

ASUNTO: **ATENCIÓN MÉDICA DE BENEFICENCIA**

Política: **BO 170**

Fecha de entrada en vigencia:

Fecha de revisión:

Políticas y procedimientos de la oficina comercial

POLÍTICA

Como parte de la obligación de North Florida Rehabilitation Hospital de brindar atención médica de beneficencia y de su responsabilidad de utilizar sus recursos de la manera más eficaz posible, administrar sus asuntos comerciales de manera prudente y adecuada, y conservar su capacidad para seguir prestando servicios en los próximos años mientras satisface las necesidades actuales, esta institución se esfuerza por identificar el monto en dólares utilizado en la atención médica de beneficencia que brinda a pacientes que no pueden pagar la atención hospitalaria porque carecen de los recursos económicos necesarios. Identificar la atención médica de beneficencia ayudará a proporcionar atención a un segmento de la comunidad que no puede costearla.

DISPOSICIONES

1. La atención médica de beneficencia incluye la atención a aquellos que no pueden pagar según lo establecido por North Florida Rehabilitation Hospital, utilizando las disposiciones descritas a continuación. Se hará todo lo posible por recuperar el dinero de las cuentas pendientes de cobro de otros pacientes; de no poder lograrlo, se considerarán deudas incobrables. Se puede considerar la totalidad o parte de la factura hospitalaria como atención médica de beneficencia.
2. La decisión sobre la capacidad para pagar puede contemplar diversas variables que incluyen, entre otras, las siguientes:
 - a. la situación y el potencial de ingresos del paciente y su familia,
 - b. otras fuentes de ingresos y bienes,
 - c. el nivel y el tipo de pasivos,
 - d. la capacidad de obtener créditos adicionales,
 - e. la cantidad y la frecuencia de las facturas médicas/hospitalarias, y
 - f. la cantidad de miembros del grupo familiar.

Se puede considerar la totalidad o parte de la factura hospitalaria como atención médica de beneficencia.

3. Los pacientes elegibles para recibir atención médica de beneficencia incluyen a los solicitantes indigentes desde el punto de vista financiero y desde el punto de vista médico que no dispongan de recursos suficientes para pagar los servicios prestados.
 - a. Los pacientes indigentes desde el punto de vista financiero incluyen a aquellos que no cuentan con un seguro o que tienen uno insuficiente y cuyos ingresos anuales son iguales o inferiores a lo establecido en las Guías Federales de Pobreza publicadas y actualizadas cada año en el Registro Federal, y que carecen de capacidad para pagar su atención médica.

ASUNTO: **ATENCIÓN MÉDICA DE BENEFICENCIA**

Política: **BO 170**

Fecha de entrada en vigencia:

Fecha de revisión:

Políticas y procedimientos de la oficina comercial

- b. Los pacientes indigentes desde el punto de vista médico son aquellos que pueden pagar sus gastos de subsistencia, pero que tienen facturas médicas y hospitalarias que, una vez pagadas por terceros, requerirían el uso o la liquidación de ingresos o activos esenciales para vivir o ganarse la vida.
4. La identificación de la atención médica de beneficencia comienza al momento de la inscripción con la recolección de información sobre los terceros que pagan dichos servicios y los datos financieros del paciente y del garante, así como la identificación de los recursos comunitarios disponibles para ayudar a pagar la cuenta. Por lo general, la recolección de información y la identificación de recursos comunitarios se llevarán a cabo antes del ingreso del paciente, si está disponible, y durante la hospitalización, ya que se tiene un mayor acceso al paciente y a su familia en ese periodo. Sin embargo, la identificación puede producirse en cualquier momento en que se disponga de información suficiente para tomar la decisión, incluso mucho después del ciclo normal de recolección.
5. Por lo general, si se designa una cuenta como elegible para recibir atención médica de beneficencia, se dejará de intentar cobrar ese dinero del paciente y, en la mayoría de las ocasiones, de sus familiares. Las actividades de rutina pueden continuar para que North Florida Rehabilitation Hospital pueda identificar cambios en las circunstancias en el futuro y garantizar la continuidad de las visitas posteriores. Se seguirá intentando cobrar a terceros, y cualquier dinero recuperado se considerará parte de los fondos de beneficencia. La designación de una cuenta como elegible para recibir atención médica de beneficencia no debe ocurrir hasta que suceda lo siguiente:
 - a. Se determine que, de acuerdo con el punto 2 ya mencionado, el paciente y el garante definitivamente no disponen de los recursos económicos para pagar la cuenta (o parte de ella), o de acuerdo con el punto 7 que figura a continuación, el tratamiento como de beneficencia se justifica en virtud de las circunstancias determinadas por North Florida Rehabilitation Hospital.
 - b. Aunque una cuenta se considere de beneficencia en virtud de esta política, el paciente y el garante deben recibir al menos un estado de cuenta en el que se indique el saldo adeudado. También deben recibir los estados de cuenta de seguimiento rutinarios y los avisos de cobro hasta el momento en que se designe la cuenta como elegible para recibir atención médica de beneficencia y se determine que seguir enviándolos no dará lugar al cobro parcial o total de la cuenta. Estos estados de cuenta y avisos de cobro no deben indicar que la cuenta será designada como elegible para recibir atención médica de beneficencia.

ASUNTO: **ATENCIÓN MÉDICA DE BENEFICENCIA**

Política: **BO 170**

Fecha de entrada en vigencia:

Fecha de revisión:

Políticas y procedimientos de la oficina comercial

- c. En ciertos casos, es posible que corresponda notificar a un paciente o garante que la cuenta fue designada como elegible para recibir atención médica de beneficencia. Esto se hace si se considera que ayudará a mejorar la comprensión del público sobre la atención médica del hospital o si contribuirá a la recolección de una parte del saldo pendiente. Un miembro de la dirección de North Florida Rehabilitation Hospital debe encargarse de notificar al paciente o garante que la cuenta será elegible para recibir atención médica de beneficencia. (Anexo 3).
 - d. La designación de atención médica de beneficencia se autoriza de conformidad con el punto 7 a continuación.
6. Si una persona no brinda la información requerida para completar una evaluación financiera, es posible que la decisión derivada de esta sea negativa. Se puede tomar una decisión de elegibilidad para recibir atención médica de beneficencia sin contar con una evaluación completa si la elegibilidad se justifica en función de las circunstancias determinadas por North Florida Rehabilitation Hospital.
 7. Ninguna persona puede ser excluida de la consideración para recibir ayuda económica por motivos de raza, credo, color, religión, espiritualidad, sexo, nacionalidad de origen o discapacidad física. La única excepción que podría hacerse es si el paciente no cumple los requisitos de rehabilitación.
 8. Esta política no podrá rescindirse, modificarse o enmendarse sin la aprobación del Consejo Directivo de North Florida Rehabilitation Hospital. El Consejo Directivo de North Florida Rehabilitation Hospital puede, de vez en cuando y en la medida que no contradiga los términos y requisitos del presente acuerdo, desarrollar, adoptar y requerir que se implementen los cambios, modificaciones y enmiendas a esta política que considere apropiados.

SOLICITUD PARA RECIBIR AYUDA ECONÓMICA- APÉNDICE 1

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Nombre del paciente		Edad	N.º de teléfono
Domicilio		Alquiler <input type="checkbox"/>	¿Vive con sus padres? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Propio <input type="checkbox"/>	
Número de Seguridad Social (SSN)	Estado Civil	Diagnóstico de alta	
		Si está embarazada, ¿cuál es la fecha estimada del nacimiento?	
Nombre y dirección del empleador		N.º de teléfono del empleador	¿Hace cuánto tiempo que es empleado?
Cargo/Título		Nombre del supervisor	
Si está desempleado, última fecha y lugar de empleo		Cargo/Título	
INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE			
Nombre		Relación con el paciente	Edad
			N.º de teléfono
Domicilio, si es diferente al del paciente			
Número de Seguridad Social (SSN)	Estado Civil	Cantidad de miembros del grupo familiar	Nombres y edades
Nombre y dirección del empleador		¿Hace cuánto tiempo que es empleado?	N.º de teléfono del empleador
Cargo/Título		Nombre del supervisor	
Si está desempleado, última fecha y lugar de empleo		Cargo/Título	
Nombre del familiar más cercano		Relación	
Dirección		N.º de teléfono	

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE					
Nombre		Edad	Número de Seguridad Social (SSN)		Nombre del empleador
Empleador Dirección			¿Hace cuánto tiempo que es empleado?		N.º de teléfono del empleador
Cargo/Título			Nombre del supervisor		
Si está desempleado, última fecha y lugar de empleo					Cargo/Título
INGRESO MENSUAL				ACTIVOS	
ÍTEM	<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Paciente	Cuenta(s) corriente(s): banco y número de cuenta	Saldo
	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Cónyuge		
	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Padre		
	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Madre		
Ingreso base					
Horas extras				Cuenta(s) de ahorro: banco y número de cuenta	Saldo
Seguridad Social					
Intereses/ Dividendos				Otros (banco y número de cuenta, mercado monetario, certificado de depósito [CD], cuenta individual de jubilación [IRA])	Saldo
Ingreso por alquiler					
Cuota alimentaria/ manutención infantil				Seguro de vida (compañía y número de póliza)	Valor
Desempleo					
Ayuda estatal				Acciones, bonos y fondos mutuos de inversión (compañía)	Valor
Cupones para alimentos					
Pensión				Automóviles/camionetas (marca, modelo y año)	Valor
Discapacidad					
Indemnización por accidentes laborales					
Otro				Otros activos (personales, ganado, máquinas, motocicletas, vehículos recreativos [recreational vehicles, RV])	Valor
				Bienes raíces (listar y describir)	Valor actual
TOTAL				ACTIVOS TOTALES	

COMPLETE LA INFORMACIÓN CON LA MAYOR EXACTITUD POSIBLE PARA QUE SE PUEDA REALIZAR UNA EVALUACIÓN PRECISA DE SU SITUACIÓN ECONÓMICA ACTUAL. JUNTO CON EL ESTADO FINANCIERO, ES NECESARIO EVALUAR AL MENOS DOS DE LOS SIGUIENTES ÍTEMS. COMPLETE LOS SIGUIENTES ÍTEMS:

1. ÚLTIMA DECLARACIÓN PRESENTADA DE IMPUESTOS SOBRE LA RENTA FEDERALES Y ESTATALES
2. ESTADO DE CUENTA BANCARIA (CUENTAS CORRIENTES Y DE AHORRO; ÚLTIMOS TRES MESES)
3. VERIFICACIÓN DE INGRESOS (RECIBOS DE PAGO, CHEQUES POR DESEMPLEO, CHEQUES DE SEGURIDAD SOCIAL, ETC.)

GASTOS MENSUALES		OTROS GASTOS	PAGO MENSUAL	SALDO	¿PAGO AL DÍA?
ÍTEM	PAGO MENSUAL	Cargar cuentas			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Alquiler					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Hipoteca					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Electricidad					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Gas/propano					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Agua					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Desechos		Préstamo personal (nombre y propósito)			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Teléfono					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Televisión por cable		Préstamo para automóvil (nombre)			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Comida					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Ropa		Préstamo para bienes raíces (nombre)			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Medicamentos					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Cuidado de niños		Teléfonos celulares/ buscapersonas			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Transporte					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Cuota alimentaria/ manutención infantil		Varios (nombre y propósito)			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Seguro de automóvil					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Seguro del hogar					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Seguro de vida		TOTALES	PAGOS MENSUALES TOTALES	SALDO TOTAL	
Seguro médico					
Impuesto sobre bienes personales					
Impuesto sobre bienes raíces					
Subtotal		RESUMEN			

		Ingreso mensual total	\$ _____

		Gastos mensuales totales	\$ _____

		Ingreso discrecional	\$ _____

		Acuerdos de pagos mensuales	\$ _____

OTROS GASTOS			
<p>¿El paciente será incapaz de ir a la escuela o al trabajo debido a una discapacidad física? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Si la respuesta es Sí, ¿cuál es el diagnóstico o la afección incapacitante? _____</p> <p>¿Cuánto tiempo se prevé que dure la discapacidad del paciente? _____ (Adjunte el certificado médico).</p>			
COMENTARIOS			
ACUERDO DEL PACIENTE			
<p>Quien suscribe solicita la ayuda económica que se menciona en esta solicitud y declara que todo lo expuesto en esta solicitud es verdadero y tiene como fin obtener la ayuda económica. El acreedor retendrá el documento original o la copia de esta solicitud, incluso si no se otorga la ayuda económica. Quien suscribe también acepta permitir que este centro médico se comunique con cualquiera de las referencias mencionadas arriba para realizar una verificación de solvencia, incluidas las oficinas de crédito.</p>			

Firma del paciente			

Firma del cónyuge o responsable			

Departamento de Representantes de Instalaciones			

Fecha			

ANEXO 2

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Número de cuenta: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de alta: _____

Responsabilidad estimada del seguro \$ _____ Saldo de la cuenta: \$ _____

Importe total adeudado \$ _____

Estimado _____:

Adjunto encontrará un formulario de solicitud de ayuda económica. Esta asistencia se basa en los saldos actuales. Si reúne los requisitos para recibir asistencia financiera, no se reembolsarán los pagos ya efectuados a esta cuenta. Le pedimos que complete toda la solicitud y me facilite los documentos de apoyo que se indican a continuación en un plazo de dos (2) semanas:

- _____ La declaración del impuesto federal sobre la renta del año pasado, junto con los formularios W-2, W-2G o 1099-R, así como los horarios de respaldo correspondientes.
- _____ Comprobante de ingresos (es decir, talonario de cheques, beneficios de la Seguridad Social, etc.).
- _____ Estado de cuenta de los últimos tres (3) meses.

El estado financiero debe estar firmado por el garante y su cónyuge, si procede.

Gracias por su cooperación anticipada en la recopilación de la información necesaria para la solicitud. Tenga en cuenta que, si no recibimos toda la información, no se tramitará su solicitud de ayuda.

Su cuenta se mantendrá abierta durante dos (2) semanas hasta que se reciba la información solicitada. Si tiene alguna consulta, llame al número gratuito xxx-xxx-xxxx, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.

Atentamente,

xxxx
Director de Cuentas de Pacientes
Documentos adjuntos

ANEXO 3

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Número de cuenta: _____

Fechas del servicio: _____

_____ Su solicitud para recibir ayuda económica ha sido aprobada por el monto de _____%. Esta asignación se utilizará para cubrir los gastos hospitalarios restantes después de haber abonado todos los beneficios aplicables del seguro. Esta asignación no se utiliza para cubrir los gastos de la factura del médico ni los artículos no cubiertos, como habitación privada, artículos para llevar a casa, etc. El saldo restante, una vez aplicada la ayuda económica, deberá abonarse en efectivo, por medio de un cheque personal o con un giro bancario. Póngase en contacto con el Departamento de Cuentas de Pacientes para conocer las opciones de pago disponibles.

Su saldo actual después de la ayuda económica es de \$: _____ .

_____ Su solicitud para recibir ayuda económica ha sido rechazada. Su nivel de ingresos es superior al nivel estándar utilizado para calcular nuestra ayuda económica.

Atentamente,

Departamento de Cuentas de Pacientes
Lunes a viernes (de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.)