



## Departamento De Servicios Financieros Del Paciente

Política/Nombre del Procedimiento: Política de Asistencia Financiera

### **I. Propósito:**

Para establecer un procedimiento efectivo y viable para aplicación y determinación para asistencia financiera por la incapacidad del paciente de pagar.

The Bellevue Hospital es una organización de exención fiscal y caritativa bajo el Código de Impuestos Internos 501 (c) que provee servicios de asistencia médica en el base no-lucrativo a todas las personas que necesiten sin consideración de raza, creencia, o incapacidad de pagar. Sujeto a los términos y condiciones abajo, pacientes no asegurados quienes no tienen el poder de pagar para servicios provistos pueden solicitar - y también se les harán motivados a pedir asistencia financiera.

Consistente con su misión de proveer asistencia médica de buena calidad para la comunidad, The Bellevue Hospital está comprometido de proveer asistencia financiera para los individuos no asegurados o individuos con seguro insuficiente quienes necesiten tratamiento de emergencia o medicamento necesaria, y que no puedan pagar por el cuidado. The Bellevue High School Financial Assistance Policy (FAP) (Póliza de Asistencia Financiera) existe para proveerles a los pacientes calificados asistencia médica rebajada (parcialmente o completamente).

Asistencia Médica De Emergencias - en conformidad con el Acto de Tratamiento y Labor de Emergencia (EMTALA), The Bellevue Hospital les proveerá, sin discriminación, asistencia para condiciones de emergencia a los individuos sin tener en cuenta tanto si son calificados para asistencia financiera o si no pueden pagar.

### **II. Póliza**

Asistencia financiera está provista solamente cuando se considere el cuidado como necesario médicamente y después de que los pacientes cumplan con todo el criterio financiero. The Bellevue Hospital ofrece asistencia gratis tanto como asistencia rebajada, dependiendo del tamaño de la familia y la renta del individuo.

Es posible que se les pida a los pacientes buscando asistencia que soliciten programas externos (tal como Medicaid o seguros por el mercado público) como apropiado antes de que se determine la elegibilidad bajo esta póliza. Adicionalmente, es posible que se motiven a algunos pacientes no asegurados que compren seguros de médico para ayudar a asegurar la accesibilidad de asistencia médica y el bienestar en general.

Es posible que los pacientes no asegurados (quienes no califican para asistencia financiera) reciban un descuento de sus cargos totales por sus servicios médicamente necesarios. Se espera que estos pacientes paguen el total restante para cuidados, y pueden trabajar con consejeros financieros para establecer un plan de pago basado en su situación financiera.

### **III. Definiciones**

Los siguientes términos están destinados a ser interpretado como sigue dentro de esta póliza:

1. **Cuidos de Caridad:** Servicios médicamente necesarios, prestados sin la expectativa de pago completo, para pacientes que cumplen con el criterio establecido por esta póliza.
2. **Necesario Médicamente:** Servicios del hospital o cuidado prestados, paciente externo o persona hospitalizada, a un paciente para diagnosticar, aliviar, corregir, curar, o prevenir el comienzo o empeoramiento de condiciones que ponen la vida en peligro, causar el sufrimiento o dolor, causar deformidades físicas o mal funcionamiento, amenazar a causar o agravar a una discapacidad, o resultar en enfermedades o debilidades generales.
3. **Cuidos de Emergencia:** Cuido inmediato que sea necesario para prevenir poner la salud del paciente en peligro serio, discapacidad seria a las funciones del cuerpo, y/o disfunción de órganos o partes del cuerpo.
4. **No Asegurado:** Pacientes sin seguros o asistencia de tercera persona para ayudarles a resolver su obligación financiera a proveedores de asistencia médica.
5. **Con seguro insuficiente:** Pacientes cuyos gastos extras son más de 25% de su renta (de familia) anual
6. **Cantidad Facturada Generalmente (AGB):** La cantidad facturada (generalmente) a los pacientes asegurados para cuidados emergentes o médicamente necesarios (determinada como se ha descrito en sección (B) de la póliza abajo.
7. **Cargos Totales:** La cantidad completa cargada por The Bellevue Hospital por artículos y servicios antes de cualquier descuento, prestaciones contractuales, o deducciones son aplicados.

### **IV. Procedimientos**

#### **(A) Elegibilidad**

Solicitudes para asistencia financiera tienen que ser entregadas dentro de 3 años desde la fecha de la segunda factura.

Servicios calificados para asistencia financiera incluyen: cargos del hospital por cuidados de emergencia, servicios considerados médicamente necesarios por The Bellevue Hospital, y en general, cuidados no electivos y necesarios para prevenir a la muerte o efectos adversos a la salud del paciente.

- Se excluyen a pagos de: médico de ER, radiólogo, anestesiólogo, drogas autoadministradas, y otros pagos profesionales.



The Bellevue Hospital no les facturará a los pacientes calificados para asistencia financiera más que las cantidades facturadas generalmente a pacientes no asegurados.

- Servicios de Paciente Externo - Determinación de elegibilidad es buena por 90 días del servicio inicial de paciente externo.
- Servicios de Paciente Hospitalizada - Elegibilidad tiene que ser determinada para cada admisión hospitalizada a menos que el/la paciente esté readmitido/a dentro de 45 días después de alta por la misma condición subyacente.

The Bellevue Hospital participa en el Programa de Garantía de Cuidos del Hospital (HCAP), un programa mandado por el estado de Ohio.

1. HCAP- Hospital Care Assurance Program

- a. Una persona está calificada si cumple con todas estas tres condiciones: A
- La renta del individuo o de la familia está al (o bajo) nivel de la guía federal de pobreza (=or < 100%) por el tamaño de la familia.
  - El individuo es un residente de Ohio y no está recibiendo asistencia pública en otro estado.
  - El individuo no es receptor del programa Medicaid.

2. Bellevue Care Assistance / Cuidos de Caridad – Requerimientos de residencia de Ohio no se aplican.

- a. No asegurado - Cuido de Caridad no Compensada (sin seguros)
- Una persona está calificada si el individuo o la familia está sobre la guía federal de pobreza pero menos que o igual a 400% para el tamaño de la familia, y el individuo no tenga cobertura indicado en la gráfica abajo:

Nivel de Pobreza	101-200%	201-300%	301-400%
Descuento de BCAt	100%	75%	57%

b. Asegurado-Cuido de Caridad No Compensada (con seguros)

- Una persona asegurada está calificada para un descuento parcial si el individuo está o familia está sobre la guía federal de pobreza pero menos que o igual a 300% para el tamaño de la familia y si cumpla con el siguiente criterio:
  1. Pacientes/garantes cooperarán con el intercambio de toda la información de tercera persona incluyendo: información de vehículo u otra información de accidentes, peticiones para coordinación de beneficios, información preexistente, u otra información necesaria para adjudicar reclamaciones, etc.
    - a. Estos recursos tienen que ser acabados antes de que el/la paciente reciba asistencia financiera.

Nivel de Pobreza	101-200%	201-300%
Descuento de BCA	50%	30%

- c. Receptor de Medicaid (fuera del estado)-
- Los/las pacientes cubiertos/as por Medicaid fuera del estado donde el hospital no es un proveedor autorizado y cuando el Plan de Medicaid fuera del estado rechaza reembolso, serán calificados para asistencia financiera después de verificación de cobertura de Medicaid por las fechas de servicio.
    1. El/la paciente no tendrá que hacer una solicitud formal para asistencia. Es posible que el hospital entregue la solicitud y verificación de cobertura como prueba de cualificación.

**3. Asistencia Financiera Para Situaciones Catastróficas**

- a. Se revisarán para descuento los costos médicos que resultan en deudas responsables al paciente más grande de 25% de la renta anual total de la familia
- b. En estos casos, es posible que la documentación adicional sea necesaria.
- c. Se revisarán las solicitudes por CFO para determinar la asistencia.

Pacientes no asegurados/as que no son calificados para asistencia financiera bajo esta póliza debido al sobrepasar los requisitos de renta pueden ser calificados para recibir un descuento igual al porcentaje de AGB para cuidados médicamente necesarios y cuidados de emergencia que reciben.

Para determinaciones para elegibilidad de asistencia financiera, se requerirán que los pacientes entreguen una solicitud completada y firmada para asistencia financiera. También, es posible que se requiera una cita o discusión con consejeros financieros del hospital.

**(B) Renta**

Se definirá al término 'renta' como salario total, sueldos, y recibos antes de los impuestos.

1. Recibos que reflejan deducciones justas por gastos asociados se contarán para trabajo autónomo de la granja y no granja.
2. La pensión alimenticia es renta cuando el paciente es el niño para quién el pago de apoyo está planeado. Si la madre o el padre es el/la paciente, la pensión alimenticia no será renta.

Una solicitud completada y firmada se usará para determinar y calcular las rentas. Documentación adicional no es necesaria, pero es posible que se pida si es necesario.

Si se reporta ninguna renta, el paciente/solicitante tendrá que clarificar cómo sobrevive. Esta información se documentará o se fijará a esta solicitud.



Si un cliente de pago de deducible de Medicaid (spend-down) no ha llegado a su total para el pago de deducible, el paciente puede usar los gastos contraídos para asistencia.

Cuando se determina la elegibilidad de pacientes, The Bellevue Hospital no considera la raza, el género, la edad, la orientación sexual, la afiliación religiosa, o estado social o inmigrante.

### **(C) Totales Cargados A Los Pacientes**

Al establecer la elegibilidad para asistencia financiera, The Bellevue Hospital no les cobrará a los pacientes quienes son calificados para asistencia financiera más que las cantidades facturadas generalmente a los pacientes no asegurados para cuidados de emergencia o cuidados médicamente necesarios.

Para calcular las cantidades facturadas generalmente, The Bellevue Hospital usa el método "Look back" descrito en sección 4(b)(2) del Servicio de Rentas Internas (IRS) y regla final (501(r) de la Tesorería. En este método, The Bellevue Hospital usa información basada en las reclamaciones enviadas a Medicare "pago por servicio" y los seguros privados para cuidados de emergencia y cuidados médicamente necesarios del año pasado para determinar el porcentaje de cargos totales que se permite típicamente. Entonces, se multiplica la cantidad facturada generalmente (AGB) por cargos totales para cuidados de emergencia y médicamente necesarios para determinar la cantidad facturada generalmente (AGB). The Bellevue Hospital recalcula el porcentaje cada año.

El porcentaje actual de AGB está listado en apéndice A de esta póliza.

### **(D) Solicitar Asistencia Financiera**

Para solicitar la asistencia financiera, los pacientes tienen que entregar una solicitud completada y firmada a:

The Bellevue Hospital  
Attention: Financial Counseling  
PO Box 8004  
Bellevue OH 44811

Se obtienen la información sobre asistencia financiera y las solicitudes como sigue:

- Obtenga una solicitud del/la recepcionista principal del hospital, el/la recepcionista de la sala de emergencia, o de Servicios de Finanzas de Pacientes. Pida que se le envíe una solicitud al llamar a un consejero(a) financiero (41) 48304040 ext. 4888.
- Pida una solicitud por correo a The Bellevue Hospital, Attention: Financial Counseling, PO Box 8004, Bellevue OH 44811
- Baje una solicitud del sitio de web: [www.bellevuehospital.com/financialassistance](http://www.bellevuehospital.com/financialassistance)



Para más información sobre programas de asistencia financiera o para ayuda con completar la solicitud,

Patient Financial Services office at 419-483-4040 ext. 4888  
Las horas son: 8am- 4:30pm, Lunes-Viernes

**(E) Proveedores Elegibles**

Información para proveedores que se excluyen de esta póliza de asistencia financiera está listada en el Apéndice B.

Apéndice B:

AGB Actual/Descuento No Asegurado de Pago Automático:

<u>Año</u>	<u>Cantidad de Descuento</u>
2016	55%
2017	57%
2018	57%
2019	57%
2020	57%
2021	57%
2022	57%
2023	61.2%

Apéndice B: Proveedores Cobrados:

Los servicios médicos independientes no cobrados bajo La Póliza De Asistencia Financiera del Bellevue Hospital están listados abajo. Los pacientes deberían contactar directamente a los proveedores para inquirir información de asistencia financiera.

Riverside Radiology and Interventional Associates  
PO Box 713815  
Cincinnati, OH 45271-3815  
866-863-6739

Clinical Colleagues, Inc.  
PO BOX 824246  
Philadelphia, PA 19182  
800-927-0118

Emergency Professional Services  
National Patient Service Center  
Po Box 634704  
Cincinnati, OH 45263-4704  
888-952-6772