

Manual de póliza:	Administración/Sistema Operacional
Sección del Manual:	Pólizas de reembolso
Número de póliza:	REIMB-400-003
Fecha Efectiva:	Febrero 1, 2018
Reemplaza:	
Fecha de revisión:	

**I. TITULO: POLIZA DE ASISTENCIA FINANCIERA**

**II. PROPOSITO:**

Esta póliza de asistencia financiera (FAP) descrita aquí tiene por objetivo tanto proveer acceso a asistencia de salud para aquellos que no puedan pagar como también ofrecer rebajas en las cobranzas para aquellos que puedan pagar por una parte de los costos de su asistencia. Después de su adopción por la Junta de Directores de Ballad Health (BH), que está actuando en su capacidad de cuerpo director para cada uno de sus hospitales y clínicas médicas, esta póliza descrita aquí constituirá la póliza de asistencia financiera oficial (según el sentido dado por la sección 501(r) del Código Interno de Ingresos) para cada uno de esos hospitales o clínicas médicas.

**III. ALCANCE:**

Se aplica a todos los hospitales y clínicas médicas que pertenecen, se operan, o son administradas por Ballad Health.

**IV. DEFINICIONES:**

- A. Costos Tradicionalmente Cobrados (AGB) son los precios regulares y tradicionalmente cobrados por servicios incluidos y proveídos a las personas elegibles según la FAP, multiplicados por los AGB específicos de cada hospital generalmente cobrados por cada uno de esos servicios.**
- B. Período de solicitud es la cantidad de tiempo que un paciente tiene para enviar su solicitud completa pidiendo ayuda financiera. Los pacientes pueden solicitar la ayuda financiera antes de que se cumplan 240 días desde la fecha de su primer boleto de cobranza después de que reciba alta.**
- C. CMS es el centro de servicios para Medicare y Medicaid.**
- D. Póliza de Crédito y Cobranza significa que la póliza de Ballad Health llamada: "Póliza de Crédito y Cobranza – Servicios Financieros del Paciente," puede sufrir cambios de tiempos en tiempos.**
- E. Proveedores Cubiertos son aquellos médicos y otras personas que no sean del hospital, si existen, cuyas emergencias y otras servicios médicos necesarios están cubiertos por la FAP.**
- F. Servicios Cubiertos son los servicios de ingreso y alta de pacientes proveídos por los hospitales y clínicas médicas de Ballad Health que se hacen necesarios para salud según los parámetros de los fiscales intermediarios de Medicare de BH, según los regulamientos de Medicaid, y/o según los contratos de un pagador.**

- G.** Condición de Emergencia es una condición médica de un paciente resultada de un cambio drástico de su condición de salud con síntomas graves que, sin un tratamiento médico inmediato, pueden poner su salud en serio peligro, o resultar en el impedimento de sus funciones corporales, o resultar en la disfunción de cualquier órgano o parte de su cuerpo así como descrito en "Condiciones Médicas de Emergencia" en la sección 1867 del acto de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395dd).
- H.** Servicios de Emergencia son los servicios necesarios y apropiados para tratar un condición de emergencia.
- I.** FAP-Persona Eligible son las personas elegibles para la asistencia financiera según esta póliza sin importar si esas personas han solicitado la ayuda financiera o no.
- J.** Guía Federal de Pobreza se refiere a los requerimientos de ingresos mínimos publicados anualmente por el Departamento de Salud de los E.E.U.U y los servicios humanos y que estén en efecto en las fechas de servicio en que la asistencia financiera esté disponible.
- K.** Hospital son todos los hospitales que pertenecen o son administrados por Ballad Health en que la junta de directores de BH tenga un cuerpo de autoridad de gobierno bajo las operaciones en esos hospitales.
- L.** Porcentaje de AGB específico por Hospital se refiere al hecho de que, en cada hospital, un porcentaje proveniente de la división (1) de la suma de todos los reclamos de servicios médicos necesarios proveídos en ese hospital permitidos, durante el período relevante, por Medicare precios-por-servicios y por todos los aseguradores de salud privados, que se juntan a cualquier porción de esos reclamos que fueron pagos por beneficiarios de Medicare o Medicaid o individuos asegurados en las formas de co-pays, co-asegurados, o deducibles, por (2) los costos generalmente cobrados por esos servicios médicos necesarios. El porcentaje de AGB específico por hospital debe ser calculado antes del 30 de septiembre de cada año para cada período relevante más recientemente finalizado. Cada porcentaje de AGB específico por hospital seguirá en efecto hasta que el próximo cálculo anual basado en el más reciente período relevante finalizado sea implementado. El cálculo del porcentaje de AGB específico por hospital deberá estar de acuerdo con el "look-back method" descrito en la Regulamentación del Tesoro §1-501(r)-5(b) (1) (B).
- M.** Ingreso Familiar se refiere al total de ingresos de una familia, palabra definida según la definición del Departamento de Census (un grupo de dos o más personas que vivan juntas y que se relacionen por medio de nacimiento, casamiento, o adopción), al sumar el ingreso residencial.
- N.** Período relevante se refiere a cada período de 12 meses terminado en el 30 de junio y calculados según los reclamos pagos durante el mismo período de 12 meses.
- O.** Medicaid se refiere a todos los programas estatales y federales que incluyen (pero no se limitan a) Medicaid y TennCare.
- P.** Necesidad Médica se refiere a los servicios que requieren identificación y tratamiento de enfermedades o heridas que son o diagnosticadas o que se sospechan como medicamente necesarias llevando en cuenta el nivel más apropiado de cuidado. Para que sea considerado una necesidad médica, un servicio debe:

1. Ser necesario para tratar una enfermedad o herida;
2. Sea consistente con la diagnosis y tratamiento de la condición del paciente;
3. Estar de acuerdo con los parámetros de la buena práctica médica;
4. No ocurrir por conveniencia del paciente o del médico del paciente; y
5. Ser el tipo de cuidado más apropiado para el paciente como determinado por la condición médica del paciente y no por la situación financiera del paciente.

Servicios Emergentes son considerados servicios médicos.

CMS también define todos los servicios médicos innecesarios en 42 CFR §411.15, "Servicios especial son excluidos de la cobertura", los cuales no son incluidos en la definición de lo servicios medicamente necesarios.

- Q.** Clínica Médica significa cualquiera clínica médica operada o dirigida por BH.
- R.** Paciente sin seguro médico significa un paciente sin el beneficio del seguro médico o programas gubernamentales que puedan ser facturados por servicios cubiertos o servicios médicos proporcionados a esos pacientes, y que no estén de otra manera excluidos de esta póliza.
- S.** Paciente con seguro insuficiente significa cualquier paciente inscrito en un plan de seguro que no cumpla con los estándares de la "cobertura mínima esencial" que está definida bajo la ley de Affordable Care Act que está en existencia a partir del primero de Julio 2017 o un paciente con algún nivel de seguro gubernamental o comercial pero la parte por la cual el paciente es responsable, es decir el co-pay, el co-insurance, y deducibles, exceden su habilidad financiera de pagar en su totalidad. Los servicios no cubiertos no están incluidos.
- T.** Cargos usuales y habituales se refiere a los cargos de servicios cubiertos establecidos en el chargemaster para el hospital o la clínica médica en la época en que los servicios fueron proveídos.

## **V. POLIZA:**

### **A. Generalmente**

Ballad Health tiene una misión fuerte de satisfacer los servicios médicos de la comunidad que sirve.

Ballad Health se dedica a proporcionar atención medica de cálida a todos los pacientes independientemente de edad, sexo, orientación sexual, raza, religión, nacionalidad de origen, o la habilidad de pagar.

Individuos elegibles de FAP que tengan ingresos anuales familiares abajo de 225% de la línea Federal de la pobreza pueden ser elegibles a un descuento de 100% de los costos usuales y habituales.

Individuos elegibles de FAP que tengan ingresos anuales familiares entre 225% y 450% de la línea Federal de la pobreza pueden ser elegibles a una rebaja parcial, que estará basada en una escala móvil de ingresos, de los costos usuales y

habituales. Sin embargo, independientemente del resultado del cálculo de la rebaja, la paga solicitada no puede exceder el 15% de los ingresos anuales familiares.

Además del ingreso anual familiar, el tamaño de la familia según el censo del US Bureau, el número de dependientes (por reglas del IRS) y otros recursos pueden ser considerados para determinar la elegibilidad.

El FAP se aplica a todos los servicios emergenciales y servicios medicamente necesarios.

Otras consideraciones:

1. Todos los pacientes que estén buscando ayuda financiera deben enviar una solicitud para (AFA) y presentar documentación que apoyen la información en la solicitud, al menos que estén excluidos en las líneas siguientes de esta póliza.
2. La elegibilidad será determinada basada en la revisión de la solicitud (AFA), documentación referida, y verificación de bienes.
3. Los solicitantes serán notificados de la determinación por escrito.
4. Las circunstancias financieras únicas pueden ser sopesadas y evaluadas a cada caso individualmente.
5. La determinación de asistencia financiera puede afectar retroactivamente cualquier saldo pendiente.
6. Cualquier pago echo a la cuenta dentro de 240 días antes del primer estado de facturación será reembolsado si el paciente se califica para asistencia financiera durante el periodo de la solicitud.
7. Asistencia financiera puede ser ofrecida de acuerdo con, pero no está limitada a, los siguientes criterios:
  - Limitación de ingresos (gastos excesivos) basados en las líneas de guía de la pobreza federal y evaluación de los recursos por las líneas de guía de CMS.
  - Servicios de consulta de lactancia – efectivos durante la lactancia materna.
  - Regímenes de tratamiento oncológico
  - La inscripción en los programas de la comunidad, pero no limitándose a ellos, Appalachian Mountain Project Access, Friends in Need, Rural Health Consortium, Providence Clinic, Healing Hands
  - Descuentos por auto pago en conforme con Tenn. Code Ann.
  - Becas del departamento de salud mental de Tennessee
  - Medicamentos recetados llenados antes de emisión, refieren a la infusión y Oral Drugs Charity – Póliza de las Farmacias Ballad

**B. Exclusiones/ Circunstancias especiales**

1. Esta póliza no se aplica a los procedimientos electivos excepto cuando sea determinado solamente por discreción de BH según cada caso.
2. Los casos de implantes pueden ser examinados previamente para asistencia financiera antes del procedimiento.

### **C. Proveedores cubiertos y no cubiertos**

1. Una la Lista de proveedores cubiertos o no cubiertos por esta póliza se mantiene en la Lista de Participación de BH (Vea Anexo B).
2. La lista de participación del proveedor se actualizara trimestralmente, como minimo.
3. El acceso a la lista de participación de proveedores se dará gratuitamente.

### **D. La reserva del derecho para obtener reembolso de gastos desde terceras partes**

En el evento que un seguro, el gobierno, o un pagador de tercera parte sea responsable por cualquier parte de los costos, BH buscará el reembolso completo desde el pagador por todos los cargos incurridos por el paciente según los costos Regulares y Cobranza habitual a pesar de cualquier ayuda financiera concedida por esta póliza.

### **E. Métodos para solicitar la elegibilidad de Asistencia Financiera**

Las maneras com los pacientes pueden solicitar la Asistencia Financiera son:

1. Hablando con el personal de servicios financieros del paciente al registrarse
2. Descargando el AFA desde el sitio de Web de Ballad Health y enviando el AFA y la documentación de apoyo al domicilio que está en el formulario
3. Pidiendo una solicitud por teléfono (423)262-1379
4. Usando cualquier método especificado en la póliza de Credito y Colección.

### **F. Documentación para solicitud de Asistencia Financiera**

Para solicitar la asistencia financiera los siguientes documentos son requeridos:

1. La solicitud de Asistencia Financiera
2. El ingreso familiar actual y de los dos meses anteriores
3. La declaración actual y anterior de impuestos federal sobre ingresos
4. Lo extractos bancarios más actuales (de cheques, de ahorros, de ahorros de salud)
5. La carta de certificación de estampillas de comida, si procede
6. La carta de aprobación o rechazo para Medicaid, si procede
7. Verificación de gastos mensuales (alojamiento, médico, y cualquier otra necesidad básica esencial), si procede
8. Declaración de ayuda financiera/ingresos, si procede

### **G. Elegibilidad presunta**

Ballad Health puede determinar si algunos individuos elegibles para FAP cumplen los criterios para la asistencia financiera basándose en una asistencia financiera

aprobada anteriormente o una información aparte de eso directamente proporcionado por los individuos. Dicha información obtenida de una tercera parte, es decir agencias de crédito, Administración de la Seguridad Social, se pueden usar para establecer los ingresos y el tamaño de la familia. Esta información será comparada con el criterio de elegibilidad para determinar la verificación. Si el individuo elegible para FAP es aprobado para la asistencia financiera para todos los servicios desde la fecha efectiva de la determinación.

#### **H. Pacientes que se califiquen para la asistencia financiera sin documentación**

1. Pacientes elegibles para Medicaid se calificarán a 100% de asistencia financiera y no están obligados a completar la documentación requerida debajo V (F) cuando se aplican los siguientes criterios:
  - Los requisitos de elegibilidad de Medicaid se cumplen luego de que se da el servicio.
  - Cargos no cubiertos ocurren en un encuentro elegible para Medicaid
  - Los beneficios se han agotado
2. Pacientes que han fallecido sin herencia se calificarán a 100% de asistencia financiera

#### **I. Reembolso**

Si un individuo elegible para FAP pagó por servicios anteriormente y después se calificó para la asistencia financiera, cualquier monto pagado en exceso del total adeudado por el FAP será retornado al individuo elegible para FAP siempre que la cantidad satisfaga los requisitos mínimos para dar reembolsos.

#### **J. Póliza de crédito y cobranza**

1. Pacientes no elegibles a recibir asistencia financiera deben pagar la totalidad de su porción de la factura.
2. BH se reserva el derecho de tomar esfuerzos de cobranza generalmente aceptables para recuperar el pago.
3. Las cuentas por servicios para pacientes que son capaces de pagar, pero no están dispuestos a hacerlo, se consideran deudas incobrables. Estas cuentas se remitirán a las agencias de cobranza para recibimiento del pago de acuerdo con la Póliza de Crédito y Cobranza.
4. Los saldos pendientes descontados del pago de los pacientes que se califiquen para asistencia financiera se consideran deudas incobrables y se remitirán a las agencias de cobranza para recibimiento del pago de acuerdo con la Póliza de Crédito y Cobranza.

BH da a los pacientes la oportunidad de solicitar asistencia financiera antes de tomar cualquier acción de cobro extraordinario que requiera un proceso legal o judicial, vendiendo la deuda del paciente a otra parte, o antes de informar la falta de pago a las agencias de crédito. BH cumplirá con los requisitos de informe que

requieren que se notifique al paciente al menos 30 días antes de realizar cualquier acción de cobro en particular.

Consulte la Póliza de crédito y cobranza de Ballad Health para obtener información completa sobre los procedimientos de facturación y cobranza.

La Póliza de cobro y crédito de Ballad Health se puede encontrar en la pagina web de BH o se puede obtener gratis contactando a los Servicios financieros para pacientes:

(423) 431-1700

### **K. Monitoreo de Programas**

Los departamentos de Reembolso y Servicios Financieros para Pacientes son responsables por monitorear y asegurar razonables esfuerzos que determinan si el paciente es elegible a asistencia financiera.

### **L. Publicacion de la Poliza y Otros Documentos Requerido**

1. Un "Resumen en Lenguaje Sencillo" notificando a pacientes a quiénes BH ofrezca asistencia financiera se mantendrá y actualizará según ocurran cambios en la información contenida en este. El Resumen en Lenguaje Sencillo está adjuntado. El Resumen en Lenguaje Sencillo proveerá la información requerida por IRS 501(r) en lenguaje claro, conciso y fácil para entender.
2. Copias electrónicas de la Póliza de Asistencia Financiera y las formas que se encuentran en los enlaces abajo y Exhibiciones están disponibles a petición. Esta información está sujeta a actualizaciones periódicas según ocurran modificaciones en la información contenida en ella.

### **M. Difusión de Información, Publicidad y Posteres**

1. Los documentos educacionales y solicitudes relacionadas con obtener asistencia financiera están disponibles en cada instalación hospitalaria.
2. Los documentos están disponibles en el sitio de web de BH y copias impresas están disponibles gratuitamente.
3. La Póliza de Asistencia Financiera y documentos están disponibles en Los Departamentos de Emergencia de Salud de Ballad Health y las áreas de admisión para atraer la atención y informar a los pacientes de sus opciones para la asistencia financiera.
4. Los documentos siguientes están disponibles a petición, en persona, por correo, o por el enlace al sitio web que se encuentra abajo.

[www.balladhealth.com/patients-and-visitors/application-for-financial-assistance](http://www.balladhealth.com/patients-and-visitors/application-for-financial-assistance)

Póliza de Asistencia Financiera (Español)

Resumen en Lenguaje Sencillo (Inglés)

Resumen en Lenguaje Sencillo (Español)

Solicitud para Asistencia Financiera (Inglés)

Solicitud para Asistencia Financiera (Español)

Medicamentos Orales y de Infusión para la Caridad – Farmacia Ballad (Inglés)

Medicamentos Orales y de Infusión para la Caridad – Farmacia Ballad (Español)

Guía Federal de Pobreza

Reglas de Crédito y Cobranza – Servicios Financieros para Pacientes

ENLACES:

Reglas de Crédito y Cobranza – Servicios Financieros para Pacientes ADM-400-018

Exhibición A – Limitaciones de Cobranza / Cálculo de Montos Facturados Generalmente

Exhibición B – Lista de Proveedores Participantes

Medicamentos Orales y de Infusión para la Caridad – Farmacia Ballad MSOP-400-001Credit and

\_\_\_\_\_  
Presidente Ejecutivo del Consejo / President, Ballad Health

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Directo Ejecutivo, Ballad Health

\_\_\_\_\_  
Fecha