

Hospital Benson

Nombre de la Política: Política de Asistencia Financiera

Autoridad Emisora: Oficina de Negocios Política Procedimiento Norma Clínica

Política/Procedimiento/Norma Clínica No. F-11-2016 Iniciales de Emisión: _____

Firma de autorización: _____ Iniciales de Revisión: _____

1.0 Propósito

Con el fin de cumplir con los principios por los que se rige el Hospital Benson (Benson Hospital) hacia las comunidades a las cuales brinda sus servicios, el Hospital Benson proporcionará asistencia financiera para la atención de la salud médicamente necesaria de una manera imparcial, congruente, respetuosa y objetiva a pacientes de bajos recursos que no cuentan con cobertura de seguro médico o tienen cobertura limitada.

2.0 Definición

- a. **La Política de Atención Comunitaria y Asistencia Financiera** está en consonancia con el compromiso y los principios del Hospital Benson, de proporcionar servicios personalizados de atención de la salud de calidad a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. A excepción de los precios de paquetes electivos, automáticamente recibirán un descuento los pacientes que auténticamente pagan por cuenta propia; quienes no sean elegibles en las fechas del servicio o no cuenten con cobertura dentro de sus prestaciones. En su caso, el personal del Hospital Benson debe determinar si un paciente califica para asistencia financiera.
- b. **Servicios proporcionados a pacientes cuando se anticipa que no podrán ser liquidados por la imposibilidad para pagar.** Hay asistencia financiera disponible por medio del programa del Hospital Benson denominada “Política de Asistencia Financiera” (PAF). Esta política se conoce también como nuestra Política de Atención Comunitaria. El programa PAF es separado y distinto de las deudas incobrables, las cuales son cuentas que tuvieron un crédito extendido y cuyo pago se anticipaba mas no fueron liquidadas. Posteriormente a la determinación de elegibilidad del programa PAF, no se le cobrará a la persona elegible por PAF por atención de urgencias o médicamente necesaria que las cantidades facturadas generalmente (CFG) a personas que cuentan con cobertura de seguro para tales atenciones. La metodología empleada por el Hospital Benson para calcular las CFG es el Método Retrospectivo. Las tarifas actuales de CFG se detallan en el apéndice adjunto a este documento. Las personas del público pueden solicitar información sobre la manera en que se hace el cálculo a la Oficina de Negocios del Hospital Benson al (520)720-6519 o por el correo electrónico: FAP@bensonhospital.org.
- c. **La Política de Asistencia Financiera es aplicable solamente para cargos relacionados con servicios proporcionados por el Hospital Benson.** Los cargos por servicios médicos proporcionados por proveedores que no son empleados del Hospital Benson pueden no estar considerados dentro de esta política. Estos proveedores se encuentran en una lista en el apéndice anexo a este documento.
- d. **Médicamente Necesario.** Se refiere a servicios de atención a la salud a pacientes internos y externos con el propósito de evaluar, diagnosticar y/o dar tratamiento a una lesión, enfermedad,

padecimiento o sus síntomas que, de no recibir tratamiento, ponen en peligro la salud actual del paciente. Los servicios deben ser los clínicamente apropiados y dentro de los estándares aceptados generalmente en la práctica de la medicina, utilizando los insumos, aparatos o servicios más apropiados y de costo moderado que puedan proporcionarse con seguridad y se encuentren fácilmente disponibles en el Hospital Benson con un propósito principal, que no sea por comodidad del paciente o del proveedor del servicio. Los servicios expresamente excluidos de medicamento necesarios son: servicios de salud cosméticos, experimentales, parte de un programa de investigación, dental, y los honorarios por servicios médicos o de profesionistas médicos particulares ajenos al Hospital Benson, o servicios y tratamientos no proporcionados en el Hospital Benson.

3.0 Política

En consonancia con la declaración de sus principios, el Hospital Benson proporcionará los servicios de salud disponibles y necesarios, incluso para condiciones médicas de emergencia a los pacientes, independientemente de su discapacidad, orientación sexual, edad, sexo, raza, religión, credo, origen nacional o capacidad de pago.

El Hospital Benson ayuda a las personas elegibles sin cobertura de seguro médico o con seguro limitado, eliminando el total o parte de los cargos por servicios proporcionados por el Hospital Benson.

4.0 Solicitud, Determinación de Asistencia Financiera y Pago

- a. **Llenado de la solicitud de Atención Comunitaria** – Los pacientes que desean solicitar asistencia financiera deben llenar una solicitud de Atención Comunitaria antes de 30 días a partir de haber sido dados de alta del hospital. De otra forma, el paciente continuará recibiendo cobros de la factura. Puede obtener una copia de la solicitud de Atención Comunitaria en el sitio de internet del hospital en: <http://www.bensonhospital.org> o llamando a la Oficina de Negocios del Hospital Benson al teléfono (520)720-6519. El trámite completo encierra llenar y presentar una solicitud de Atención Comunitaria, junto con toda la documentación requerida sobre ingresos a la dirección: 450 S Ocotillo Ave, Benson, AZ 85602 o por FAX al (520)586-7283 o bien puede escanearse y enviarse por correo electrónico a: FAP@bensonhospital.org. La documentación proporcionada junto con la solicitud de Atención Comunitaria debe incluir, según el caso: copias de las tarjetas de Seguridad Social; comprobantes de domicilio; estados de cuenta bancarios o de unión de crédito de los últimos tres meses; documentos W-2 o comprobantes de sueldos o información de ingresos, como talones de cheques de nómina, cheques de Seguridad Social, cheques de desempleo, registro contable de trabajo independiente, cartas de beneficios recibidos o beneficios de becas educativas o de otros documentos que muestren ingresos; una copia de la declaración actual de impuestos al Servicio de Recaudación Interna (IRS por sus siglas en inglés), y documentos de evidencia del estado civil o relación entre las personas que residen en el mismo domicilio que el paciente, incluso actas de nacimiento o certificados de bautizo, documentos de adopción, actas de matrimonio, divorcio o separación legal. El Hospital Benson puede pedir documentación adicional durante el proceso de gestión de la solicitud. Favor de ponerse en contacto con la Oficina de Negocios al (520)720-6519 si usted no cuenta con los comprobantes requeridos, para determinar otras opciones posibles a su alcance.
- b. **Solicitud incompleta** – Una solicitud de Atención Comunitaria incompleta puede ser denegada mientras que no se haya completado. El Hospital Benson conservará las solicitudes incompletas durante seis meses y enviará una comunicación al paciente detallando la información requerida y la manera de presentar los documentos necesarios.

- c. **Confidencialidad** – El Benson Hospital guarda la confidencialidad de todas las solicitudes de Atención Comunitaria y documentación de apoyo.
- d. **Determinaciones de elegibilidad** – La Oficina de Negocios del Hospital Benson revisará las solicitudes de los pacientes e informará por correo postal o electrónico a los pacientes el resultado en los primeros 30 días a partir de recibida la solicitud y todos los documentos requeridos. La determinación final para la asistencia financiera se proporciona por escrito al paciente mediante un Aviso de Determinación (NOD por sus siglas en inglés). No se turnará a una agencia de cobranzas para darle seguimiento durante el curso del proceso de determinación de asistencia.
- e. **Arreglos de pago después de la determinación de asistencia financiera** – El Hospital Benson continuará trabajando con los pacientes para resolver el remanente de su saldo después de haberse tomado una determinación de asistencia financiera. Los pacientes son responsables de hacer arreglos de pago mutuamente aceptables con el Hospital Benson dentro de los primeros 30 días después de la fecha del Aviso de Determinación (Ver planes de pago).
- f. **Notificación de traspaso a una agencia de cobranzas por incumplimiento del paciente después de haber hecho arreglos de un plan de pagos** - El Hospital Benson Hospital enviará por lo menos dos estados de cuenta mensuales a los pacientes que no hayan hecho arreglos para un plan de pagos después del Aviso de Determinación, o pacientes que no cumplieron con los planes de pago mutuamente acordados. El aviso alertará al paciente del saldo adeudado, y si ha cambiado la situación financiera del paciente, puede tener oportunidad de hacer un nuevo plan de pagos. El aviso también alertará al paciente que, de no resolverse el asunto, podría enviarse a una agencia de cobranzas. Esta comunicación tendrá lugar antes de hacer el traspaso a una agencia de cobranzas.
- g. **Actividades de cobranza** – Se pondrá pausa a las actividades de cobranza a los pacientes que hayan llenado una solicitud y estén en periodo de revisión, mientras que la decisión siga pendiente.
- h. **Llenado tardío de una solicitud** – Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera en cualquier momento.

5.0 Prácticas de cobranza para los pacientes de Atención Comunitaria.

a. El Hospital Benson continuará enviando cobros al paciente por lo menos 120 días si el paciente no hace arreglos de pago o no inicia el proceso de asistencia financiera. Las actividades de cobranza, inclusive su traspaso a una agencia de cobranzas, comenzará con las cuentas de más de 120 días de antigüedad. El Hospital Benson enviará por lo menos tres veces el estado de cuenta cada 30 días antes de traspasar la cuenta a una agencia de cobranzas. El Hospital Benson llamará por teléfono dos veces a las cuentas que hayan sido devueltas por el correo, para intentar comunicarse con el paciente a la dirección y teléfono proporcionados por el paciente. Si no hay respuesta, se traspasará la cuenta a una agencia de cobranzas. El estado de cuenta y las comunicaciones informarán al paciente: el saldo adeudado, la oportunidad de llenar una solicitud conforme a la Política de Asistencia Financiera, y que presentar una solicitud completa pudiera calificar al paciente para recibir la atención médica sin costo o a un costo reducido.

b. Las cuentas con más de 241 días de antigüedad que hayan sido traspasadas a una agencia de cobranzas pudieran ser reportadas a una agencia de informes crediticios o buró de crédito.

c. Las agencias bajo contrato con el Hospital Benson proporcionaran a los pacientes el número telefónico del Hospital Benson al que los pacientes pueden llamar para solicitar asistencia financiera, si el paciente solicita ayuda financiera cuando está bajo cobranzas.

d. Los pacientes cuyas cuentas hayan sido traspasadas a una agencia de cobranzas pueden solicitar asistencia financiera del Hospital Benson, presentar una solicitud de Atención Comunitaria con la documentación requerida, y ser considerados para una reducción a su cuenta. Estos pacientes pueden ser sujetos a un aplazamiento de las actividades de cobranza descrito en el párrafo anterior.

f

6.0 Criterios de Elegibilidad para Asistencia Financiera a Pacientes, conforme al programa PAF

- a. La política de Atención Comunitaria proporciona un descuento que toma en consideración el ingreso familiar del paciente.
- b. Los pacientes elegibles son aquellos que no cuentan con seguro médico o su seguro es limitado y que han recibido servicios de atención médicamente necesarios como pacientes internados o externos en el Hospital Benson **y les aplican los siguientes dos criterios:**
- i. **No son elegibles para cobertura de otra índole que pudiese pagar por estos servicios (ya sea por medio en base a su empleador, seguro comercial, cobertura subsidiada por el gobierno, o cobertura de responsabilidades a terceros).**
- ii. **Tienen ingresos familiares (definido más adelante) inferiores a 150 por ciento del Nivel Federal de Pobreza (Ver tabla NFP) en la fecha de haber recibido los servicios.**
- c. Las determinaciones de asistencia financiera serán equitativas para todos los pacientes, independientemente de su edad, sexo, raza, religión, credo, discapacidad, orientación sexual, origen nacional o estatus migratorio
- d. La asistencia financiera es generalmente secundaria a todos los otros recursos financieros disponibles para el paciente, incluso seguros, programas de gobierno, responsabilidades a terceros y bienes calificados.
- e. La asistencia financiera puede proporcionarse a pacientes sin seguro o seguro limitado que no califican conforme a la Política de Atención Comunitaria. Además, pueden recibir un descuento por pronto pago en los pagos realizados el día de recibir el servicio por parte de los pacientes sin seguro. (Ver las tarifas actuales en el apéndice anexo).
- f. Las personas con acceso a tener seguro médico, reembolsos de terceras partes por servicios a la salud o asistencia gubernamental y que rehúsan inscribirse, no aprovechan la oportunidad de obtener cobertura o fallan al mantener su elegibilidad para tener cobertura, pudieran ser excluidos para recibir asistencia financiera.
- g. La información en la solicitud de Atención Comunitaria del Hospital puede ser utilizada por un periodo de seis meses para calificación. Después de seis meses, puede requerirse una solicitud nueva para calificar nuevos servicios de atención comunitaria.
- h. Las solicitudes de Atención Comunitaria se revisarán y aprobarán dentro de los límites establecidos a continuación:

Gerente o Delegado de la Oficina de Negocios	\$0 - \$5,000
Director de Finanzas	\$5,000.01 - \$25,000
Director Ejecutivo	\$25,000.01 and over

7.0 Criterios de Elegibilidad para Asistencia Financiera a Pacientes conforme al programa PAF

- a. El nivel de calificación para asistencia a pacientes elegibles de Atención Comunitaria se basará en los cargos facturados del Hospital Benson. Los pacientes que califiquen conforme a la política de Atención Comunitaria no recibirán cargos mayores de las cantidades facturadas generalmente (AGB por sus siglas en inglés) por los servicios prestados. Las cantidades facturadas generalmente se calculan anualmente mediante la determinación del porcentaje promedio pagado por servicios prestados a Medicare y pagadores de las aseguradoras privadas. Puede obtenerse una copia de este cálculo solicitándola por teléfono a la Oficina de Negocios al (520)720-6519 o por correo electrónico FAP@bensonhospital.org. Para obtener asistencia financiera, el paciente debe establecer (mediante el llenado de una solicitud PAF y presentación de la documentación requerida) que el ingreso familiar del paciente es inferior al 150 por ciento del NFP.
- b. Se harán concesiones por circunstancias atenuantes basadas en la situación única en la vida de la persona y factores atenuantes. La cantidad de asistencia proporcionada por el Hospital Benson puede ser mayor que la señalada en la tabla de NPF del Hospital Benson para el año en curso, pero no menor.
- c. Los documentos utilizados para los ingresos y verificación de bienes de la familia son, entre otros: copias de talones de cheques de nómina de los últimos 90 días, cheques de Seguridad Social o cheques de desempleo; copia de la declaración de impuestos federales al corriente; estados de cuenta bancarios; estados de cuenta de fideicomisos; de crédito hipotecario y comprobante anual de los impuestos prediales más recientes. A falta de ingresos, una carta de manutención por parte de la persona o personas que proporcionan sustento y cubren las necesidades básicas del paciente. A petición de parte, el Hospital Benson puede requerir comprobantes adicionales de ingresos.

8.0 Apelaciones a Determinaciones de Asistencia

Los pacientes o sus representantes pueden apelar una determinación de asistencia financiera mediante la presentación de información adicional que demuestre su elegibilidad, como comprobantes de ingresos o una explicación de circunstancias atenuantes, a la oficina de negocios en los primeros 30 días de recibir el aviso de determinación. El Intercesor de Pacientes y el Gerente de la Oficina de Negocios revisarán todas las apelaciones. La parte responsable recibirá notificación de los resultados.

9.0 Contabilidad de la Atención Comunitaria

- a. Se mantendrá un expediente separado para las cuentas de pérdida como atención comunitaria y se tendrá en la Oficina de Negocios por un lapso mínimo de dos años.
- b. El personal utilizará el formulario “Aprobación de Solicitud de Atención Comunitaria” cuando el crédito está aprobado para su cancelación.

10.0 Comunicaciones a los pacientes

- a. El Hospital Benson guarda su compromiso de hacer saber a las personas de las comunidades a las que brinda sus servicios que existe a su alcance asistencia financiera mediante su Política de Asistencia Comunitaria. El Hospital Benson proporcionará asesoría financiera a los pacientes que lo soliciten y ayuda a quienes sean elegibles mediante el proceso de solicitud de Atención Comunitaria.
- b. El Hospital Benson comunica la disponibilidad de asistencia financiera en las áreas de atención crítica como el departamento de Urgencias, áreas de registro y el sitio en internet del hospital.

- c. Todas las facturas o estados de cuenta y los desgloses de servicios informarán a los pacientes la disponibilidad de asistencia financiera.
- d. Se encuentran colocados avisos en las áreas de registro del hospital informando a los pacientes que hay asistencia financiera disponible para los pacientes calificados que llenen una solicitud.
- e. Los folletos que describen la Política de Atención Comunitaria están disponibles en inglés y español en el sitio de internet del hospital, en el área de ingresos de pacientes y en la Oficina de Negocios.
- f. Asesoría financiera y el personal de la Oficina de Negocios están disponibles en el hospital o en la Oficina de Negocios para ayudar a los pacientes a entender y poner solicitudes para programas de atención a la salud locales, estatales y federales y el programa de Atención Comunitaria del Hospital Benson.
- g. Se realizan esfuerzos razonables para asegurar que todos los empleados del Hospital Benson estén informados acerca de la manera de referir a los pacientes para que soliciten para el Programa de Atención Comunitaria del Hospital Benson. El personal de la Oficina de Negocios y del área de Ingreso de Pacientes reciben instrucción al respecto en sus programas anuales de instrucción para el personal.
- h. Los pacientes pueden solicitar información sobre asistencia financiera, o una copia impresa de esta política o la solicitud de Atención Comunitaria por teléfono a la Oficina de Negocios al número (520)720-6519 o por correo electrónico a FAP@bensohospital.org. Se cuenta con el servicio de buzón de mensajes de voz y las llamadas se contestarán en los próximos dos días hábiles.
- i. Los pacientes reciben información respecto a la disponibilidad de asistencia financiera en el momento de su registro o ingreso a las áreas de atención crítica del Hospital Benson.
- j. Esta política y la solicitud de Atención Comunitaria por medio del programa PAF del Hospital Benson Hospital están disponibles en el sitio de internet del hospital <http://www.bensohospital.org>, en las áreas de registro de pacientes internos para atención crítica o por correo postal o electrónico, y en la Oficina de Negocios.
- k. Los documentos para la solicitud de Atención Comunitaria incluyen las instrucciones para llenar el formulario de la solicitud y los tipos de documentos de apoyo necesarios para completar el proceso de solicitud. También se incluyen las instrucciones de envío del formulario.
- l. Las personas que no son el paciente, como el médico del paciente, los familiares, grupos de la comunidad o religiosos, servicios sociales o el personal del hospital pueden elaborar la solicitud de asistencia financiera a nombre del paciente.

APÉNDICE

Cantidades Facturadas Generalmente (actualizado anualmente)

Los Médicos del Departamento de Urgencias tienen contrato con el Hospital Benson y quedan cubiertos conforme a nuestro programa PAF.

NES Inc.

Los Médicos Hospitalistas tienen contrato o son empleados del Hospital Benson y quedan cubiertos conforme a nuestro programa FAP.

Barbara Hartley, M.D.

Michael Gray, M.D.

Glenn Robertson, M.D.

Andrew Mayberry, M.D.

Rex Heaton, FNP

Los Radiólogos tienen contrato con el Hospital Benson y quedan cubiertos conforme a nuestro programa PAF.

Medical Diagnostic Imaging Group

Las Clínicas de Especialidades no tienen afiliación con el Hospital Benson y no quedan cubiertos conforme a nuestro programa PAF.

Arizona Community Surgeons

Kara L. Montes, D.P.M., P.C.

Pima Heart

Saguaro Surgical P.C.

Southern Arizona Midwives

Southwest Kidney Institute

Southwestern Surgery Associates

Descuento por pronto pago (actualizado anualmente)

Descuento a pacientes por cuenta propia (actualizado anualmente)

2016 GUÍAS SOBRE POBREZA FEDERAL

Número de personas que residen en el hogar	Ingreso Familiar	Máx. para calificar a la Atención Comunitaria (150% del NPF)
1	\$12,060	\$18,090
2	\$16,240	\$24,360
3	\$20,420	\$30,630
4	\$24,600	\$36,900
5	\$28,780	\$43,170
6	\$32,960	\$49,440
7	\$37,140	\$55,710
8	\$41,320	\$61,980
Agregar \$5,200 por cada persona adicional		

Gobernancia:
Personal Ejecutivo:

Personal Médico
Departamento