



# Política de Asistencia Financiera

## OBJETIVO:

Se ofrece el Programa de Asistencia Patrocinado por Beaufort Memorial Hospital (BMH), sin distinción de raza, credo, religión, origen nacional o discapacidad, a pacientes con incapacidad demostrada para cubrir los servicios médicamente necesarios para su salud y bienestar. Los pacientes que no tienen seguro o están subasegurados y no cuentan con los medios económicos para pagar su factura hospitalaria, así como aquellos que no califican para cobertura bajo cualquier otro programa patrocinado por el gobierno podrán solicitar que su caso sea considerado bajo el Programa de Asistencia Patrocinado por el Hospital. Son elegibles para recibir asistencia las emergencias, hospitalización y las visitas ambulatorias médicamente necesarias. La persona que solicite consideración de asistencia deberá completar una solicitud y se le podrá pedir que presente una verificación de su información. Se investigará a todos los pacientes que no estén asegurados para que un programa financiado por el gobierno le asista para que encuentre cobertura continua de servicios hospitalarios. Es política de Beaufort Memorial Hospital cobrarles a todos los pacientes, independientemente de la cobertura de seguro o capacidad de pago, el mismo monto por los mismos servicios prestados.

Este programa solo aplicaría a los servicios prestados en Beaufort Memorial Hospital y Beaufort Memorial Physician Partners Medical Practices. *No* aplica a los servicios prestados por ningún médico o profesional independiente que no sea empleado de Beaufort Memorial Hospital. Esto incluye, sin limitación, anesthesiólogos, radiólogos, médicos del departamento de emergencias, patólogos, psiquiatras y teleconsultores. A ninguna persona que sea elegible para recibir asistencia económica se le cobrará por encima de los montos generalmente cobrados por emergencias u otros cuidados médicamente necesarios a aquellos que tienen seguros que cubren tales cuidados.

Atención Médica de Emergencia - **Beaufort Memorial Hospital** brindará, sin discriminación y cumpliendo con la Ley de Trabajo y Tratamientos Médicos de Emergencia (EMTALA, por sus siglas en inglés), atención para condiciones médicas de emergencia independientemente de que la persona sea o no elegible para recibir Asistencia Económica, según se especifica más detalladamente en la política de EMTALA del Hospital. Puede recibir una copia gratuita de la política de EMTALA previa solicitud escrita a **Beaufort Memorial Hospital**, Servicios Económicos para Pacientes en **Beaufort Memorial Hospital**; también podrá descargarla en **WWW.BMHSC.ORG**. El Hospital no participará en ninguna acción que disuada a la gente de buscar atención médica de emergencia como, por ejemplo, exigiendo que los pacientes de la sala de emergencias paguen antes de recibir su tratamiento o permitiendo la ejecución de



actividades de cobranza que interfieran con la prestación, sin discriminación, de la atención médica de emergencia.

## PROCEDIMIENTOS:

### Programa de Asistencia Patrocinado por el Hospital

1. Cualquier empleado de los Servicios de Acceso para Pacientes (PAS, por sus siglas en inglés) o Servicios Económicos para Pacientes (PFS, por sus siglas en inglés) podrá recibir solicitudes de asistencia de caridad de los pacientes o parte encargada/afiador dentro de los siguientes doce meses contados a partir de la fecha en la cual la cuenta pasa a ser responsabilidad del paciente. El empleado de PAS o PFS le dará al solicitante el formulario de caridad y le indicará una fecha para que complete y entregue su solicitud. Todo solicitante tendrá 30 días para completar su solicitud a partir de la fecha de emisión al solicitante. Se le pedirá al solicitante que complete y firme su solicitud del Programa de Asistencia Patrocinado por el Hospital. Con su firma, el solicitante certifica que la información que suministra es correcta y que él/ella cederá el pago a BMH de cualquier dinero recibido por caso de liquidación o responsabilidad civil u otra fuente de pago. Se le podrá pedir al solicitante que presente una verificación de ingresos con respecto a sus ingresos actuales, así como una verificación de residencia. El solicitante deberá presentar toda la documentación requerida dentro de los 30 días siguientes para que pueda ser considerado para beneficiarse del Programa de Asistencia Patrocinado por el Hospital. Vea la Solicitud de Asistencia Económica donde encontrará la lista completa de la información necesaria del proceso de solicitud.
2. Los pacientes tienen a su disposición copias gratuitas de la política de asistencia económica, solicitud de asistencia económica y política de facturación y cobro de asistencia económica en [el sitio web del hospital](#) o enviando una solicitud a: Beaufort Memorial Hospital  
Atención: Patient Financial Services  
955 Ribaut Rd  
Beaufort, SC 29902
3. Las solicitudes completas deben enviarse a: Beaufort Memorial Hospital, Atención: Patient Financial Services, 955 Ribaut Rd, Beaufort, SC 29902. Los pacientes pueden pedir asistencia para completar la política de asistencia económica a través del 1-855-852-0456
4. Se investigará a todos los solicitantes de asistencia con respecto a todos los programas gubernamentales con el objeto de asegurar que no haya otra fuente de pago disponible. Pueden llenarse solicitudes duales para programas de asistencia y gubernamentales durante este proceso. Se deberán documentar en Meditech todas las solicitudes aceptadas para consideración de un mismo solicitante. Entre los



programas gubernamentales se incluyen, sin limitación, Planes de Intercambio bajo la Ley de Asistencia Asequible y Medicaid. Adicionalmente, se podrá seleccionar a los candidatos para un proceso de inscripción en AccessHealth Lowcountry si cumplen con todos los demás requisitos para recibir asistencia.

5. Todos los saldos de pagos por cuenta propia califican bajo esta política y se aplicarán a los saldos de cuentas de Beaufort Memorial Hospital y a todas las consultas de médicos empleados.
6. El Director de Servicios Económicos para Pacientes revisará todas las solicitudes de caridad. Con base en el saldo de la cuenta con respecto a la cual se revisa la solicitud de caridad, se requiere su aprobación conforme a lo indicado en el siguiente cuadro:

<b>Saldo de la cuenta</b>	<b>Autoridad que aprueba</b>
Hasta \$10,000	Director de Servicios Económicos para Pacientes
Hasta \$ 50,000	Director de Ciclo de Ingresos
Más de \$50,000	Director Financiero

7. BMH reconoce que puede haber ocasiones en las que la documentación de soporte no esté disponible o no pueda conseguirse. BMH se reserva el derecho a ajustar cualquier cuenta con cargo al Programa de Asistencia Patrocinado por el Hospital por razones atenuantes. Las cuentas de esta categoría DEBEN documentarse en su totalidad en las Notas/Comentarios, con una descripción completa de la situación y los motivos para ajustar la cuenta con cargo al Programa de Asistencia Patrocinado por el Hospital.
8. Los solicitantes aprobados serán elegibles para recibir ajustes de atención de caridad en todas las cuentas cuyo saldo haya pasado a ser responsabilidad del paciente en los últimos 12 meses. Las cuentas que califiquen para atención de caridad recibirán un descuento de 30% por pago por cuenta propia. Cualquier ajuste de atención de caridad aplicado a una cuenta de pago por cuenta propia se aplicará después que se haya aplicado a la cuenta el descuento estándar por pago por cuenta propia.
9. A las personas que califiquen no se les cobrará por encima de los montos generalmente cobrados (AGB, por sus siglas en inglés) por emergencias u otros cuidados médicamente necesarios. Los montos generalmente cobrados serán determinados utilizando el “método retroactivo” según se define el término en el Código de Rentas Internas. La organización calcula el porcentaje anualmente evaluando el porcentaje promedio de pago de todos los pacientes de cobro por servicio de Medicare y asegurados comercialmente. Para información adicional del porcentaje de los montos que generalmente se cobran, [visite el sitio web de la organización](#).
10. Los solicitantes que tengan ingresos por debajo del 200% del nivel de pobreza (según



se define a continuación) recibirán aprobación y se ajustarán al 100% como atención de caridad todas las cuentas cuyos saldos hayan pasado a ser responsabilidad del paciente en los últimos 12 meses. Se revisarán individualmente los solicitantes que tengan ingresos entre 201% y 320% y una parte del saldo pendiente de pago se ajustará con cargo al Programa de Asistencia Patrocinado por el Hospital con base en el siguiente cuadro de ajustes:

<b>Nivel de ingresos (lineamientos de % de pobreza)</b>	<b>Responsabilidad del paciente</b>
0-200%	0%
201%-220%	5%
221%-240%	10%
241%-260%	15%
261%-280%	20%
281% - 300%	25%
301% - 320%	30%

11. Si se aprueba bajo el nivel de pobreza del 200%, se agregará FAA de “seguro” a la cuenta del paciente con una fecha de vencimiento de seis meses contados a partir de la fecha de aprobación. El personal de los Servicios de Acceso para Pacientes revisará la información demográfica del paciente para futuras visitas ambulatorias y eliminará el seguro FAA únicamente si la fecha del servicio del nuevo encuentro cae después de la fecha de vencimiento de la aprobación de caridad. Cualquier cuenta de paciente con seguro FAA prorratará todos los saldos a un ajuste de atención de caridad tras la facturación final. No se requiere revisión o aprobación adicional. Se ajustarán todas las cuentas con un código apropiado de ajuste de caridad para fines de seguimiento y reporte.
12. También hay descuentos disponibles para pacientes que tengan costos catastróficos asociados a su atención médica. Los costos catastróficos ocurren cuando los gastos médicos del paciente por un episodio superan el 20% de sus ingresos anuales. En estos casos, también podrán incluirse en el descuento los pagos conjuntos y deducibles del paciente. Remítase a la Política de Facturación y Cobro para ver más información de estos requisitos.
13. A todos los solicitantes que presenten una solicitud de asistencia se les notificará por



- escrito la decisión relacionada con su solicitud.
14. El solicitante podrá apelar los rechazos de asistencia presentando formalmente una carta escrita en la que indique por qué cree que se debería reconsiderar la decisión. El Director de Ciclo de Ingresos revisará todas las apelaciones y dará una decisión sobre la apelación basándose en la carta de reconsideración.
  15. Si se determina que un paciente es un sin techo, Beaufort Memorial Hospital tratará de hacer que el paciente presente una solicitud de asistencia económica mientras es paciente del hospital.
  16. La organización no participará en acciones extraordinarias de cobro contra los pacientes que califiquen para recibir asistencia económica. Para información adicional acerca de la notificación de asistencia económica y proceso de cobro, vea la Política de Facturación y Cobro del Hospital en: [BMHSC.ORG](http://BMHSC.ORG) o enviando una solicitud a: Beaufort Memorial Hospital, Atención: Patient Financial Services, 955 Ribaut Rd, Beaufort, SC 29902
  17. Todas las solicitudes de caridad serán escaneadas e incluidas en la carpeta del paciente en Meditech en la cuenta del paciente para la cual se aprobó originalmente.

## **LINEAMIENTOS DE POBREZA**

La Organización utiliza los Lineamientos Federales de Pobreza indexados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para conocer los Lineamientos Federales de Pobreza vigentes, visite: <https://aspe.hhs.gov/system/files/aspe-files/107166/2018-pctpovertytool.xlsx>