



Memorial Healthcare System

POLIZA DE ASISTENCIA ECONÓMICA

Modificada en Mayo 2024

I. POLIZA DE ASISTENCIA ECONÓMICA

Cualquier paciente puede pedir asistencia económica. Cualquier otra persona que sea responsable de pagar la atención médica del paciente también puede pedir asistencia económica. La cobertura de póliza de asistencia económica cubre la atención de emergencia y la atención necesaria por razones médicas. El sistema de asistencia médica de Memorial Healthcare System (MHS) ofrece exámenes de detección y tratamiento para condiciones de emergencia, de acuerdo con la norma habitual “Traslado/ Acceso a Atención de Emergencia”, adjunta a esta póliza. En los casos que no se aplique esta norma habitual, las solicitudes para programar por adelantado los servicios de atención médica de Memorial para determinar asistencia económica, se revisan individualmente. Pacientes que soliciten atención de emergencia médica se atenderán sin importar si son elegibles para recibir asistencia económica en virtud de esta póliza.

Esta póliza se aplica a todos los centros de atención médica del distrito de South Broward. Tenga en cuenta que los centros de cirugía ambulatoria no son incluidos porque ya sea no son propiedad o administrados por el distrito de hospitales del sur de Broward.

Esta póliza de asistencia económica le permitirá entender cuándo la asistencia económica es rendida.

La asistencia económica puede significar “atención benéfica” (según se define en las pólizas del estado de la Florida o del distrito) o determinados descuentos para las personas no aseguradas, como se explica más adelante.

En cuanto a la atención benéfica, el paciente o persona responsable no deben ser aptos de pagar la atención médica del paciente. La capacidad de pago se determina mediante las pautas federales de pobreza (FPG), los ingresos del paciente o de la persona responsable, y el tamaño de la familia. El gobierno federal actualiza estas pólizas anualmente. La habilidad de pago se determina mediante la revisión de los bienes y si se requiere, de los cargos y deudas por resultados de litigación potencial pendiente a reclamos por un tercero.

Cuando se solicite, MHS determinará si el paciente o la parte persona responsable tienen habilidad de pago. Esta evaluación o revisión para recibir asistencia económica es gratuita. El monto de la asistencia económica solicitada de todas las cuentas combinadas debe ser mayor de \$500.

Los pacientes pueden optar por no presentar la documentación financiera y, en su lugar, recibir asistencia económica en forma de tarifa fija con descuento para pago por cuenta propia. Dichas tarifas están disponibles en las visitas al Departamento de Emergencias y en la mayoría de los procedimientos ambulatorios y hospitalizaciones.

Asistencia económica no se otorgará a cualquier persona no asegurada que no resida en el distrito hospitalario del sur de Broward por razones médicas que no sean de emergencia y que se pueda brindar en el centro de la red de contención de su área. Si no existe proveedor de red de seguridad para dicho paciente, la asistencia económica se determinará según el caso.

El resto de esta póliza de asistencia económica, provee más información sobre cómo solicitar este tipo de asistencia. Le indica cuándo usted se considera elegible para recibir asistencia económica y también le indica cuánta asistencia económica recibirá cuando cumpla los requisitos de la póliza de asistencia económica.

II. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD Y MONTOS DE DESCUENTO

- A. MHS hará verificaciones de crédito y de bienes para determinar la capacidad de pago del paciente o de la parte responsable. MHS recopilará información sobre los ingresos y los bienes del paciente o de la persona responsable y, si se requiere, sobre sus gastos y deudas. El resultado determinará la elegibilidad para la asistencia financiera, el monto del descuento que recibirá y el monto que deberá pagar.
- B. MHS brindará asesoramiento sobre asistencia económica según se solicite, sin cargo adicional, antes o después de que el paciente reciba los servicios.
- C. Las admisiones de pacientes hospitalizados pueden ser evaluadas para determinar la elegibilidad para Medicaid. Si los criterios de evaluación indican una posible elegibilidad, es posible que se le solicite al paciente/parte responsable que presente una solicitud a Medicaid antes de la aprobación de la asistencia financiera.
- D. Un paciente o la persona responsable pueden solicitar asistencia económica para cualquier deuda mayor a de \$500. Esto implica todos los montos de responsabilidad de los pacientes no asegurados, así como los saldos de los pacientes asegurados después de pagar el seguro, incluyendo deducibles, coaseguro, copagos y los cargos no cubiertos.: Los siguientes criterios se utilizan cuando MHS toma en cuenta la solicitud:
 - i. El paciente o la persona responsable pueden calificar para obtener 100 % de descuento si lo siguiente aplica:
 - 1. El paciente o la persona responsable deben completar y firmar un formulario de evaluación económica.
 - 2. El paciente o la persona responsable tiene ingresos familiares totales inferiores o iguales al 200 % de las FPG (según las FPG de 2024, una familia de cuatro miembros que gana \$62,400 por año se encuentra en el 200 % de las FPG), como se describe en la Tabla A; y
 - 3. El paciente o la persona responsable tienen bienes familiar inferior a \$5,000. Estos bienes incluye dinero en efectivo, saldos de cuenta corriente, saldos de cuenta de ahorro, vehículos, embarcaciones, bienes comerciables, acciones, bonos u otros instrumentos negociables, y bienes inmuebles que no sean la vivienda. Estos bienes no incluye la residencia principal, el primer vehículo ni los fondos de la jubilación a los que no se puede acceder sin incurrir en sanciones; o

4. El paciente o la persona responsable tienen un saldo adeudado que supera el 25 % de los ingresos familiares anuales, pero solamente si los ingresos familiares anuales son inferiores a 4 veces las FPG para una familia de 4 miembros; o
 5. No se identifica al paciente después de 6 meses. Durante los 6 meses, MHS agotará todas las opciones para identificar al paciente, incluyendo colaborar con las agencias de orden público locales, estatales y federales.
- ii. El paciente o la parte responsable pueden calificar para obtener un descuento de escala si ocurre lo siguiente:
1. El paciente o la persona responsable tienen ingresos familiares totales de 201 % y 400 % de las FPG (según las FPG de 2024, una familia de cuatro miembros que gana \$124,800 se encuentra en el 400 %).
 2. El monto del descuento depende de los ingresos del paciente o de la persona responsable y del centro. (Consulte la Tabla A para orientación); o
 3. En ningún momento, el paciente que califique para recibir asistencia económica será responsable de más del 10 % de los ingresos anuales del hogar.
- iii. El paciente o persona responsable pueden ser sometidos a una revisión para recibir asistencia económica sin firmar una solicitud de asistencia económica. En esta revisión, se usa el modelo de propiedad comunitaria de FinThrive. MHS también considerará las cuentas anteriores en las que se hayan incurrido en los doce meses anteriores.
1. El paciente o la persona responsable que tenga ingresos del hogar totales inferiores o iguales al 200 % de las FPG calificará para recibir el 100 % de descuento.
 2. El paciente o la persona responsable que tenga ingresos del hogar totales de entre el 201 % y el 400 % calificará para recibir el descuento de escala.
 3. En ningún momento, el paciente que califique para recibir asistencia económica será responsable de más del 10 % de los ingresos del hogar totales por año.
- iv. Otro tipo de asistencia económica puede ser proveído en virtud del proceso abreviado de aprobación de asistencia económica descrito a continuación:
1. Se agotaron los días o los beneficios ambulatorios de Medicaid

2. Se observa un tratamiento involuntario en virtud de la Ley Baker
 3. El paciente falleció y no se presentó ninguna acta de fallecimiento ante el tribunal del condado de residencia del paciente después de un año desde la fecha de su muerte. Cuando MHS haya verificado este criterio, los saldos pendientes se descontarán al 100 %
 4. Los pacientes que tienen una aprobación válida de asistencia económica del distrito hospitalario del norte de Broward no tendrán que volver a presentar una solicitud de asistencia económica del distrito hospitalario del sur de Broward para recibir servicios de emergencia
- E. La información sobre los ingresos y los bienes de los residentes del distrito hospitalario del sur de Broward que califican para recibir asistencia económica, se aceptara durante un año a menos que MHS tenga motivos para cuestionarla. Cuando MHS aprueba la asistencia económica para un paciente o para la persona responsable, también considerará las cuentas en las que se hayan incurrido en los doce meses anteriores. Para propósitos de la póliza de asistencia económica, un residente es: quien establece su hogar en los límites geográficos del distrito hospitalario del sur de Broward, donde vive permanentemente o por mucho tiempo y no como visitante, turista, ni para algún otro fin de conveniencia temporaria y no actúa una farsa de vivienda.
- F. Los pacientes o las personas responsables pueden solicitar asistencia económica hasta un año después de la fecha del servicio.
- G. Los residentes del distrito hospitalario del sur de Broward que hayan sido aceptados como miembros de los centros de Memorial Primary Care tendrán copagos para lo siguiente:
- i. servicios de farmacia ambulatorios
 - ii. visitas a la clínica de atención primaria
 - iii. servicios hospitalarios ambulatorios
 - iv. visitas al Departamento de Emergencias
- H. Los pacientes o las personas responsables que califican para asistencia económica y

no residen en el distrito hospitalario del sur de Broward, recibirán aprobación por cada fecha de servicio.

- I. Bajo petición del paciente o la persona responsable, MHS enviará una declaración por escrito en donde se indique que califican para recibir asistencia económica.
- J. Esta póliza de asistencia económica solo se aplica a los servicios que MHS presta en sus centros y a los servicios que prestan los médicos empleados por MHS. Encontrará una lista del personal médico en la que se refleja su cumplimiento con la póliza de asistencia económica aquí: <https://www.mhs.net/-/media/mhs/files/patients-and-visitors/financial-assistance/en/providers.pdf?la=en>

III. BASE DE CÁLCULO DE LOS MONTOS COBRADOS A LOS PACIENTES

Una vez que MHS determine que un paciente o la persona responsable es elegible para recibir asistencia económica, solo se le cobrará los montos generalmente facturados (AGB). En MHS, los AGB se determinan mediante el “método retrospectivo”, que se calcula de la siguiente manera:

MHS revisa *todos* los reclamos pasados que se pagaron en doce meses. Esto incluye reclamos de planes comerciales, de Medicare y de atención administrada durante 12 meses. Este monto no incluye el coseguro, los copagos y los deducibles del paciente. Los planes médicos de reemplazo de Medicaid no se incluyen en estos cálculos. Este monto es la *cantidad de pagos* previstos.

El porcentaje de los AGB se calcula dividiendo la cantidad de los pagos por la cantidad del total de gastos facturados. Este porcentaje, luego, se multiplica por el total de gastos para cada encuentro con el paciente a fin de obtener los AGB de ese encuentro. MHS calculó los AGB para cada centro y adoptó la tasa más baja para cada centro de MHS. Los pacientes pueden solicitar por escrito los AGB vigentes para cada centro y/o cómo se compara el descuento para las personas no aseguradas con los descuentos del seguro.

PROCESO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA

El paciente o la persona responsable puede solicitar una cita en el Departamento de Servicios de Finanzas para Pacientes, llamando al (954) 276-5501, o en el Departamento de Elegibilidad, llamando al (954) 276-5760. El paciente también puede solicitar la cita personalmente en cualquiera de los centros de servicios hospitalarios del MHS, en los

departamentos de admisiones/registro o en el Departamento de Elegibilidad ubicado en el 2900 Corporate Way de Miramar. Estas solicitudes se deben realizar entre las 8:00 a. m. y las 4:30 p. m., de lunes a viernes. MHS ofrecerá información o asistencia en el proceso de elegibilidad cuando un paciente o una persona responsable declare que no puede pagar su saldo o solicite asistencia económica. La declaración debe realizarse ante el Departamento de Elegibilidad del MHS, el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes o el Departamento de Colección del MHS.

- A. Para calificar para un descuento benéfico del 100 %, el paciente o las personas responsables deben completar un formulario de evaluación económica, que se encuentra en la Tabla C. Todos los pacientes deben presentar la documentación solicitada lo antes posible, como se describe en la Tabla D. La actividad extraordinaria de cobro se pondrá en espera hasta 120 días a partir de la fecha de solicitud de la asistencia, mientras el paciente o las personas responsables se encuentren en el proceso de solicitud de asistencia económica. Este aplazamiento en la actividad de cobro concede un tiempo razonable para recibir todos los documentos exigidos a fin de determinar la elegibilidad. El personal del Departamento de Elegibilidad notificará al paciente por escrito o por teléfono si falta documentación o está incompleta.
- B. MHS puede suplementar o confirmar la información que da el paciente o la parte responsable mediante cualquiera de estos recursos:
 - i. LexisNexis: da acceso a registros públicos
 - ii. FinThrive: ofrece información de crédito
 - iii. Experian: ofrece información de crédito
 - iv. MapQuest: ofrece información sobre dirección de ubicación
 - v. O mucho otros sitios web que ofrecen información sobre registros públicos, como se indica en la Tabla E
- C. Todas las solicitudes se tomarán en cuenta de la misma manera y se tomará una decisión al respecto según el FPG y la capacidad de pago del paciente.

IV. APELACIÓN DE LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Cualquier paciente o persona responsable puede solicitar una apelación cuando MHS

rechaza el otorgamiento de asistencia económica. La solicitud se debe realizar por escrito. El total del monto de las cuentas denegadas debe superar a más de \$5,000.00. El proceso de apelación se describe en una póliza por separado adjunta a esta póliza.

V. MEDIDAS QUE SE PUEDEN TOMAR EN CASO DE FALTA DE PAGO

- A. Se tomarán las siguientes medidas para cobrar los saldos del paciente si no se solicita asistencia económica o se aplica, de otro modo, en virtud de las pólizas mencionadas anteriormente, o después de que se haya denegado la asistencia económica:
 - i. Después de dar alta, se envía una factura inicial al paciente o a la persona responsable
 - ii. Se envía un estado de cuenta 30 días después de la factura inicial y otros estados de cuenta cada 30 días durante los 90 días siguientes. Si se recibe un pago parcial, la serie de estados de cuenta se reiniciará y continuará durante 120 días
 - iii. Durante este período, llamadas pueden ser realizadas
 - iv. Si 120 días después de dar alta no se solicitó asistencia económica, o si no se implementó un plan de pagos y no se recibió el pago parcial, es posible que se remita la cuenta a una agencia de cobro primario de deudas
 - v. Después de 1 año, la cuenta se puede remitir a una agencia de cobro secundario de deudas
- B. En el caso de una emergencia de salud pública (PHE), MHS puede determinar que no se enviarán estados de cuenta a los pacientes hasta que se haya reducido el impacto de la PHE en el condado del sur de Broward. El vicepresidente del ciclo de ingresos y el director financiero del MHS tomarán esta determinación.
- C. Durante los primeros 120 días a partir de la fecha en que se envía el primer resumen de cuenta posterior al alta, MHS no iniciará ninguna de las medidas de cobro mencionadas a continuación en esta sección. Además, MHS notificará al paciente o a la persona responsable con 30 días de anticipación del inicio de las medidas de cobro mencionadas a continuación en esta sección.

- i. presentar cualquier demanda
- ii. presentar una sentencia
- iii. notificar a una o más agencias de crédito
- iv. posponer o denegar la atención después de que el médico del paciente haya determinado que no existe una condición de emergencia, si el paciente o la persona responsable tienen saldos pendientes con agencias de deudas incobrables, hasta que se organicen los pagos adecuados de los saldos de las deudas incobrables

VI. INICIATIVAS PARA PROMOVER AMPLIAMENTE LA POLÍTICA POLIZA DE ASISTENCIA FINANCIERA

- A. MHS pondrá a disposición la póliza de asistencia económica, el formulario de evaluación económica y el resumen de la póliza de asistencia económica en lenguaje claro en su sitio web, www.mhs.net/financiaid, en todos los idiomas exigidos por las regulaciones del artículo 501(r). Estos documentos también se pueden solicitar personalmente en cualquier hospital del MHS o llamando al Departamento de Finanzas para Pacientes al (954) 276-5501.
- B. Los avisos públicos se deben colocar de forma clara y notable en lugares visibles para el público, incluyendo todas las áreas de registración. En estas notificaciones, se explicará que MHS ofrece un programa de asistencia económica a las personas no aseguradas o infra aseguradas.

MHS distribuirá la notificación de esta póliza, que debe incluir información de contacto, por diversos medios, incluyendo los avisos adjuntos a las declaraciones de pacientes y los avisos adjuntos a los formularios de admisión de pacientes en las áreas de admisión y registro, y a través de otros lugares públicos que MHS pueda elegir. La póliza de asistencia económica, el formulario de solicitud del programa de asistencia económica y el resumen en lenguaje claro estarán disponibles en inglés, español, francés, criollo francés, portugués, vietnamita y ruso. Puede hacer preguntas sobre esta póliza durante el horario de atención, llamando al (954) 276-5501.