



Current Status: Active

PolicyStat ID: 7577730



Origination: 05/2005

Effective: 02/2020

Last Approved: 02/2020

Next Review: 02/2023

Owner: Lance Green: 0005

SVP LRHS - Chief

Financial Officer

Department: Administrative

Standards & Regulations:

References:

## Asistencia Financiera- AD.0082

### PURPOSE

Esta política establece los lineamientos según los cuales Lakeland Regional Medical Center (LRMC) y Lakeland Regional HealthSystems (LRHS), en conjunto Lakeland Regional Health (LRH), brindarán asistencia financiera a un paciente cuyo estado financiero no le permita o le dificulte pagar la factura completa por los servicios médicos proporcionados por LRH. A excepción de la disposición del descuento para no asegurados correspondiente al LRHS, esta política solo aplica a los servicios proporcionados en un centro del LRMC y a los honorarios profesionales relacionados con los servicios proporcionados en un centro del LRMC por los proveedores contratados por el LRHS. Esta política no se aplica a otros proveedores de atención médica que facturan de forma independiente por sus servicios. Esta política no se aplica a los servicios que no sean médicos como los servicios sociales, educativos o de formación profesional o para servicios electivos tales como la cirugía estética. La disposición de atención gratuita o con descuento para los pacientes mediante esta Política de Asistencia Financiera (FinancialAssistancePolicy, FAP) es esencial y consistente con el cumplimiento de la misión, la visión y los valores del LRH. Our policies guide our practices and ensure that we place people at the heart of all we do to deliver the best outcomes and safest care.

### APPLICABILITY

This policy applies to Lakeland Regional Health's Workforce

### POLICY

Las solicitudes para el Programa de Asistencia Financiera e informaciones relacionadas estarán disponibles en el área de admisión y en todas las áreas de registro de pacientes. También puede obtener información llamando al 863-687-6218 o visitando el sitio web del LRH (mylrh.org).

El LRH está comprometido a atender a su comunidad, al ayudar a satisfacer las necesidades de los pacientes de toda la comunidad, en asociación con el gobierno y las organizaciones privadas. Con la finalidad de promover la salud y el bienestar de la comunidad a la que se atiende, los pacientes podrán optar a los servicios de salud gratuitos o con descuento con base en esta política. El hospital proporcionará, sin discriminación, atención en caso de emergencia [contemplado en la Ley de Trabajo de Parto Activo y Tratamiento Médico de Emergencia (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA)] a los individuos, independientemente de si son elegibles o no para optar a la asistencia financiera. Se prohíben las actividades de cobro de deudas que se produzcan en el Departamento de Emergencias o en otras salas del

hospital, en caso de que estas actividades interfieran con el tratamiento de las condiciones médicas de emergencia. La necesidad de tratamiento médico de cualquier paciente se basa en el criterio clínico del proveedor, sin tener en cuenta la situación financiera del paciente.

## **Determinaciones de la elegibilidad**

Se puede determinar la elegibilidad, una vez que se reciba el formulario de solicitud completo y toda la documentación de apoyo requerida. Se pueden utilizar las herramientas de elegibilidad presuntiva para verificar el ingreso, si el paciente no está dispuesto o es incapaz de proporcionar la documentación requerida. Para ser elegible para la asistencia financiera, el paciente debe cooperar con el LRMC para proporcionar la información y documentación necesaria para presentar reclamaciones para cualquier cobertura de seguro disponible y solicitar otros programas que puedan estar disponibles, que le permitan pagar las facturas de atención médica del paciente, que incluyen, pero no se limitan a, Medicaid, Florida KidCare, Victims of Crime and the PolkHealthCare Plan. Los pacientes que solicitan la asistencia financiera son responsables de completar los formularios de solicitud necesarios y cooperar plenamente con el proceso de recopilación de documentación y evaluación necesaria para determinar la elegibilidad. En caso de que no se suministre la documentación o que la solicitud permanezca incompleta, NO se concederá la asistencia financiera. En estos casos, se documentará el incumplimiento y la cuenta estará sujeta al proceso de flujo normal de los estados de cuenta a pagar por cuenta propia, remitida a una agencia de cobranza y a través de un informe a un organismo de crédito.

## **Requisito de residencia**

En el caso de los servicios que no sean de emergencia o de urgencia, solo aquellos pacientes que residan en la zona de servicio primaria del LRMC podrán optar a la asistencia financiera de conformidad con esta política. Los siguientes códigos postales constituyen la zona de servicio primaria del LRMC: 33801, 33803, 33805, 33809, 33810, 33811, 33812, 33813, 33815, 33823, 33849, 33860, 33868, 33802, 33804, 33806, 33807, 33835, 33840, 33846 y 33863.

Se les puede solicitar a los pacientes que proporcionen pruebas válidas de residencia, tales como:

Licencia de conducir vigente de Florida.

Factura de servicios públicos reciente.

Contrato de arrendamiento.

Tarjeta de registro del vehículo.

Tarjeta de identificación electoral.

Declaración de un miembro de la familia que resida en la misma dirección que el paciente y que presente un comprobante de residencia.

Carta de un albergue para personas sin hogar, casa de transición u otro centro similar.

## **Lineamientos sobre la asistencia financiera**

Las cuentas para las cuales se presente una Solicitud de Asistencia Financiera completa dentro de los 240 días siguientes a la primera declaración de facturación por los servicios prestados en un centro del LRMC o en el plazo indicado en la notificación donde se describe la fecha después de la cual se puede iniciar el informe al organismo de crédito, son elegibles para un Ajuste de Asistencia Financiera.

El Departamento de Servicios Financieros al Paciente del LRMC mantiene un gráfico con base en los Lineamientos Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) (y en las enmiendas realizadas cada cierto tiempo) para que el personal los use al calcular la obligación financiera de cualquier paciente que reúna

los criterios de asistencia financiera que se describen a continuación.

Para poder optar a un Ajuste de Asistencia Financiera del 100% (p. ej., la deducción total), los ingresos del núcleo familiar del paciente se deben ubicar en o por debajo del 200% de los FPG (ajustados según el tamaño de la familia). Si los ingresos del núcleo familiar del paciente, son superiores al 200% y menores o iguales al 400% de los FPG actuales (ajustados según el tamaño de la familia), el paciente recibirá un Ajuste de Asistencia Financiera con base en el porcentaje de los Montos Generalmente Facturados (Amounts Generally Billed, AGB) del LRMC. El 28 de enero de cada año, se calculará el porcentaje de los AGB mediante la suma de los montos permitidos para las reclamaciones de los servicios de Pago-por-Servicio de Medicare y de todas las aseguradoras de salud privadas, durante el período de los últimos doce meses que finaliza el 30 de septiembre, y la división de esta suma entre los cargos brutos de estas reclamaciones. A ningún individuo elegible bajo esta Política de Asistencia Financiera se le otorgará un Ajuste de Asistencia Financiera que sea menor al monto calculado utilizando el porcentaje de los AGB. El porcentaje de los AGB vigente a partir del 1 de febrero de 2020 es del 20%, por lo que el Ajuste de Asistencia Financiera con base en el porcentaje de los AGB es del 80%. Se aplicará el Ajuste de Asistencia Financiera al saldo adeudado de una cuenta después de los pagos hechos por terceros, si procede, en todos los casos mencionados en este párrafo.

También se aplicará el Ajuste de Asistencia Financiera con base en el porcentaje de los AGB al saldo adeudado, después de los pagos del seguro, si proceden, de los pacientes con gastos médicos catastróficos, como se definió anteriormente, que no pueden optar a la asistencia financiera de acuerdo con las demás disposiciones de esta política. Los pacientes no asegurados del LRMC, que no sean elegibles para la asistencia financiera con base en las demás disposiciones de la política, también recibirán un descuento para no asegurados con base en el porcentaje de los AGB. Los pacientes no asegurados del LRHS (incluso a los que se les atiende en un consultorio) recibirán un descuento para no asegurados del 30%.

Ningún paciente será personalmente responsable del pago de un monto por un servicio realizado en un centro del LRMC, que exceda el monto determinado al multiplicar el Ajuste de Asistencia Financiera con base en el porcentaje de los AGB por los cargos facturados por el servicio. Si un paciente no es elegible para un ajuste superior, de acuerdo con las demás disposiciones de esta política, recibirá un Ajuste de Asistencia Financiera adicional para reducir el monto adeudado, después del pago recibido del seguro y de la aplicación de cualquier ajuste contractual a un monto igual al porcentaje de los AGB, multiplicado por los cargos facturados por el servicio.

Si se determina que un individuo es elegible para la Asistencia Financiera de un servicio que se proporcione en un centro del LRMC, el Ajuste de Asistencia Financiera aplicable se empleará a cualquier servicio relacionado que se proporcione a través de los proveedores contratados del LRHS en el centro del LRMC.

Se reembolsará cualquier pago en exceso realizado por un paciente a una cuenta que sea elegible para un Ajuste de Asistencia Financiera.

Si se determina que un paciente es elegible para la asistencia financiera, el paciente deberá ser elegible para la asistencia financiera de todos los servicios proporcionados en el período de doce meses, posterior a la fecha de la determinación, de acuerdo con un proceso de solicitud limitado. Salvo que exista una creencia razonable de que los ingresos del núcleo familiar han cambiado considerablemente, el proceso de solicitud limitado incluirá completar la solicitud requerida y, si es posible, comprobar los ingresos del núcleo familiar mediante el uso de herramientas de elegibilidad presuntiva.

Después de haber recibido el Ajuste de Asistencia Financiera, el paciente será elegible para optar a un plan de pago, con un pago anual que no exceda el **10%** de los ingresos de su núcleo familiar. En caso de

circunstancias extraordinarias, el director financiero puede aprobar una excepción que permita plazos de pago más amplios.

Si se determina que el paciente tiene la capacidad de pagar el monto completo o una parte de una factura, esta determinación no impide hacer una nueva evaluación de la capacidad del paciente para pagar en una fecha posterior. Se le indicará a los pacientes que notifiquen al LRMC sobre algún cambio en su situación financiera y se les indicará que pueden solicitar la asistencia financiera o una modificación en los términos del plan de pago con base en un cambio de la situación financiera. Se reevaluará la elegibilidad para la asistencia financiera en los siguientes casos:

- Cambio en los ingresos del núcleo familiar.
- Cambio en el número de miembros de la familia.
- Cuando se evalúa una nueva cuenta y la carta de determinación de asistencia financiera más reciente tiene más de doce (12) meses de emitida.
- Cada vez que un paciente solicita una reevaluación.

## **Esfuerzos para identificar a los individuos que pueden optar a la asistencia financiera**

Se hará todo lo posible para determinar si un paciente es elegible para recibir la asistencia financiera. El LRMC o uno de sus representantes (p. ej., una agencia de cobranza) le notificará al paciente sobre la Política de Asistencia Financiera, durante los primeros 240 días después del primer estado de cuenta luego de haber sido dados de alta o de recibir servicio (para pacientes ambulatorios). El paciente recibirá al menos tres estados de cuenta, que incluyen una descripción sobre la solicitud de asistencia financiera, además de recibir una notificación por escrito donde se le informa que se puede iniciar un informe al organismo de crédito si no se solicita la asistencia financiera o no se ha pagado la cuenta. La notificación por escrito incluirá un resumen en términos sencillos sobre la Política de Asistencia Financiera. Se retractará cualquier información contraria notificada, si se considera que un paciente califica para la asistencia financiera y se enviaron informaciones erróneas a un organismo de crédito, antes de los 240 días del primer estado de cuenta luego de que el paciente haya sido dado de alta o de recibir el servicio.

A todos los pacientes calificados como beneficiarios potenciales para recibir la asistencia financiera se les ofrecerá la oportunidad de solicitar la asistencia financiera. Si esta evaluación se efectúa después de que el paciente haya sido dado de alta, o si se trata de pacientes ambulatorios o pacientes de emergencia, un representante del LRMC le enviará por correo al paciente la [Solicitud de Asistencia Financiera](#) adecuada. Si la Solicitud de Asistencia Financiera está incompleta, el hospital le entregará al individuo una notificación por escrito donde se describe la información y/o documentación adicional necesaria para completar la solicitud. El hospital o su representante (p. ej., una agencia de cobranza) también le proporcionará al paciente al menos una notificación por escrito donde se le indique que se iniciará un informe al organismo de crédito, si el paciente no completa la solicitud o paga el monto adeudado. La notificación por escrito especificará la fecha, que debe ser al menos 30 días después de la fecha de la notificación, después de la cual se podrán iniciar los informes al organismo de crédito. El informe al organismo de crédito es la única Actividad Extraordinaria de Cobranza (ExtraordinaryCollectionActivity, ECA) que se permite de conformidad con esta política.

## **Documentación necesaria**

A todos los pacientes que soliciten asistencia financiera se les indicará que completen una [Solicitud de Asistencia Financiera](#) y que proporcionen los documentos necesarios para verificar la elegibilidad. La solicitud deberá incluir una declaración testimonial firmada por el paciente o la parte responsable. La declaración

deberá incluir un reconocimiento de que, de conformidad con la Sección 817.50 de los Estatutos de Florida (Florida Statutes, F.S.), el suministro de información falsa para estafar a un hospital con el fin de obtener bienes o servicios es un delito grave de tercer grado.

También se podrá solicitar o usar uno o varios de los siguientes formularios de verificación de ingresos o para validar la información proporcionada en la solicitud:

- PARO/SearchAmerica u otras herramientas de elegibilidad presuntiva.
- Formulario W-2.
- Recibos de pago actuales.
- Declaración de impuestos.
- Formulario de aprobación o rechazo de la compensación por desempleo o compensación de trabajadores.
- Verificación por escrito de los salarios de un empleador.
- Verificación por escrito de los ingresos del paciente por entidades de bienestar social o cualquier organismo gubernamental.
- Una nota de remisión en donde se refleje que se han agotado los beneficios de Medicaid que recibe el paciente para el año fiscal de Medicaid.
- Se les puede solicitar a los pacientes que trabajan por cuenta propia o que posean una propiedad que genera ingresos, que proporcionen información detallada sobre los ingresos y gastos relacionados con sus negocios o propiedades de inversión.

Los Asesores financieros pueden aprobar ajustes de la asistencia financiera por un monto de hasta \$25,000. El Director de Acceso de Pacientes aprobará cualquier ajuste de asistencia financiera de \$25,000 a \$50,000. El ciclo AVP/Ingresos aprobará cualquier ajuste de asistencia financiera de \$50,000 a \$100,000. El CFO aprobará cualquier cantidad mayor a \$100,000.

Todos los registros que incluyen solicitudes, documentación y autorización de la asistencia financiera se escanearán para la carpeta de la cuenta del paciente y se mantendrán durante un período de no menos de siete (7) años.

## **Notificación para determinar la elegibilidad**

Al paciente se le proporcionará una decisión por escrito sobre la elegibilidad. Esta notificación indicará el monto de la asistencia financiera (para aprobaciones) o la(s) razón(es) en caso de negación. El LRMC le proporcionará al individuo un estado de cuenta en el cual se indique el monto adeudado, si procede, que muestre o describa cómo el paciente puede obtener información sobre el porcentaje de los AGB para la asistencia recibida y cómo se determinó el descuento.

El Supervisor del Equipo de Atención de Beneficencia es responsable de asegurar que las determinaciones de elegibilidad se hagan de manera consistente con esta política. Si un paciente tiene preguntas sobre una determinación, tendrá la oportunidad de discutir la decisión con el Supervisor y realizar una revisión sobre la determinación dirigida por el Regulador o el ciclo AVP/Ingresos.

## **Actividades de cobranza**

El LRH no participará en las siguientes actividades de cobranza de ningún paciente (incluso si no cumplen con los requisitos para recibir asistencia financiera):

- Retener el derecho sobre la propiedad de un individuo.
- Hipotecar los bienes inmuebles de un individuo.

- Confiscar o embargar la cuenta bancaria de un individuo o cualquier otra propiedad personal.
- Iniciar una acción civil en contra de un individuo.
- Provocar la detención de un individuo.
- Hacer que un individuo sea objeto de una orden de embargo.
- Embargar las ganancias de un individuo.
- Exigir el pago de una factura previa como condición para recibir futuros servicios en el LRMC. Esta prohibición no se aplica a los servicios con base en consultorios que el LRHS haya provisto.

El LRMC o sus representantes (p. ej., una agencia de cobranza) pueden denunciar a un paciente ante un organismo de crédito, si el paciente recibió una notificación por escrito (y se intentó proporcionar una notificación verbal) que especifica la fecha después de la que se podrán iniciar los informes al organismo de crédito, la cual debe ser al menos 30 días después de la fecha de la notificación. No puede presentarse el informe al organismo de crédito antes de que hayan pasado 240 días después de la fecha en que el paciente recibió el primer estado de cuenta por la atención recibida. Estas limitaciones no se aplican al LRHS.

## **Medidas para difundir la información ampliamente**

Se deberá difundir la información sobre el Programa de Asistencia Financiera por diversos medios, incluidas las comunicaciones escritas y verbales con los pacientes en relación con su factura. Los avisos deberán estar visibles en todos los puntos de registro y en todos los lugares públicos del hospital con el fin de notificar a los pacientes del Programa de Asistencia Financiera. Como mínimo, los avisos se colocarán en todas las áreas de admisión de pacientes, incluidos, entre otros, el Departamento de Emergencias y el área Admisión/ Registro del paciente. En los estados de cuenta del paciente aparecerá una notificación por escrito visible sobre la disponibilidad de la asistencia financiera. Se concederán copias de la Política de Asistencia Financiera, solicitudes y un resumen en términos sencillos de la Política de Asistencia Financiera con previa solicitud y sin cargo adicional. La notificación de la Política de Asistencia Financiera y el resumen en términos sencillos de esta política también estarán disponibles en el sitio web de LRMC. Toda la información y/o los formularios públicos relacionados con la Política de Asistencia Financiera estarán disponibles en inglés y español. A los organismos públicos locales, tales como ThePolkHealthCare Plan, Lakeland Volunteers in Medicine, el Departamento de Salud y a otras entidades, según se estime oportuno, se les proporcionarán hojas de información que resumen la Política de Asistencia Financiera.

## **Supervisión y presentación de informes**

El costo de la asistencia que se proporciona de acuerdo con esta Política de Asistencia Financiera, se indica anualmente en el Informe de Beneficio Comunitario del LRMC. El LRMC informa el costo de la atención prestada (sin cargos) al usar el costo disponible más reciente a una tasa de cargo u otro criterio que se ajuste a los lineamientos de la Junta de Principios y Prácticas de la Asociación de Gestión Financiera de Salud, los Principios de Contabilidad Generalmente Aceptados o los Lineamientos del Servicio de Impuestos Internos. Cualquier asistencia financiera que se ofrezca en virtud de esta política está sujeta a revisión para asegurar el cumplimiento de esta política.

## **Lineamientos sobre la asistencia financiera adicional y los criterios de elegibilidad (presunto indigente)**

Se puede considerar a un paciente para ser elegible para una reducción del 100% de los cargos, en las siguientes situaciones:

Si un paciente es actualmente elegible para Medicaid, ThePolkHealthCare Plan o programas de asistencia

gubernamentales similares aprobados, los cuales basan su elegibilidad en que el ingreso del núcleo familiar sea menor o igual al 200% de los FPG, pero no era elegible para optar a la cobertura de ese programa en una fecha previa al servicio en el LRMC; al paciente se le indicará completar la solicitud de asistencia financiera del LRMC. Si se completa la solicitud requerida, el LRMC considerará que el paciente puede ser elegible para optar a un Ajuste de Asistencia Financiera del 100%.

Si un paciente está recibiendo atención gratuita de una clínica comunitaria, que basa la elegibilidad para los servicios de acuerdo con los ingresos, y la clínica comunitaria remite al paciente al LRMC para recibir servicios, el paciente debe completar la solicitud de asistencia financiera del LRMC, pero el LRMC puede confiar en la documentación de asistencia financiera de estas organizaciones, siempre que esta información no tenga más de noventa (90) días de haberse emitido.

**Recursos adicionales:** [Solicitud de Asistencia Financiera](#)

## PROCEDURE

None

## DEFINITIONS

**Gastos médicos catastróficos:** un saldo adeudado al LRMC de todas las cuentas abiertas, después del pago de todos los terceros, que excede más de \$10,000 o el veinticinco por ciento de los ingresos del núcleo familiar.

**Ingreso del núcleo familiar:** los ingresos totales de todas las fuentes de un núcleo familiar en el año calendario, previo a la presentación de la Solicitud de Asistencia Financiera, que incluye, sin limitación, los salarios brutos, sueldos, dividendos, intereses, beneficios de la Seguridad Social, compensación de trabajadores, apoyo regular de miembros de la familia que no viven en el núcleo familiar, pensiones del gobierno, pensiones privadas, pagos de seguros y anualidades, ganancias netas de alquileres, intereses comerciales de propiedad familiar, regalías, sucesiones, fideicomisos, manutención infantil y pensión alimenticia. Si el año calendario previo a la presentación de la Solicitud de Asistencia Financiera no representa los ingresos del núcleo familiar debido a un cambio sustancial de las circunstancias, se usará el período de doce meses más reciente previo a la presentación de la Solicitud de Asistencia Financiera. Salvo que exista una creencia razonable de que la información de declaración de impuestos no representa exactamente los ingresos del núcleo familiar, se utilizará la declaración de impuestos del año previo a la presentación de la Solicitud de Asistencia Financiera para determinar los ingresos del núcleo familiar, si está disponible.

**Lineamientos Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG):** lineamientos de pobreza actualizados anualmente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los EE. UU., conforme a la autoridad del título 42 del Código de Estados Unidos (United States Code, U.S.C.) 9902 (2).

**Núcleo familiar:** el paciente, el cónyuge del paciente, todos los dependientes del paciente y cualquier individuo que pueda declarar que el paciente es un dependiente. Si el paciente tiene menos de dieciocho años, en el núcleo familiar se incluye al paciente, al(los) padre(s) natural(es) o adoptivo(s) del paciente, cualquier individuo que afirme que el paciente es un dependiente y otros dependientes del/de los padre(s).

**Paciente no asegurado:** un individuo que no tiene seguro, que no tiene cobertura de (i) un asegurador comercial de terceros, (ii) un plan ERISA, (iii) un programa de atención médica federal o estatal (que incluye, sin limitación, Medicare, Medicaid y Champus), (iv) la compensación de trabajadores, (v) cuentas de ahorros médicos, (vi) la cobertura de responsabilidad civil u (vii) otro seguro que cubra la totalidad o parte de su factura.

**Workforce:** All LRH employees, volunteers, trainees/students, contractors, and medical staff.

## REFERENCES

None

## Attachments:

### Approval Signatures

Approver	Date
Elaine Thompson: 0001 President & Chief Executive Officer - LRHS	02/2020
Jonh Hoppe: 1011 Executive VP, Chief Legal Officer-General Cou	02/2020
Lance Green: 0005 SVP LRHS - Chief Financial Officer	01/2020
Lance Green: 0005 SVP LRHS - Chief Financial Officer	01/2020