

# Driscoll Health System

<b>Capítulo:</b> Servicios Financieros y Servicios para Pacientes	<b>Subcapítulo:</b> Servicios Financieros para Pacientes y Oficina Central de Facturación de Médicos	<b>Fecha de vigencia:</b> 18/4/2024
<b>Título:</b> Asistencia financiera y cuidado de beneficencia		

- Driscoll Health System (DHS) (todos)                       Departamento:     SBO
- Driscoll Children’s Hospital y clínicas (DCH)                       Driscoll Health Plan (DHP)
- DCH Rio Grande Valley y clínicas (DCHRGV)                       CPSST

## **PROPÓSITO:**

Establecer pautas para la asistencia financiera y el cuidado de beneficencia en DHS y para Children’s Physician Services of South Texas (CPSST) (en forma conjunta, “Driscoll”).

## **PERSONAS AFECTADAS:**

Personal de Servicios de Acceso de Pacientes, Servicios financieros para pacientes y Oficina Central de Facturación de Médicos y supervisores de oficinas médicas de las clínicas

## **DEFINICIONES/INFORMACIÓN RELACIONADA:**

### **Montos usualmente facturados (AGB):**

- a. Driscoll brinda asistencia financiera y cuidado de beneficencia a pacientes calificados, según lo establecido en esta política.
- b. Una vez aplicada la reducción en la cuenta del paciente por el monto de la asistencia financiera y el cuidado de beneficencia, el paciente es responsable por el resto de los cargos pendientes, lo cual no deberá superar el AGB. AGB significa los montos usualmente facturados por emergencias u otro cuidado médicamente necesario. Driscoll usa el método de posrevisión- para determinar el AGB, según se define en el Código del Servicio Interno de Impuestos, Artículo 501(r). El método de posrevisión calcula el AGB en reclamaciones autorizadas basándose en los pagos de Medicare, Medicaid y otros pagadores de seguros privados (incluida la parte del paciente), y se calcula anualmente.
- c. El AGB se publicará anualmente en el sitio web de Driscoll en el “Resumen de la Asistencia Financiera”.
- d. Driscoll 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 comercial al 361-694-5111.

### **Cálculo de ingresos:**

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

**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.

Clasificación: Driscoll puede clasificar a todos los pacientes según su nivel de ingresos, según se determina de conformidad con la Solicitud de Asistencia de la siguiente manera:

Tipo de deducción	Nivel de ingresos	% de deducción	Límite para catástrofes
Pacientes carentes de medios financieros	0-500% del nivel federal de pobreza (FPL)	100%	0%
Pacientes carentes de recursos médicos	501-600% del FPL	75%	100%
Pacientes carentes de recursos médicos	601-700% del FPL	65%	100%
Pacientes carentes de recursos médicos	701-800% del FPL	55%	100%
Pacientes carentes de recursos médicos	801-900% del FPL	45%	100%

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

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

Nivel federal de pobreza (FPL): Una medida del nivel de ingresos emitida anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS). Los niveles de pobreza federales se utilizan para determinar la elegibilidad para ciertos programas y beneficios. Las pautas de pobreza federales son publicadas anualmente por el Gobierno Federal y se pueden encontrar en <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.

Pautas sobre Asistencia financiera y cuidado de beneficencia:

- a. Una cuenta será considerada para una posible asistencia financiera y cuidado de beneficencia cuando el tamaño de la familia y sus ingresos sean inferiores al 900% del nivel federal de pobreza, tal como se publique en el Registro Federal.
- b. El monto de la asistencia financiera y el cuidado de beneficencia se determinarán según la ubicación del paciente en la tabla (clasificación). Si el paciente recibe una deducción menor al 100%, su capacidad de pago tendrá un tope de acuerdo con el límite para catástrofes.
- c. Las personas que califican para Medicaid según el HHS de Texas son elegibles para asistencia financiera y 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.
- d. Las personas que no puedan completar los requisitos de documentación para asistencia financiera y 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 asistencia financiera y cuidado de beneficencia, y la administración de Driscoll lo considerará caso por caso.
- e. Las personas que hayan sido elegibles para Medicaid en cualquier momento durante el período de tres (3) meses antes, durante o después de su cuidado pueden considerarse elegibles para el 100% de la asistencia financiera y el cuidado de beneficencia para cualquier monto no pagado por Medicaid.
- f. Toda la asistencia financiera y el cuidado de beneficencia debe ser consistente con los términos del testamento de Clara Driscoll.

Pacientes carentes de medios financieros: Personas sin seguro o con seguro insuficiente que son aceptadas para el cuidado médico, sin obligación de pago u obligación de pago con descuento por los servicios prestados, según la determinación de elegibilidad de Driscoll.

- a. A fin de ser elegible para asistencia financiera y cuidado de beneficencia como paciente carente de medios financieros, los ingresos de un hogar deben ser menores o iguales al 500% de las pautas federales de pobreza (*Adjunto A*). Al determinar la elegibilidad de una persona, Driscoll puede considerar otros activos y pasivos financieros.
- b. Driscoll utilizará las pautas federales actuales de pobreza, publicadas por el Departamento de Servicios Humanos de los EE. UU., como guía para determinar la elegibilidad de una persona para recibir asistencia financiera y cuidado de beneficencia como paciente carente de medios financieros. Las 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.
- c. Bajo ningún concepto Driscoll pondrá en vigor criterios de elegibilidad para pacientes carentes de medios financieros que establezcan el nivel de ingresos para la asistencia financiera y 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 900% de las pautas federales de pobreza. Sin embargo, Driscoll podrá ajustar ocasionalmente los criterios de elegibilidad según sus recursos financieros de Driscoll y según resulte necesario para satisfacer las necesidades de beneficencia de la comunidad.

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.

Hogar: Unidad familiar compuesta por padres y sus hijos naturales o adoptados menores de veintiún (21) años. Los hogares de padres solteros están incluidos. Los padres o abuelos dependientes también pueden incluirse bajo circunstancias especiales y según el establecimiento.

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.

- a. A fin de ser elegible para la asistencia financiera y el cuidado de beneficencia como paciente carente de recursos médicos, los ingresos de un hogar deben estar comprendidos entre el 501% y el 900% de las pautas federales de pobreza (*Adjunto A*) y el paciente debe ser incapaz de pagar el resto del monto facturado. Al determinar su capacidad de pago, Driscoll podrá considerar otros activos y pasivos financieros de una persona.

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 o escritas. Estas cuentas pueden ser consideradas para beneficencia, según lo determine la administración. Driscoll utilizará esos criterios para las instancias de cuidado médico.

Redeterminaciones:

- a. 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.
- b. 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.

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

- a. El paciente o garante es responsable.
- b. El paciente o garante no puede pagar.
- c. No hay recursos de financiamiento alternativo disponibles.

**POLÍTICA:**

1. Actualmente, esta política se aplica a los servicios médicamente necesarios facturados por Driscoll. Acceda a la lista completa de médicos que prestan servicios médicos en Driscoll en el siguiente enlace: <http://www.driscollchildrens.org/find-a-physician>. Esta lista se actualiza al menos trimestralmente. Cuando se solicite, se proveerá una copia impresa para las personas sin acceso a computadoras.
2. La asistencia financiera y el cuidado de beneficencia serán proporcionados a los pacientes que se presenten en Driscoll 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 y cuidado de beneficencia se basará totalmente en el criterio de la administración de Driscoll. Esta política no debe interpretarse como una obligación de que Driscoll aplique la deducción a cualquier cuenta como asistencia financiera y beneficencia. Cada cuenta será considerada por sus propios méritos. La deducción como asistencia financiera y beneficencia de una cuenta particular no crea una obligación por parte de Driscoll de aplicar tal deducción a ninguna otra cuenta del mismo paciente o de otro paciente.

**PROCEDIMIENTO:**

1. A fin de determinar la elegibilidad para asistencia financiera y cuidado de beneficencia, Driscoll 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 (3) estados mensuales de su cuenta bancaria 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 la cantidad de personas en el hogar de un paciente adulto, Driscoll considerará al paciente, su cónyuge y sus dependientes.
    - Menores de edad: Para calcular la cantidad de personas en el hogar de un paciente menor de edad, Driscoll 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, al completar la Solicitud de Asistencia Financiera. Estos formularios podrán 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 Financieros al 361-694-4758 y pedir una copia de la solicitud.

4. Verificación de ingresos: Driscoll 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 serán verificados por medio de cualquiera de los siguientes mecanismos: formularios del IRS, declaración de ganancias W-2, comprobantes de cheques de sueldo, seguro social, compensación de trabajadores, carta de determinación de compensación por desempleo, verificación telefónica por el empleador de los ingresos brutos anuales del paciente. Si el paciente no proporciona esta documentación, Driscoll le enviará una carta de solicitud de documentación mediante un método aprobado por el Departamento de Servicios de Acceso de Pacientes.
  - b. Documentación no disponible: En casos en que el paciente no pueda proporcionar documentación que verifique sus ingresos, Driscoll los verificará, haciendo que el paciente firme un resumen financiero que certifique la veracidad de la información proporcionada sobre los ingresos, o mediante una certificación por escrito del personal de Driscoll que completa la Solicitud de Asistencia Financiera en cuanto a que el paciente verificó verbalmente el cálculo de ingresos de Driscoll. En los casos en que el paciente no pueda proporcionar la documentación requerida para verificar sus ingresos, Driscoll 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 Driscoll esté recopilando la información necesaria para determinar el ingreso del paciente, este será tratado como pago privado, de conformidad con las políticas de Driscoll.
5. Incumplimiento en la entrega de información: El hecho de no proporcionar la información necesaria para completar la evaluación financiera resultará en una determinación negativa, pero la cuenta será reevaluada luego de recibir la información requerida.
  - a. Se tomará una determinación de elegibilidad para asistencia financiera y cuidado 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 dará 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 Driscoll posteriormente descubre que la Solicitud de Asistencia Financiera contiene información importante que no es veraz, la asistencia financiera será 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: Driscoll 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 asistencia financiera. Cualquier divergencia en el Formulario de Aprobación deberá ser aprobada por el Director Financiero (CFO). 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.
- a. Las personas con cobertura de una entidad/aseguradora que no tenga una relación contractual con Driscoll serán elegibles para recibir asistencia financiera y cuidado de beneficencia, sin incluir los montos de los cargos o parte de los cargos totales que el paciente cubierto es responsable de pagar.
  - b. Las personas aseguradas que se determina que no tienen asegurada la totalidad de su estadía hospitalaria (es decir, que han agotado su cobertura al momento de la admisión) será elegible para asistencia financiera y cuidado de beneficencia.
9. Procedimientos de retención de documentación: Driscoll 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. Driscoll utilizará las determinaciones tomadas durante los últimos tres (3) meses para calificar presuntamente al paciente para el episodio actual de cuidado médico.
11. Modificaciones o cambios de política: El Director General (CEO) o el Director Financiero (CFO), Director de Servicios Financieros de Pacientes, Director de Acceso de Pacientes, Oficina Comercial Central de Médicos y Director de Servicios de Acceso de Pacientes deben aprobar cualquier modificación a las normas establecidas en esta política antes de su aplicación por parte de Driscoll.
12. Servicios no cubiertos: Driscoll se reserva el derecho de excluir servicios médicamente no necesarios de la política de asistencia financiera y cuidado de beneficencia.
13. Sin efecto sobre otras políticas de Driscoll: Esta política de asistencia financiera y cuidado de beneficencia no debe alterar ni modificar otras políticas con respecto a los esfuerzos realizados

para obtener pagos provenientes de terceros pagadores, traslado de pacientes o cuidados de emergencia.

14. Medidas adoptadas en caso de falta de pago: En caso de falta de pago, Driscoll tomará las medidas descritas en su política de facturación y cobro. Puede obtener una copia gratuita de la política de facturación y cobro, al acceder al menú en el sitio web de Driscoll Children’s Hospital y seleccionar el enlace “Servicios para pacientes y familias” y luego “Asistencia Financiera” o comunicándose con el Directo del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes y Oficina Central de Facturación de Médicos al 361-694-5111, opción 5. Driscoll 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 financiera de 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 acumulará e incluirá en el informe anual del hospital, que se presenta ante la Oficina de Datos de Salud y Análisis de Políticas del Estado del HHS 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. Las deducciones del cuidado de beneficencia se documentarán de manera apropiada y se ingresarán en el sistema de cuidado de gestión 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 - \$50,000.00	Servicios Financieros para Pacientes y Director de la Oficina Central de Facturación de Médicos
> \$50,0001.00	CFO

#### **REFERENCIAS RECÍPROCAS INTERNAS:**

Pautas de Pobreza – Adjunto A

#### **REFERENCIAS:**

1. Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010.
2. Servicio Interno de Impuestos, Artículo 501(r).
3. La actualización anual de las Pautas de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos puede encontrarse en: [Pautas de Pobreza | ASPE \(hhs.gov\)](#). Recuperado el 18/4/2024

LAS PAUTAS DE POBREZA PARA 2024 SON LAS SIGUIENTES

PERSONAS EN LA FAMILIA	PAUTA DE POBREZA
1	\$ 15,060.00
2	\$ 20,440.00
3	\$ 25,820.00
4	\$ 31,200.00
5	\$ 36,580.00
6	\$ 41,960.00
7	\$ 47,340.00
8	\$ 52,720.00

Para familias con más de ocho (8) miembros, agregue \$6,190.00 por cada individuo.

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 Servicios de Registro-Admisiones 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 ciento veinte (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 ciento veinte (120) días, el paciente dispondrá de ciento veinte (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 doscientos cuarenta (240) días y la información de la solicitud se completa antes de que finalice el período de la solicitud —que considera un total de doscientos cuarenta (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 asistencia financiera una vez que se hayan cumplido todos los requisitos de notificación y solicitud y haya caducado el plazo de doscientos cuarenta (240) días desde el primer estado de cuenta después de la fecha de alta del paciente.