pedir una copia de la solicitud.
4. Verificación de ingresos: DCH solicitará que el paciente/padre/madre/tutor legal verifique el ingreso indicado en la Solicitud de Asistencia Financiera.
  - a. Documentación de verificación de ingresos: Los ingresos pueden verificarse por medio de cualquiera de los siguientes mecanismos: formularios del IRS, declaración de ganancias W-2, comprobantes de cheques de sueldo, declaraciones de impuestos de años anteriores,

- Seguro Social, compensación de trabajadores, carta de determinación de compensación por desempleo, verificación telefónica por el empleador de los ingresos brutos anuales del paciente o estados de cuenta bancaria. Si el paciente no proporciona esta documentación, DCH le enviará una carta de pedido de documentación utilizando un método aprobado por el Departamento de Acceso de Pacientes.
- b. Documentación no disponible: En casos en que el paciente no pueda proporcionar la documentación que verifique sus ingresos, DCH los verificará como se indica a continuación: (i) haciendo que el paciente firme un resumen financiero que certifique la veracidad de la información proporcionada sobre los ingresos, o (ii) mediante una certificación por escrito del personal de DCH que completa la Solicitud de Asistencia Financiera en cuanto a que el paciente verificó verbalmente el cálculo de ingresos de DCH. En los casos en que el paciente no pueda proporcionar la documentación requerida para verificar sus ingresos, DCH requerirá una explicación de los motivos por los que el paciente no ha podido proporcionar la documentación solicitada.
  - c. Clasificación a la espera de verificación: Durante el proceso de verificación, mientras DCH esté recopilando la información necesaria para determinar el ingreso del paciente, este podrá ser tratado con pago privado, de conformidad con las políticas de DCH.
5. Incumplimiento en la entrega de información: El hecho de no proporcionar la información necesaria para completar la evaluación financiera puede resultar en una determinación negativa, pero la cuenta podrá ser reevaluada luego de recibir la información requerida.
- a. Podrá tomarse una determinación de elegibilidad para asistencia financiera o de beneficencia sin haber recibido un formulario de evaluación completado, si el paciente o la información no se encuentran razonablemente disponibles y la elegibilidad se justifica dadas las circunstancias. Tal sería el caso, por ejemplo, de una persona sin hogar.
6. Falsificación de información: La falsificación de información podrá dar lugar a la denegación de la Solicitud de Asistencia Financiera. Si se concede asistencia financiera a un paciente, ya sea como persona carente de medios financieros o de recursos médicos, y DCH posteriormente descubre que la solicitud de asistencia contiene información importante que no es veraz, la asistencia financiera podrá ser retirada.
7. Factores a considerar para determinar la beneficencia:
- a. Ingresos brutos
  - b. Tamaño de la familia
  - c. Situación laboral y capacidad de ganancias futuras
  - d. Residencia
  - e. Otros recursos financieros que podrían mitigarse:
    - El valor de otras propiedades
    - El valor de otros vehículos
    - La cantidad de dinero depositada para educación
    - Las cantidades cobradas por acuerdos extrajudiciales
    - El monto o valor de otros recursos
  - f. Otras obligaciones financieras que podrían mitigarse:
    - La cantidad y frecuencia de todas las facturas médicas o de hospital
    - El monto de las deudas
    - Otras obligaciones financieras que no sean parte de las deudas

8. Procedimientos aprobados: DCH completará un formulario de aprobación de asistencia financiera (“Formulario de Aprobación”) para cada paciente a quien se haya otorgado el estado de “paciente carente de medios financieros o de recursos médicos”. El Formulario de Aprobación permite adjuntar la documentación del proceso de revisión y aprobación administrativa utilizada por el hospital para otorgar ayuda financiera. Cualquier divergencia en el Formulario de Aprobación deberá ser aprobada por el Director de Finanzas y/o el Vicepresidente de Finanzas. Después de que se cumplan las aprobaciones internas, el paciente recibirá una carta separada de notificación o rechazo de elegibilidad. Esa carta de notificación estará firmada por un asesor financiero.
9. Procedimientos de retención de documentación: DCH mantendrá la documentación mediante el Sistema de Administración de Cuidado de Beneficencia con el fin de identificar a cada paciente al que se le haya otorgado el estado de “paciente carente de medios financieros o médicamente indigente”, los ingresos del paciente, el método utilizado para verificar los ingresos del paciente, el monto adeudado por el paciente y la persona que aprobó la solicitud que le otorga el estado de “paciente carente de medios financieros o de recursos médicos”.
10. Ciclo de duración de la elegibilidad continuada: Las determinaciones se tomarán de conformidad con cada episodio de cuidado médico. DCH utilizará las determinaciones tomadas durante los últimos tres meses para calificar presuntamente al paciente para el episodio actual de cuidado médico.
11. Modificaciones o cambios de política: El Director General y/o el Director Financiero, Vicepresidente de Finanzas, Director de Servicios Financieros de Pacientes, Director de Acceso de Pacientes y Comité de Control de Políticas deben aprobar cualquier modificación a las normas establecidas en esta política antes de su aplicación por parte de DCH.
12. Servicios sin cobertura: DCH se reserva el derecho de excluir los servicios médicamente no necesarios de su política sobre asistencia financiera y cuidado de beneficencia.
13. Sin efecto sobre otras políticas de DCH: Esta política sobre asistencia financiera y cuidado de beneficencia no debe alterar ni modificar otras políticas con respecto a las actividades realizadas para obtener pagos provenientes de terceros pagadores, transferencias de pacientes o cuidados de emergencia.
14. Medidas adoptadas en caso de falta de pago: En caso de falta de pago, DCH tomará las medidas descritas en su política de facturación y cobro. Puede obtener una copia gratuita de la política de facturación y cobro accediendo al menú del sitio web de DCH y seleccionando el enlace “Política de facturación y cobro” y, luego, “Cuidado de beneficencia” o comunicándose con el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes al 361 694 5111, opción 5. DCH no podrá participar, en ningún caso, en gestiones de cobro extraordinarias sin hacer antes un intento razonable para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia en conformidad con esta política.
15. Información sobre asistencia financiera o cuidado de beneficencia: La información respecto a la cantidad de cuidado de beneficencia proporcionado por el hospital en su año fiscal se agregará e incluirá en el informe anual del hospital, que se presenta ante la Oficina de Datos de Salud y Análisis de Políticas del Estado, que es parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Texas. Ese informe también incluye información sobre la prestación de cuidados médicos y otros beneficios comunitarios patrocinados por el gobierno a personas carentes de medios financieros.

16. Pautas de aprobación para el cuidado de beneficencia:

- a. La cancelación del cuidado de beneficencia se documentará de manera apropiada y se ingresará en el sistema de cuidado de beneficencia.
- b. Deberán respetarse los siguientes niveles de aprobación:
  - 0 a \$10,000.00 Director de Servicios de Acceso de Pacientes
  - \$10,001.00 a \$50,000.00 Vicepresidente de Finanzas
  - \$50,001.00 Vicepresidente Ejecutivo y Director Financiero

**REFERENCIAS RECÍPROCAS INTERNAS:**

Anexo A: Pautas de pobreza

**REFERENCIAS:**

1. Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible del 2010.
2. Sección 501(r) del Código del Servicio de Impuestos Internos.
3. Actualización anual de las Pautas de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos disponible en <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

PARA 2017, LAS PAUTAS DE POBREZA SON LAS SIGUIENTES

PERSONAS EN LA FAMILIA	PAUTA DE POBREZA
1	\$12,060.00
2	\$16,240.00
3	\$20,420.00
4	\$24,600.00
5	\$28,780.00
6	\$32,960.00
7	\$37,140.00
8	\$41,320.00

\* Para familias con más de 8 miembros, agregue \$4,180.00 para cada persona.

Todos los años, las pautas de pobreza están sujetas a cambios, de conformidad con las actualizaciones del Registro Federal, publicadas en el primer trimestre del año calendario. El Director de Acceso de Pacientes es responsable de garantizar la actualización del proceso, tal como se indica en las nuevas publicaciones.

Experian (antes Search America): Se permite el uso de los datos de Experian en lugar de la documentación provista por el paciente en el caso de cuentas con baja cantidad de dólares o pacientes fallecidos.

Período de notificación y solicitud

Luego de recibir el primer estado de cuenta después del alta del hospital, el paciente tendrá un total de 120 días para presentar una solicitud de asistencia. Transcurrido este plazo, se implementarán gestiones de cobro adicionales, que incluyen la cesión de la deuda a una agencia de cobranza y la posibilidad de informar la deuda en los archivos de crédito del paciente.

Al finalizar el período de notificación de 120 días, el paciente dispondrá de 120 días adicionales para completar y presentar una solicitud de decisión final de asistencia financiera.

Si la solicitud de asistencia se recibe en cualquier momento dentro del plazo de 240 días y la información de la solicitud se completa antes de que finalice el período de la solicitud —que considera un total de 240 días desde el primer estado de cuenta después del alta del paciente—, las gestiones de cobro cesarán.

No se aceptarán ni se procesarán solicitudes de ayuda financiera una vez que se hayan cumplido todos los requisitos de notificación y solicitud y haya caducado el plazo de 240 días desde el primer estado de cuenta después de la fecha de alta del paciente.

Listado de médicos

“Actualmente, esta política se aplica únicamente a los servicios médicamente necesarios facturados por Driscoll Children’s Hospital. Los servicios provistos por los médicos no están incluidos en los cargos del hospital y actualmente ningún médico que proporcione servicios en DCH participa en este programa de asistencia financiera y cuidado de beneficencia. Acceda a la lista completa de médicos que prestan servicios médicos en DCH en el siguiente enlace: <http://www.driscollchildrens.org/find-a-physician>. Esta lista se actualiza trimestralmente. Cuando se solicite, se proveerá una copia impresa para las personas sin acceso a computadoras”.