

NÚMERO DE POLÍTICA: PFS-400-003-BH

Carpeta:	Administración/Operacional	Fecha de vigencia:	15 de mayo de 2019
		Fecha versión previa:	22 de febrero de 2018
Subcarpeta:	Servicios financieros para pacientes - Políticas	Última revisión:	15 de mayo de 2019

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA – BALLAD HEALTH**I. PROPÓSITO:**

La Política de Asistencia Financiera (FAP por sus siglas en inglés) descrita aquí tiene por objeto abordar el doble interés de proporcionar acceso a la atención médica de aquellos que no cuentan con la habilidad de pagar, y el de ofrecer un descuento en los cargos facturados para aquellos que son capaces de pagar una porción del costo por su atención. Tras la adopción del Directorio de Ballad Health (BH), actuando en su capacidad de órgano rector en cada Entidad Cubierta, la política que se establece a continuación constituirá la política oficial de asistencia financiera (en conformidad con lo establecido en la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas) para cada una de las Entidades Cubiertas.

II. ALCANCE:

Se aplica a todo Hospital, Clínica Médica, u otro proveedor de salud que brinde esporádicamente Servicios Cubiertos en cada una de las instalaciones de propiedad y administración absoluta o mayoritaria de Ballad Health y cubiertas por esta FAP (cada una de ellas, una "Entidad Cubierta"). El Anexo B adjunto, enlista a dichos proveedores al 1 de febrero de 2018. Esta lista debe mantenerse y actualizarse por lo menos cada trimestre y estar disponible al público como lo requiere la ley.

III. INSTALACIONES/ENTIDADES:

Ballad Health Corporate

Tennessee: BRMC, FWCH, GCH, HCH, HCMH, HVMC, IPCH, JCCH, JCMC, SSH, UCH, WPH, Niswonger Children's Hospital, New Leaf, Greeneville Community Hospital Psychiatric

Virginia: DCH, JMH, LPH, MVRH, NCH, RCH, SCCH, Clearview Psychiatric Unit (Unidad Siquiátrica Clearview), Green Oak Behavioral Health (Geriatric Behavioral Health Inpatient Program – DCH) (Programa Hospitalario de Salud del Comportamiento), Ridgeview Pavilion, Mountain View Regional Skilled/Long Term Care Unit (Unidad de Cuidados Especializados/A Largo Plazo Mountain View Regional), Norton Community Physicians Services (NCPS), Abingdon Physician Partners (APP)

Ballad Health Medical Associates (Asociación de Médicos Ballad Health)

Blue Ridge Medical Management Corporation (Corporación de Administración Médica Blue Ridge)

Holston Valley Imaging Center (Centro de Imagenología Holston Valley)

Mountain States Physicians Group, Inc. (Grupo de Médicos Mountain States, Inc.) (MSPG)

Nolichucky Management Services (Servicios de Administración de Nolichucky)

Sleep Services (Servicios del Sueño)

Takoma Regional Hospital, Inc. (Hospital Regional Takoma, Inc.)

Wellmont Cardiology Services (Servicios de Cardiología Wellmont)

WPS Providers, Inc.

IV. DEFINICIONES:

- A. **Afección Emergente** se refiere a una afección médica de un paciente que resulta del comienzo repentino de una afección de salud con síntomas agudos, la cual, en ausencia de atención médica inmediata, se considera que podría razonablemente poner en grave peligro la salud del paciente, tener como resultado un trastorno grave de las funciones corporales, o la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo como se establece en "Emergency Medical Conditions" (Afecciones Médicas de Emergencia) de acuerdo con la Sección 1867 de la Ley del Seguro Social (Social Security Act 42 U.S.C. 1395dd).
- B. **Cargos Usuales y Habituales** son las tarifas por los Servicios Cubiertos establecidos en la cuenta maestra de la Entidad Cubierta correspondiente al momento en el que se proporcionan los Servicios Cubiertos.
- C. **Clínica Médica** es cualquier clínica médica propiedad de, operada por, o administrada por BH.
- D. **CMS** es el Center for Medicare and Medicaid Services (Centro de Servicios de Medicare y Medicaid).
- E. **Hospital** es cada hospital de propiedad u operado por Ballad Health en el cual el Directorio de Ballad Health cuenta con una entidad regulatoria sobre las operaciones del mismo.
- F. **Ingreso Familiar** es el ingreso de una familia según se determina al usar la definición de la Oficina del Censo {un grupo de dos (2) o más personas que residen juntos y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio, o adopción} para calcular el ingreso.
- G. **Medicaid** son todos los programas Federales y Estatales que incluyen (entre otros) a Medicaid y TennCare.
- H. **Medicamento Necesario** son aquellos servicios que se requieren para identificar o dar tratamiento a una enfermedad o lesión que haya sido diagnosticada o que se sospeche razonablemente que sean medicamentos necesarios, tomando en cuenta el nivel de atención más apropiado.
1. Para ser Medicamento Necesario, un servicio debe:
 - a. Requerirse para tratar una enfermedad o lesión;
 - b. Ser coherente con el diagnóstico y tratamiento de las afecciones del paciente;
 - c. Mantenerse de conformidad con los estándares de buenas prácticas

- médicas;
- d. No ser para la conveniencia del paciente o del médico del paciente; y
 - e. Estar al nivel de atención más apropiado para el paciente de acuerdo con la afección médica del mismo, y no por situación financiera de paciente.
 - f. Los Servicios Emergentes se consideran Médicamente Necesarios
 - g. CMS también define todos los servicios médicamente no necesarios en 42 CFR §411.15, "Particular services excluded from coverage" (Servicios particulares que se excluyen de la cobertura), los cuales no están incluidos en la definición de Servicios Médicamente Necesarios.
- I. **Montos Generalmente Facturados (AGB, por sus siglas en inglés)** son los cargos Usuales y Habituales por los Servicios Cubiertos que se proporcionan a Pacientes No Asegurados o Con Seguro Insuficiente, y a Personas que Califican para la FAP y que se multiplican por el Porcentaje de los AGB Aplicables por dichos servicios.
- J. **Paciente Asegurado** es un paciente que tiene cobertura de seguro médico por los servicios que se le proporcionaron.
- K. **Paciente Con Seguro Insuficiente** es cualquier paciente inscrito en un plan médico que no cumple con el estándar de "Cobertura Esencial Mínima" (Minimum Essential Coverage) como se define bajo la Ley de Atención Asequible (Affordable Care Act) en vigor a partir del 1 de julio de 2017.
- 1. Los servicios no cubiertos no están incluidos.
- L. **Paciente Sin Seguro** es un paciente sin el beneficio de un seguro médico o programa gubernamental al cual puedan facturársele los Servicios Cubiertos o servicios médicos proporcionados, y quienes de otra manera no estén excluidos de esta política, según se establece en la Sección V, C, más adelante.
- M. **Pautas Federales de Pobreza** son los requerimientos de ingresos mínimos publicados anualmente por el U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.) y en vigencia en la(s) fecha(s) en las cuales podría estar disponible la asistencia financiera.
- N. **Período de Solicitud** es el período de tiempo que tiene un paciente para presentar una Solicitud de Asistencia Financiera completa.
- 1. Los pacientes tienen la posibilidad de solicitar asistencia financiera hasta doscientos cuarenta (240) días a partir de la fecha de la primera factura después del alta hospitalaria.
- O. **Período Relevante** es cada período de doce (12) meses que termina el 30 de junio y que se calcula en base a las reclamaciones pagadas durante el mismo período de doce (12) meses.
- P. **Persona que Califica para la FAP** significa un Paciente Sin Seguro, Con Seguro Insuficiente, o Asegurado, que podría calificar para asistencia financiera conforme a esta política, sin importar si la persona haya solicitado asistencia financiera.

- Q. **Política de Crédito y Cobranza** es la política de Ballad Health titulada: "Credit and Collection Policy – Patient Accounts – Ballad Health" (Política de Crédito y Cobranza – Cuentas del paciente – Ballad Health), ya que la misma puede ser enmendada ocasionalmente.
- R. **Porcentaje de los AGB Aplicables** significa (1) hasta cumplir el primer año fiscal completo en el cual Ballad Health tenga una única lista maestra de cargos para todos los Hospitales, (a) por cada Hospital anteriormente WHS, el porcentaje más bajo de los AGB específicos del hospital calculado en cualquier Hospital anteriormente WHS, y (b) por cada Hospital anteriormente MSHA, el porcentaje más bajo de los AGB específicos del hospital calculado en cualquier Hospital anteriormente MSHA y (2) posteriormente, el porcentaje más bajo de los AGB específicos del Hospital en cualquier Hospital.
1. Consultar el Anexo A adjunto para un ejemplo de la aplicación de estos montos.
 2. El Porcentaje de los AGB Aplicables se actualizará anualmente.
- S. **Proveedores Cubiertos** son aquellos médicos y otros individuos que no sean parte del hospital, de existir alguno, cuyos Servicios Emergentes o Medicamento Necesarios están cubiertos por la FAP.
- T. **Servicios Cubiertos** son aquellos servicios hospitalarios y ambulatorios proporcionados por una Entidad Cubierta a un paciente, los cuales son medicamento necesarios, determinados según (y como corresponda a cada paciente) (i) los estándares del intermediario fiscal de Medicare de Ballad Health, las regulaciones de Medicaid, y/o los contratos con pagadores, o bien (ii) si (i) no fuese aplicable, la definición establecida en la Sección IV, P más adelante.
- U. **Servicios Emergentes** son los servicios necesarios y apropiados para tratar una Afección Emergente.

V. **POLÍTICA:**

A. **Resumen**

1. Ballad Health tiene una fuerte misión de satisfacer las necesidades médicas de las comunidades a las que sirve.
2. Ballad Health está dedicado a proporcionar atención médica de calidad a todos los pacientes sin importar su edad, sexo, orientación sexual, raza, religión, nacionalidad de origen, o capacidad de pago.
3. Las Personas que Califican para FAP que tengan un ingreso familiar anual por debajo del 225% de las Pautas Federales de Pobreza calificarán para el 100% de asistencia financiera, a menos que el valor de sus activos exceda los \$5,000.
4. Las Personas que Califican para FAP que tengan un ingreso familiar anual entre el 225% y el 450% de las Pautas Federales de Pobreza (tomando en cuenta el tamaño de la familia de acuerdo con la Oficina del Censo de los EE.UU. y el número de dependientes según las reglas del Servicio de Rentas Internas -IRS) pueden calificar para un descuento parcial, basado en una escala gradual de ingreso, de los cargos de los AGB.

5. Para propósitos de la determinación de la calificación, se considerará el capital del paciente si el valor de los siguientes activos agregados excede los \$5,000 ("Valor del Activo"):
 - a. Cuentas corriente y de ahorros
 - b. Certificados de depósito, acciones y bonos no contenidos en una cuenta de pensión
 - c. Valor total real de propiedades sobre el valor medio en la ciudad o condado de residencia del paciente
 - d. Valor del(los) vehículo(s) en exceso, si el número de vehículos excede el número de adultos en la residencia
6. En ningún caso en los puntos 3 y 4 anteriores el pago requerido superará el monto del 25% del Valor del Activo o el 15% del ingreso familiar anual, cual sea mayor.
7. La FAP aplica a todos los Servicios Emergentes y Medicamento Necesarios.

B. Otras consideraciones:

1. Todos los pacientes que busquen asistencia financiera deben presentar una solicitud de asistencia financiera (Application for Financial Assistance - AFA) y presentar los documentos que apoyan la información de la AFA, a menos que estén excluidos por la Sección V, I, a continuación.
2. La calificación se determinará en base a la revisión de la AFA, la documentación requerida y la verificación de activos.
3. Los solicitantes recibirán la notificación de la determinación por escrito.
4. Se podrán evaluar y considerar apropiadamente circunstancias financieras únicas en cada caso.
5. Las determinaciones de asistencia financiera pueden ser retroactivas para todos los saldos pendientes.
6. Cualquier pago hecho a la cuenta en los 240 días siguientes tras la primera facturación será reembolsado si el paciente califica para asistencia financiera durante el período de solicitud.
7. La asistencia financiera puede ofrecerse de acuerdo, pero no se limita, a lo siguiente:
 - a. Servicios de Consultoría de Lactancia – válido por la duración del amamantamiento
 - b. Regímenes de tratamiento de oncología
 - c. Inscripción en Programas Comunitarios como, pero no se limita a, Appalachian Mountain Project Access, Friends in Need, Rural Health Consortium, Providence Clinic, Healing Hands
 - d. Subvenciones para el Departamento de Salud Mental de Tennessee
 - e. Medicamentos con receta tras el alta, consulte Medicamentos por Infusión o Vía Oral para Caridad - Política de la farmacia de Ballad Health (Infusion and Oral Drugs for Charity – Ballad Health

Pharmacy policy)

8. Ballad Health se compromete a considerar todos los factores de asistencia financiera aplicables en esta FAP, a fin que el paciente reciba la mayor caridad posible.
 - a. En ningún caso los pagos exigidos por Servicios Cubiertos a una Persona que Califica para FAP podrán exceder el monto menor aplicable de la ley estatal o los AGB.

C. Exclusiones/Circunstancias especiales

1. Esta política no aplica a procedimientos electivos excepto cuando se analiza cada caso como lo puede determinar, a su entera discreción, Ballad Health.
2. Antes del procedimiento, los casos de implantes pueden ser preseleccionados para recibir asistencia financiera.

D. Proveedores cubiertos y no cubiertos

1. Una lista de proveedores cubiertos y no cubiertos por esta política se mantiene en la Lista de Participación de Proveedores de Ballad Health (Ballad Health's Provider Participation List).
 - a. Consulte el Anexo B.
2. La Lista de Participación de Proveedores se actualizará como mínimo cada trimestre.
3. Se entregará la Lista de Participación de Proveedores sin cargo alguno.

E. Reserva del derecho de obtener reembolso de cargos de terceros

1. En caso de que un seguro, el gobierno o un tercero pagador sea responsable por cualquier porción de la factura, Ballad Health buscará el reembolso total por parte del pagador por todos los cargos incurridos por el paciente según los Cargos Usuales y Habituales a pesar de cualquier asistencia financiera que se haya otorgado de acuerdo con esta política.

F. Métodos para solicitar la calificación para asistencia financiera

1. Los pacientes pueden solicitar Asistencia Financiera:
 - a. Hablando con el personal de Servicios de Financieros para pacientes al registrarse
 - b. Descargando la AFA del sitio web de Ballad Health y enviándola con los documentos de apoyo a la dirección en el formulario.
 - c. Pidiendo una solicitud por teléfono al (423) 262-1379
 - d. A través de cualquier método especificado en la Política de Crédito y Cobranza (Credit and Collection policy)

G. Documentación para la solicitud de Asistencia Financiera

1. Para solicitar asistencia financiera se requieren los siguientes documentos:
 - a. La Solicitud de Asistencia Financiera
 - b. El ingreso familiar actual y de los dos (2) meses anteriores
 - c. La Declaración de Impuestos Federales actual y la anterior.

- d. Los estados de cuenta bancarios más recientes (cuenta corriente, de ahorros, de ahorros para gastos de salud)
- e. Carta de certificación de estampillas de alimentos, si corresponde
- f. Carta de aprobación o rechazo de Medicaid, si corresponde
- g. Verificación de gastos mensuales (del hogar, médicos y cualquier otras necesidades básicas esenciales), si corresponde
- h. Declaración de ingreso/apoyo, si corresponde

H. Presunta Calificación

- 1. Ballad Health puede determinar que algunas Personas que Califican para la FAP cumplen con los criterios de asistencia financiera basándose en una asistencia financiera aprobada con anterioridad o en otra información más allá de la proporcionada por los individuos.
 - a. Dicha información obtenida de un tercero (por ejemplo agencias de crédito, Administración del Seguro Social) puede ser utilizada para establecer el ingreso y tamaño familiar.
 - i. Esta información se comparará con los criterios de calificación para determinar la verificación.
 - b. De aprobarse a la Persona que Califica para FAP en base a la información obtenida, esta persona será considerada como que califica para asistencia financiera para todos los servicios a partir de la fecha inicial de la determinación.

I. Pacientes que califican para asistencia financiera sin documentación

- 1. Los pacientes que califican para Medicaid calificarán para el 100% de la asistencia financiera y no se les requiere completar la documentación indicada en la sección V, G, siempre y cuando se apliquen los siguientes criterios:
 - a. Se cumple con los requisitos de calificación de Medicaid después de que se proporciona el servicio
 - b. Los cargos no cubiertos suceden en un encuentro que califica para Medicaid
 - c. Los beneficios se han agotado
- 2. Los pacientes fallecidos sin patrimonio calificarán para el 100% de la asistencia financiera.

J. Reembolsos

- 1. Si una Persona que Califica para FAP pagó previamente por servicios y posteriormente califica para asistencia financiera, cualquier monto pagado en exceso de los montos adeudados según la FAP serán reembolsados a la Persona que Califica para FAP, siempre y cuando la cantidad en dólares cumpla con el requisito de dólares mínimo para el reembolso.

K. Política de crédito y cobranza

- 1. Los pacientes que no califican para asistencia financiera deben pagar en su totalidad la porción que les corresponde de la factura.

2. Ballad Health se reserva el derecho de realizar esfuerzos de cobranza que sean generalmente aceptables para recuperar pagos.
3. Las cuentas por servicios a pacientes que son capaces de pagar, pero no están dispuestos a hacerlo, se consideran deudas incobrables.
 - a. Estas cuentas se derivarán a agencias de cobranza para el pago, de acuerdo con la Política de Crédito y Cobranza.
4. Los saldos con descuento impagos de pacientes que califican para asistencia financiera se consideran deudas incobrables y se derivarán a agencias de cobranza para pago, de acuerdo con la Política de Crédito y Cobranza.
5. Ballad Health les da a los pacientes la oportunidad de solicitar asistencia financiera antes de llevar a cabo cualquier medida de cobro extraordinaria que requiera proceso legal o judicial, vender la deuda del paciente a un tercero, o reportar la falta de pago a las agencias de crédito.
 - a. Ballad Health cumplirá con los requisitos de información al notificar al paciente por lo menos treinta (30) días antes de llevar a cabo cualquier medida de cobro extraordinaria.
6. Consulte la Política de Crédito y Cobranza de Ballad Health para información extensa acerca de los procedimientos de facturación y cobro.
7. La Política de Crédito y Cobranza de Ballad Health puede encontrarse en el sitio web de Ballad Health u obtenerse sin cargo alguno comunicándose con los Servicios Financieros para Pacientes al (423) 431-1700.

L. Monitoreo de programas

1. Los departamentos de Reembolso y Servicios Financieros para Pacientes son responsables por monitorear y asegurarse de que se realicen esfuerzos razonables para determinar si los pacientes califican para asistencia financiera.

M. Publicación de la política y otros documentos requeridos

1. El "Resumen en lenguaje sencillo" que notifica a los pacientes de la asistencia financiera disponible se mantendrá y actualizará de acuerdo con cualquier modificación a la información contenida en el mismo.
 - a. Se anexa el Resumen en Lenguaje Sencillo.
 - b. El Resumen en Lenguaje Sencillo proporcionará la información requerida en Servicio de Rentas Internas (IRS) 501(r) en un lenguaje claro, conciso y fácil de entender.
2. Se encuentran disponible previa solicitud, copias electrónicas de la Política de Asistencia Financiera y de los formularios incluidos en los enlaces a continuación y en los anexos
 - a. Esta información está sujeta a actualizaciones periódicas en base a las modificaciones de la información contenidas en los mismos.

N. Difusión de la información, publicidad, y carteles:

1. Los diferentes documentos de solicitud y educativos relacionados con la obtención de asistencia financiera están ampliamente disponibles en cada

- una de las Instalaciones de la Entidad Cubiertas.
2. Todos los documentos están disponibles en el sitio web de Ballad Health y copias impresas están disponibles sin cargo alguno.
 3. La Política de Asistencia Financiera y los documentos están disponibles en los Departamentos de Emergencia de Ballad Health y en las áreas de admisión a fin de captar la atención e informar a los pacientes de sus opciones de asistencia financiera.
 4. Los siguientes documentos están disponibles al solicitarlos en persona, por correo postal, o a través del enlace al sitio web a continuación.
 - a. www.balladhealth.com/patients-and-visitors/application-for-financial-assistance
 - b. Política de Asistencia Financiera (FAP por sus siglas en inglés) (Español)
 - c. Resumen en Lenguaje Sencillo (Inglés)
 - d. Resumen en Lenguaje Sencillo (Español)
 - e. Solicitud de Asistencia Financiera (Inglés)
 - f. Solicitud de Asistencia Financiera (Español)
 - g. Medicamentos por infusión o vía oral para caridad –Farmacia Mountain States (Mountain States Pharmacy) (Inglés)
 - h. Medicamentos por infusión o vía oral para caridad – Farmacia Mountain States (Mountain States Pharmacy) (Español)
 - i. Pautas Federales de Pobreza
 - j. Política de Crédito y Cobranza – Cuentas de pacientes – Ballad Health

ENLACES:

Política de Crédito y Cobranza – Cuentas de pacientes– Ballad Health ADM-400-018-BH

Anexo A – Limitación de cargos / Cálculo de Montos Generalmente Facturados (AGB)

Anexo B – Lista de Participación de Proveedores

Medicamentos por infusión o vía oral para caridad – Farmacia Mountain States (Mountain States Pharmacy) MSOP-400-001

Resumen en Lenguaje Sencillo (Inglés)

Presidente de la junta/Presidente Director General
Ballad Health

Fecha