

**Fundación del Hospital de la Mujer
Baton Rouge, Louisiana
Manual de Política Administrativa**

APROBACIÓN: Política administrativa N°: 118 Fecha de vigencia: 10/98

Teri G. Fontenot Revisión/Fechas de revisión: 5/99, 9/04, 06/06, 2/09, 9/11, 10/16
Presidente y CEO

Programa de asistencia financiera

I. PROPÓSITO

La política describe la asistencia financiera que se proporciona a los pacientes calificados de bajos ingresos para que reciban los servicios de atención de emergencia y médicamente necesarios en el Hospital de la Mujer (Woman's Hospital) y sus clínicas asociadas, incluida la Clínica LSU que es operada en asociación con LSU y el Departamento de Salud de Louisiana (LDH, por sus siglas en inglés).

II. POLÍTICA

El Hospital de la Mujer es una organización sin fines de lucro con la misión de mejorar la salud de las mujeres y los bebés. Es líder en la atención centrada en la mujer y la familia con los siguientes valores:

- * Respeto: aceptar y apreciar las diferencias; el Hospital de la Mujer valora la diversidad y procura entender las diferencias en las culturas, opiniones y perspectivas.
- * Innovación: crear y aceptar el cambio para mejorar los resultados; el Hospital de la Mujer mejora las vidas al aceptar los desafíos, sin rendirse nunca e impulsando ideas nuevas sin descanso.
- * Compasión: demostrar bondad hacia los demás y cuidarnos unos a los otros; en el Hospital de la Mujer mostramos gentileza y consideración a través de nuestras acciones y expresiones.
- * Excelencia: dar lo mejor en lo que hacemos; el Hospital de la Mujer se esfuerza por superar las expectativas de nuestros colegas, pacientes e invitados.

Los pacientes que tengan derecho a la asistencia financiera recibirán atención gratuita o con descuento en servicios de emergencia y medicamente necesarios. Esta política está destinada a cumplir las leyes federales y estatales. El Hospital de la Mujer no discrimina por motivos de edad, sexo, raza, credo, color, discapacidad, orientación sexual o nacionalidad al tomar una determinación de asistencia. La asistencia financiera está disponible para los pacientes que residan dentro del área de atención, incluidos los residentes que no sean ciudadanos de los Estados Unidos de América pero que hayan establecido su residencia dentro del área de atención.

III. DEFINICIONES

Las siguientes definiciones son aplicables para todas las secciones de esta política.

Monto generalmente facturado: el monto generalmente facturado (AGB, por sus siglas en inglés) es una tasa determinada utilizando un método de retrospectiva. El monto del pago esperado por parte de un paciente, o del garante de un paciente, que se ha determinado que califica para recibir asistencia financiera no superará la tasa AGB. La tasa AGB se calculará con base en los reclamos permitidos para pacientes cubiertos por tarifa por servicio de Medicare, Medicaid y todas las compañías de seguro privadas.

Atención caritativa: asistencia que se proporciona a los pacientes de la Clínica LSU o al garante del paciente; si el paciente no cuenta con un seguro, es un residente de Louisiana y califica de acuerdo con los criterios de ingresos. La asistencia también se extenderá a las pacientes de la Clínica LSU que califiquen para recibir atención caritativa en servicios de obstetricia y ginecología relacionados que se prestan en el Hospital de la Mujer.

Ingresos familiares: el ingreso familiar de un solicitante incluye los ingresos brutos de todos los miembros adultos de la familia que viven en el hogar e incluidos en la declaración de impuestos federal más reciente. En el caso de los pacientes menores de 18 años de edad, los ingresos familiares incluyen el de los padres y/o padrastros o tutor legal. Si el paciente vive en el hogar de un progenitor, se considerarán los ingresos familiares de aquellos que viven en ese hogar.

Se considerarán las siguientes fuentes de ingresos para determinar la elegibilidad para recibir asistencia: ganancias, indemnización de desempleo, indemnización por accidente de trabajo, pagos del Seguro Social, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobrevivientes, ingresos por pensión o jubilación, pensión alimenticia, manutención infantil, intereses, dividendos y cualquier otra fuente de ingresos diversos.

Los ingresos familiares se determinan sobre una base antes de impuestos.

Nivel Federal de Pobreza: el Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) usa umbrales de ingresos que varían según el tamaño y la composición de la familia para determinar quién está en situación de pobreza en los Estados Unidos. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos lo actualiza anualmente en el Registro Federal de acuerdo con lo dispuesto en el apartado (2) del artículo 9902 del título 42 del Código de los Estados Unidos. Los lineamientos actuales del FPL se pueden consultar en <http://aspe.hhs.gov/POVERTY>

Asistencia financiera: asistencia proporcionada a pacientes que califican, o garantes, para eximirlos de la totalidad o parte de su obligación financiera por la atención médica de emergencia o necesaria brindada por el Hospital de la Mujer.

Atención médica gratuita: exoneración del 100% de la obligación financiera del paciente en servicios médicos que cumplen los requisitos prestados por el Hospital de la Mujer a pacientes sin seguro o subasegurados, o a sus garantes, con ingresos familiares anualizados iguales o inferiores al 200% del Nivel Federal de Pobreza.

Garante: persona distinta al paciente responsable del pago de la factura del paciente.

Cargos brutos: cargos totales a la tarifa establecida total para la prestación de servicios de atención médica al paciente antes de efectuar reducciones o deducciones de los ingresos.

Clínica LSU: la Clínica LSU es gestionada por el Hospital de la Mujer en sociedad con LSU y el Departamento de Salud de Louisiana.

Indigencia médica: los solicitantes con ingresos familiares brutos anualizados que superen los umbrales del Nivel Federal de Pobreza para recibir descuentos de atención médica gratuita o parcial pueden calificar para recibir asistencia cuando se consideran los gastos médicos familiares contraídos durante los seis meses anteriores. El total de gastos médicos de bolsillo de cualquier proveedor de atención médica que hayan contraído en los seis meses anteriores los miembros de la familia del solicitante que viven en el hogar e incluidos en la declaración de impuestos federal más reciente se restará de los ingresos familiares brutos. Esa cifra de ingresos familiares ajustados se usará para determinar la elegibilidad para recibir asistencia.

Medicamente necesario: definido por el programa estatal de Medicaid de Louisiana como aquellos servicios de atención médica de acuerdo con las normas médicas generalmente aceptados basados en la evidencia o lo que la mayoría de los médicos (u otros profesionales independientes con licencia) dentro de la comunidad de sus respectivas organizaciones profesionales consideran que es la norma de atención.

Atención médica con descuento parcial: se otorgará un descuento del 60% en los servicios médicos que cumplen los requisitos prestados por el Hospital de la Mujer a pacientes no asegurados y subasegurados, o a sus garantes, con ingresos familiares anualizados superiores al 200% e iguales o inferiores al 300% del Nivel Federal de Pobreza para proporcionar alivio a la obligación financiera del paciente por tales servicios.

Período de calificación: si se determina que los cumplen los requisitos para recibir asistencia financiera se les otorgará asistencia durante un período de seis (6) meses a partir de la fecha en que se determine la elegibilidad. La asistencia financiera se aplicará retroactivamente a los cargos por servicios que cumplen los requisitos efectuados dentro de los 240 días posteriores al primer estado de cuenta después del alta.

Área de atención: el área de atención principal son los distritos de Ascension, East Baton Rouge, Livingston y West Baton Rouge. El área de atención secundaria incluye a todos los demás distritos del Estado de Louisiana. Solo los residentes del área de atención principal o secundaria califican para recibir atención caritativa. El Hospital de la Mujer tiene la posibilidad a su total criterio de extender la asistencia financiera a solicitantes fuera del Estado con base en hechos y circunstancias particulares según el caso.

Paciente subasegurado: persona con cobertura de seguro privado o público a quien le significaría una dificultad financiera pagar completamente los gastos de bolsillo de los servicios médicos prestados por el Hospital de la Mujer.

Paciente sin seguro: paciente sin cobertura de terceros proporcionada a través de una aseguradora comercial de terceros, un plan ERISA, un Programa Federal de Atención Médica (incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y Tricare), indemnización por accidente de trabajo u otra asistencia de terceros para ayudar con el cumplimiento de las obligaciones de pago de un paciente.

IV. SERVICIOS QUE CUMPLEN LOS REQUISITOS

Los servicios que cumplen los requisitos conforme a esta política deben ser clínicamente apropiados y estar incluidos dentro de las normas de práctica médica generalmente aceptadas. Incluyen los siguientes servicios de proveedores de atención médica empleados por el Hospital de la Mujer y prestados en las instalaciones del Hospital de la Mujer.

1. Servicios médicos de emergencia prestados en un centro de emergencias. Se seguirá prestando atención médica en un centro de emergencias hasta que se haya estabilizado el estado del paciente antes de cualquier determinación de acuerdos de pagos.
2. Servicios médicamente necesarios, por ejemplo, servicios de atención médica ambulatorios o como paciente hospitalizado prestados con fines de evaluación, diagnóstico y/o tratamiento de una lesión, dolencia, enfermedad o sus síntomas.
3. Servicios para una afección que, si no se trata inmediatamente, podría derivar en un cambio adverso para el estado de salud del paciente.
4. Servicios no electivos prestados en respuesta a circunstancias que pongan en riesgo la vida en un entorno que no sea una sala de emergencias.

Los servicios que no califican para recibir asistencia financiera incluyen lo siguiente:

1. Procedimientos electivos y procedimientos que no son médicamente necesarios.
2. Cirugía cosmética, procedimientos clínicos de fertilidad y procedimientos bariátricos no cubiertos por el seguro.
3. Servicios recibidos en centros del Hospital de la Mujer pero prestados por proveedores no empleados por ese hospital. Tales servicios pueden incluir aquellos prestados por: radiólogos, anesthesiólogos, neonatólogos, patólogos y otros especialistas. Se anima a los pacientes a ponerse directamente en contacto con estos proveedores para preguntar sobre la asistencia que pueden brindar por sus servicios.
4. Los servicios médicos en la Clínica LSU son prestados por médicos que no están empleados por el Hospital de la Mujer. Estos médicos no están cubiertos conforme a esta política y se anima a los pacientes a ponerse directamente en contacto con estos médicos para preguntar sobre la asistencia que pueden brindar por sus servicios.

Consulte en el Apéndice I adjunto una lista de proveedores o servicios cubiertos conforme a esta política. El Hospital de la Mujer mantiene una lista de proveedores, que está disponible a solicitud y de forma gratuita.

V. SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA

El Hospital de la Mujer se ocupará de las afecciones de emergencia, o realizará exámenes de detección para determinar si existe una afección médica de emergencia, en los pacientes que soliciten esa atención, o para quien un representante haya hecho una solicitud si el paciente no es capaz de hacerlo, independientemente de la situación financiera del paciente. Dicho tratamiento no se demorará con el fin de determinar la asistencia financiera, investigar métodos de pago, o cobertura de seguro o situación. De acuerdo con la política del Hospital de la Mujer, se prohíben las medidas de cobro que puedan desalentar a la gente a solicitar atención médica de emergencia.

VI. ELEGIBILIDAD Y ASISTENCIA

Se extenderá la asistencia a pacientes sin seguro y subasegurados, o al garante de un paciente, según los ingresos familiares, la residencia y las obligaciones médicas (ver el Apéndice II). Se espera que los pacientes o los garantes de los pacientes colaboren con el proceso de solicitud descrito en esta política para obtener asistencia financiera. El solicitante presentará una solicitud de asistencia financiera completa con documentación antes de la prestación de los servicios, si es posible.

A los solicitantes que potencialmente cumplen los requisitos para Medicaid, pero que no solicitan dichos beneficios en los plazos de Medicaid, se les puede negar la asistencia financiera.

Normalmente, la asistencia financiera no está disponible para copagos de pacientes ni deudas pendientes después del pago del seguro si el paciente no cumple razonablemente los requisitos del seguro, como los relativos a la coordinación de los beneficios.

Atención completa gratuita: el monto total de los cargos del Hospital de la Mujer se considerará cubierto con asistencia caritativa en pacientes no asegurados, o con asistencia financiera en cualquier paciente sin seguro o subasegurado, o garante del paciente, cuyos ingresos familiares brutos anualizados sean iguales o inferiores al 200% del nivel federal de pobreza. Esta asistencia se otorgará a los pacientes asegurados después de que se hayan agotado todas las opciones de pago de terceros disponibles para el solicitante.

Atención con descuento: el Hospital de la Mujer ofrece un descuento parcial del 60% a todo paciente sin seguro cubierto con atención caritativa, o a todo paciente sin seguro o subasegurado, o garante del paciente, con ingresos familiares brutos anualizados superiores al 200% pero iguales o inferiores al 300% del nivel federal de pobreza. Esta asistencia se otorgará a los pacientes asegurados después de que se hayan agotado todas las opciones de pago de terceros disponibles para el solicitante.

Indigencia médica: El Hospital de la Mujer puede proporcionar asistencia financiera a los pacientes, o a los garantes de los pacientes, después de reducir los ingresos familiares anualizados por el monto de los gastos médicos familiares contraídos durante el período de seis meses antes de la fecha de la solicitud. En tales casos, el total de gastos médicos de bolsillo de cualquier proveedor de atención médica que hayan contraído en los seis meses anteriores los miembros de la familia del solicitante que viven en el hogar e incluidos en la declaración de impuestos federal más reciente se restará de los ingresos familiares brutos. Esa cifra de ingresos familiares anuales ajustados se usará para determinar la elegibilidad para recibir asistencia.

La cantidad de asistencia financiera para una persona no debe superar los \$60,000.00 sin la aprobación del Director Ejecutivo.

VII. MONTOS GENERALMENTE FACTURADOS

El Hospital de la Mujer ha optado por utilizar un método de retrospectiva para determinar el monto generalmente facturado (AGB, por sus siglas en inglés). Según este método, el Hospital de la Mujer calcula el descuento porcentual anual sobre los reclamos permitidos para la atención médica de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios proporcionados a los pacientes cubiertos por tarifa por servicio de Medicare, Medicaid y todas las compañías de seguro privadas. El porcentaje de los AGB se actualizará anualmente. No se espera que los pacientes que califiquen para recibir asistencia financiera paguen los cargos brutos por los servicios que cumplen los requisitos mientras estén cubiertos por esta política de asistencia financiera. Si tiene dudas sobre el cálculo del AGB, diríjase a:

Woman's Hospital
Attn: Patient Accounting

8850 Airline Highway
Baton Rouge, LA 70815
(225) 924-8106

VIII. SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Las determinaciones de elegibilidad para recibir asistencia se basarán en la política del Hospital de la Mujer y en una evaluación de la necesidad financiera del solicitante. A los pacientes se les ofrecerá información sobre la política de asistencia financiera y el proceso para presentar la solicitud. Las solicitudes pueden presentarse hasta 240 días posteriores a la fecha del primer estado de cuenta después del alta.

El Hospital de la Mujer hará un esfuerzo razonable para explicar los beneficios de Medicaid y otros programas de cobertura disponibles a los pacientes o al garante del paciente. El Hospital de la Mujer ayudará a los pacientes, o a los garantes de los pacientes, a solicitar programas de cobertura para pagar los servicios de salud. Se espera que los pacientes, o sus garantes, identificados como potencialmente calificados para recibir Medicaid u otros programas, colaboren y soliciten dichos programas. Si los pacientes, o sus garantes, deciden no colaborar en la solicitud de tales programas es posible que se les niegue la asistencia financiera.

Cuando un solicitante presente una solicitud de asistencia financiera incompleta, se le enviará un aviso escrito que describa la información exigida o la documentación necesaria para completar la solicitud. Se informará al solicitante de que esa información se debe recibir dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que se haya puesto el sello de correo al aviso. Si la información necesaria para completar la solicitud no se presenta en el plazo de 30 días, se puede denegar la solicitud de asistencia.

La información sobre esta política de asistencia financiera se comunicará a los pacientes en un lenguaje fácil de entender, adecuado a la cultura, y en el idioma principal hablado por 1,000 o el 5%, la cifra que resulte menor, de los residentes en comunidades que compongan el área de atención principal del Hospital de la Mujer.

Documentación:

La elegibilidad para recibir asistencia se basa en la necesidad financiera del solicitante al momento de presentar solicitud. En general, la documentación debe presentarse junto con una solicitud de asistencia. Si no se proporciona la documentación adecuada, el Hospital de la Mujer se pondrá en contacto con el solicitante para pedirle la información exigida.

Se usará la siguiente documentación de ingresos para determinar los ingresos familiares anualizados.

- 1.) Copias de los dos talones de pago más recientes (si los talones de pago no están disponibles, se puede sustituir por los ingresos brutos ajustados de la declaración de impuestos federal más reciente).

- 2.) Si es trabajador por cuenta propia, una copia de la declaración de impuestos federal del año fiscal más reciente, incluidos todos los anexos, W-2 y 1099.
- 3.) Si está desempleado: verificación de cualquier remuneración recibida. Por ejemplo: indemnización por desempleo, indemnización por accidente de trabajo, declaración propia de ingresos o apoyo que se le proporciona al solicitante.
- 4.) Documentación de respaldo, según sea necesario para verificar otras fuentes de ingresos, tales como determinaciones de beneficios, estados de cuenta bancarios o copias de la declaración de impuestos federales más reciente.

Aquellos que soliciten indigencia médica tendrán que presentar una prueba de las obligaciones médicas pendientes. Se tendrán en cuenta los gastos médicos del Hospital de la Mujer y/o de otros proveedores de atención médica contraídos durante los seis meses anteriores a la fecha de la solicitud para determinar la elegibilidad.

Documentación del gasto médico:

Los solicitantes están obligados a proporcionar un estado de cuenta del paciente o una factura como prueba de la responsabilidad del paciente.

Las consultas para recibir asistencia financiera, las solicitudes de ayuda para completar una solicitud o las solicitudes completadas deben dirigirse a la siguiente oficina:

Woman's Hospital
Attn: Financial Assistance Counselor
100 Woman's Way
Baton Rouge, LA 70817
Teléfono (225) 924-8354

IX. ELEGIBILIDAD PRESUNTA

Atención caritativa: el Hospital de la Mujer utilizará un modelo de evaluación reconocido de presunción de elegibilidad de la industria de la salud basado en las bases de datos de registros públicos para agilizar el proceso de calificar a los pacientes de la Clínica LSU para recibir atención caritativa. Este modelo predictivo incorpora datos del registro público para calcular una puntuación de capacidad socioeconómica y financiera que incluye estimaciones de ingresos y necesidades financieras.

La tecnología electrónica está diseñada para evaluar a cada paciente según los criterios de esta política y se calibra de acuerdo con las aprobaciones históricas para recibir atención caritativa del Hospital de la Mujer brindada a los pacientes de la

clínica LSU conforme al proceso de solicitud tradicional. De acuerdo con esta política, los datos obtenidos en esta revisión electrónica de elegibilidad constituirán la documentación adecuada para recibir atención caritativa.

Cuando se utiliza la evaluación electrónica como base para la elegibilidad presunta, se otorgará un descuento por atención completa gratuita en los servicios que cumplen los requisitos.

Si un paciente no califica de acuerdo con el proceso de evaluación de elegibilidad presunta, el paciente puede solicitar atención caritativa al presentar una solicitud a través del proceso tradicional.

Asistencia financiera: El Hospital de la Mujer es consciente de que es posible el proceso de solicitud de asistencia financiera resulte inadecuado en algunos pacientes. En esas circunstancias, se pueden utilizar otras fuentes de información para hacer una evaluación individual de la necesidad financiera. Esa información permitirá tomar una decisión informada sobre la necesidad financiera de esos pacientes que no respondan utilizando las mejores estimaciones disponibles a falta de la información proporcionada directamente por el paciente.

El Hospital de la Mujer utilizará un modelo reconocido por la industria de la salud basado en las bases de datos de registros públicos. Este modelo predictivo incorpora datos del registro público para calcular una puntuación de capacidad socioeconómica y financiera que incluye estimaciones de ingresos y necesidades financieras.

La tecnología electrónica está diseñada para evaluar a cada paciente según los criterios de esta política y se calibra de acuerdo con las aprobaciones históricas para recibir asistencia financiera del Hospital de la Mujer conforme al proceso de solicitud tradicional.

Se utilizará esa tecnología electrónica antes de asignar cuentas incobrables. La asignación de cuentas incobrables se hará únicamente después de que se hayan agotado todas las demás fuentes de elegibilidad y pago. Esto permite que todos los pacientes sean evaluados para obtener asistencia financiera antes de emprender alguna medida de cobro extraordinaria. De acuerdo con esta política, los datos obtenidos en esta revisión electrónica de elegibilidad constituirán la documentación adecuada para determinar la necesidad financiera.

Cuando se utilice la evaluación electrónica como base para la elegibilidad presunta, se otorgará un descuento por atención completa gratuita por servicios que cumplen los requisitos únicamente en las fechas de servicio retrospectivas. Si un paciente no califica conforme al proceso de evaluación de elegibilidad presunta, el paciente puede solicitar asistencia al presentar una solicitud a través del proceso tradicional para recibir asistencia financiera.

Las cuentas de pacientes a las que se otorgue la elegibilidad presunta se clasificarán como asistencia financiera. No se remitirán para cobro, no serán objeto de nuevas acciones de cobro, no se les enviará un aviso por escrito de su calificación de elegibilidad electrónica y no se incluirán en el gasto de cuentas incobrables del hospital.

X. PERÍODO DE CALIFICACIÓN

Las determinaciones de elegibilidad para recibir asistencia normalmente se hacen dentro de las dos semanas posteriores a la recepción de la solicitud completa. A los solicitantes se les enviará un aviso de su determinación de elegibilidad. Cuando se apruebe la elegibilidad, el Hospital de la Mujer concederá asistencia durante un período de seis meses. También se aplicará asistencia financiera a las facturas pendientes de pago por servicios que cumplen los requisitos que se encuentren dentro de los 240 días posteriores al primer estado de cuenta después del alta. No se negará la asistencia por falta de información o documentación que no se exija en la póliza ni en la solicitud.

Si se le deniega asistencia a un solicitante, este puede volver a solicitarla en cualquier momento si ha habido un cambio en sus ingresos o en su situación.

XI. AVISO DE ASISTENCIA FINANCIERA

La información sobre la política de asistencia financiera del Hospital de la Mujer estará a disposición de los pacientes y de la comunidad. En el sitio web del Hospital de la Mujer estarán disponibles la política, una solicitud y un resumen en lenguaje sencillo de la política. <http://www.womans.org/patients-and-visitors/billing-and-insurance/>

A los pacientes se les ofrecerá la información sobre la asistencia financiera al ingreso o al recibir el alta del Hospital de la Mujer y sus clínicas asociadas, incluida la Clínica LSU. Los estados de cuenta del paciente incluirán un aviso destacado que describa la disponibilidad de asistencia financiera y cómo obtener información al respecto. En los departamentos de ingreso y emergencia hay letreros que instruyen a las personas sobre cómo obtener información relativa a la asistencia financiera.

El Hospital de la Mujer también distribuirá materiales de información sobre la asistencia financiera a agencias y organizaciones sin fines de lucro que atienden a poblaciones de bajos ingresos dentro del área de atención del hospital.

XII. POLÍTICAS RELACIONADAS

Se puede obtener información sobre la Política de Facturación y Cobro del Hospital de la Mujer poniéndose en contacto con:

Woman's Hospital
Attn: Patient Accounting
8850 Airline Highway

Baton Rouge, LA 70815
(225) 924-8106

XIII. APROBACIÓN DE LA POLÍTICA

La Junta Directiva del Hospital de la Mujer aprobó esta política. La política de asistencia financiera está sujeta a revisiones periódicas. La Junta Directiva del Hospital de la Mujer será la encargada de revisar y aprobar los cambios importantes en la política.

Aprobado: 26/09/2016

Apéndice I

Médicos o consultorios médicos cubiertos por la Política de Asistencia Financiera del Hospital de la Mujer

Médicos o consultorios médicos no cubiertos por la Política de Asistencia Financiera del Hospital de la Mujer