

<b>Program/Department Name</b>	Bluestone Child and Adolescent Psychiatric Hospital
<b>Section # and Title</b>	P600 Leadership
<b>Policy # and Title</b>	P604.00 La Política y Solicitud de Asistencia Financiera
<b>Original Effective Date</b>	7/1/2021
<b>Last Reviewed Date</b>	11/21/22
<b>Last Revised Date</b>	05/08/23
<b>Policy Owner</b>	Chief Financial Officer

### **POLÍTICA:**

De conformidad con la misión y las políticas de Bluestone Child and Adolescent Psychiatric Hospital ("Bluestone"), se mostrará respeto y compasión a todas las personas que busquen nuestros servicios, incluidas aquellas con capacidad limitada o nula para pagar los servicios. Bluestone se compromete a brindar servicios a las personas independientemente de su capacidad de pago o de satisfacer las obligaciones financieras relacionadas.

### **OBJETIVO:**

1. Promover la misión de brindar atención médica y garantizar que los pacientes sin seguro sean tratados de manera justa, con respeto y compasión durante y después de su tratamiento, independientemente de su capacidad de pago por los servicios que reciben.
2. Brindar asesoramiento financiero a todas las personas sin seguro o con seguro insuficiente, incluida la ayuda para comprender y solicitar programas de atención médica locales, estatales y/o federales, como Medicare, Medicare Disability, Medicaid, Federal Insurance Market Place y cualquier otro programa de asistencia que pueda ser disponible.
3. Describir los requisitos de elegibilidad para las personas sin seguro y con seguro insuficiente elegible para recibir servicios con descuentos sustanciales equivalentes a los que comúnmente reciben los pagadores de atención administrada, y brindar educación a aquellos que son elegibles para garantizar que estén en condiciones de tomar una decisión informada basada en - comprensión profunda de las opciones disponibles. El monto generalmente facturado a aquellas personas que tienen un seguro que cubre la atención brindada por el hospital se utilizará para descontar los servicios.

4. La Política de Asistencia Financiera (FAP) se publicará en el sitio web de Bluestone y la información sobre cómo solicitar asistencia se incluirá en los estados de cuenta de los pacientes. El personal de Bluestone ofrecerá un resumen en lenguaje sencillo a todos los pacientes.
5. Establecer mecanismos de pago razonables y sin intereses en función de la capacidad de pago del paciente.
6. Establecer mecanismos de pago razonables, que pueden incluir opciones de tarjetas bancarias (tarjetas de crédito), opciones de préstamos bancarios y otros métodos de pago disponibles que se adapten al beneficio inmediato y a largo plazo de la persona.

**ALCANCE:** Esta política se aplica a toda la atención de emergencia y médicamente necesaria proporcionada por Bluestone. Los proveedores cubiertos están incluidos en la lista de proveedores a continuación.

## **PROCEDIMIENTO:**

### **Criterio de elegibilidad**

La incapacidad de pago de un paciente puede determinarse en cualquier momento antes de la hospitalización y durante la continuidad de la atención brindada por Bluestone. La cobertura de esta FAP se limita a los servicios médicos de Bluestone. Esta FAP no brindará cobertura para ninguna admisión o procedimiento que no se considere médicamente necesario (consulte las Definiciones a continuación).

Bluestone brindará, sin discriminación, atención médica de emergencia de conformidad con la Sección 1867 de la Ley del Seguro Social (EMTALA) y la política de Atención Médica de Emergencia de Bluestone, a las personas, independientemente de su elegibilidad en virtud de esta FAP. Bluestone no mantiene una sala de emergencias ni un servicio de emergencias, pero está equipado para brindar los siguientes servicios a cualquier persona que presente condiciones médicas potencialmente mortales: primeros auxilios de emergencia, RCP, DEA y succión. Cualquier emergencia médica que requiera servicios más allá de los que se pueden brindar en Bluestone requerirá una llamada al 9-1-1.

La revisión y determinación de la idoneidad del monto a considerar para la atención no compensada la determina el personal de cuentas financieras del hospital, utilizando la información presentada por el paciente o la familia del paciente.

Los pacientes cuyos ingresos familiares y el tamaño de la familia estén por debajo del 100 % de la Pauta Federal de Pobreza (FPG) serán elegibles para un descuento total de los cargos hospitalarios brutos y serán derivados a un asesor financiero del paciente o a la oficina local de Medicaid para solicitar Asistencia Médica. A los pacientes se les ofrecerán los descuentos, según corresponda, en espera de la aprobación de Medicaid de su elegibilidad para Medicaid.

Los pacientes aprobados cuyos ingresos familiares oscilen entre el 100 % y el 200 % de las FPG son elegibles para una variedad de descuentos de los cargos hospitalarios brutos. El hospital mantendrá varias categorías de descuento para pacientes con ingresos desde el 100% hasta el 200% de las FPG.

	<b>Categoría 1</b>	<b>Categoría 2</b>	<b>Categoría 3</b>	<b>Categoría 4</b>
% de las pautas federales de ingresos de pobreza	100,01% - 149,99%	150,00% - 174,99%	175,00% - 200,00%	200,01%+
Descuento elegible*	80%	60%	40%	0%

\* - El cargo será menor entre AGB o tarifas con descuento elegibles.

Las Pautas Federales de Pobreza están disponibles en el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. [aspe.hhs.gov/poverty](http://aspe.hhs.gov/poverty)

### **Ingresos del hogar**

Los ingresos del hogar se determinan utilizando los ingresos de todas las ganancias, incluidos, entre otros:

- Compensación por desempleo;
- Declaración de impuestos federales con W-2;
- Talones de cheques de empleo actuales;
- Declaraciones del Seguro Social o Incapacidad del Seguro Social;
- Pagos de compensación de trabajadores;
- Carta de denegación de Medicaid;
- Declaraciones de jubilación, pensión o ingresos de jubilación;
- Dividendos, alquileres, regalías, pensión alimenticia, manutención de los hijos, ayudas ajenas al hogar y otras fuentes misceláneas de ingresos.

Los ingresos se determinan antes de impuestos. Si una persona vive dentro del hogar, incluya los ingresos de todos los miembros del hogar.

Bluestone puede confiar en la información proporcionada por terceros para verificar de manera completa y precisa la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Por ejemplo, en el momento de la admisión, el personal del hospital puede consultar el programa Medicaid de Ohio para determinar si hay algún beneficio disponible. El personal del hospital trabajará con todos los pacientes para lograr la asistencia financiera más generosa disponible.

A los pacientes que califiquen bajo esta FAP en ningún momento se les cobrará más que las Cantidades Generalmente Facturadas (AGB) por atención de emergencia o médicamente necesaria. De acuerdo con Treas. Reg. §1.501(r)-5(b), se utilizará el método prospectivo para determinar los AGB. Según este método, AGB se basa en el proceso de facturación y codificación que utiliza Bluestone para un beneficiario de Medicaid para servicios de emergencia o médicamente necesarios. En consecuencia, AGB será igual a la cantidad total que Medicaid permitiría para la atención brindada a la persona elegible (incluida la cantidad que Medicaid reembolsaría y la cantidad que el beneficiario sería personalmente responsable de pagar en forma de copagos, coaseguro y deducibles).

Los pacientes cuyos ingresos familiares y el tamaño de la familia excedan el 200 % de las FPG no son elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de esta política.

## **Solicitud**

Los pacientes de Bluestone que busquen asistencia financiera según las disposiciones de esta FAP pueden solicitar dicha asistencia completando y enviando un formulario de Solicitud de Estado Financiero (una copia del formulario de Solicitud de estado financiero se incluye a continuación como Anexo A). La solicitud de cobertura bajo esta FAP, con la documentación completa y adjunta de los ingresos del hogar como se definió anteriormente, se enviará al Departamento de Finanzas de Bluestone para su revisión. Bluestone procesará cualquier solicitud de asistencia financiera recibida dentro de los 240 días posteriores al envío de la primera factura posterior al alta a la persona y suspenderá todas las actividades normales de cobro hasta que se tome una determinación de asistencia financiera.

## **Acciones que se pueden tomar en caso de falta de pago**

Antes de iniciar una actividad de cobranza extraordinaria por falta de pago contra cualquier paciente que cumpla con cualquiera de los criterios de cargos hospitalarios descontados y no cumpla con sus obligaciones financieras descontadas, Bluestone realizará todos los esfuerzos razonables para garantizar que el paciente comprenda sus

obligaciones bajo la escala móvil descontada (según sobre elegibilidad). El personal del hospital intentará nuevamente determinar que el paciente no es elegible para ningún programa de seguro de terceros. En el caso de una solicitud de asistencia financiera incompleta, Bluestone notificará a la persona sobre cómo completar la solicitud de asistencia financiera y le dará a la persona una oportunidad razonable (no menos de sesenta (60) días) para hacerlo. Bluestone enviará un estado de cuenta junto con el resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera e información sobre cómo obtener una solicitud de asistencia financiera. Estos esfuerzos incluirán contacto verbal y escrito y se notificará a la persona al menos 30 días antes de emprender la actividad de cobranza extraordinaria (ECA). El Director de Cuentas por Cobrar determinará si Bluestone ha realizado esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para la Asistencia Financiera y notificar a una persona sobre su capacidad para solicitar asistencia financiera en virtud de esta Política.

Si una persona no paga su parte del monto establecido en el estado de cuenta y Bluestone ha realizado esfuerzos razonables, como se describe en el párrafo anterior, para determinar si la persona es elegible para recibir asistencia financiera, Bluestone puede participar en ECA. . Bluestone no puede participar en ECA antes de los ciento veinte (120) días después de la fecha de facturación inicial. Bluestone le dará al individuo treinta (30) días de aviso por escrito antes de participar en ECA.

Bluestone tiene la intención de participar en las siguientes ECA:

- Vender la deuda de un individuo a otra parte
- Reportar información adversa sobre el individuo a las agencias de informes crediticios del consumidor o a las oficinas de crédito.

### **Lista de proveedores**

Todo el personal profesional de Bluestone atiende a pacientes bajo la FAP del centro. El personal profesional de Bluestone que brinda servicios médicos bajo esta política es el siguiente:

- Dr. Noah Miller
- Dr. Michael Raddock
- Miranda Barnhart, CNP

### **Definiciones**

Necesario desde el punto de vista médico: según lo define el Código Administrativo de Ohio 5160-1-01, se cumplen las condiciones de necesidad médica para un procedimiento, artículo o servicio si se aplica todo lo siguiente:

1. Cumple con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica;

2. Es clínicamente apropiado en su tipo, frecuencia, extensión, duración y entorno de administración;
3. Es apropiado para la condición de salud adversa para la cual se proporciona y se espera que produzca el resultado deseado;
4. Es la alternativa de menor costo que aborda y trata eficazmente el problema médico;
5. Proporciona información única, esencial y adecuada si se utiliza con fines de diagnóstico; y
6. No se proporciona principalmente para el beneficio económico del proveedor ni para la sola conveniencia del proveedor o cualquier otra persona que no sea el destinatario.

### **REFERENCIAS EXTERNAS**

26 CFR § 1.501(r)-4, Política de asistencia financiera y política de atención médica de emergencia

**ANEXO A**

**Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera**

Nombre del jefe de familia:		Fecha de nacimiento:
Dirección		Número de seguro social:
Ciudad:	Estado:	Código postal
Teléfono de casa:	Teléfono móvil:	
<b><u>Los miembros del hogar</u></b>		
Nombre:	Relación:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Relación:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Relación:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Relación:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Relación:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Relación:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Relación:	Fecha de nacimiento:
Documentación de ingresos (enumere y adjunte):		
Documentación de ingresos (enumere y adjunte):		
Documentación de ingresos (enumere y adjunte):		
Entiendo que proporcionar información falsa puede dar lugar a acciones legales y doy fe de que toda la información que he proporcionado es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.		
Firma:	Fecha:	
Espectador:	Fecha:	
A continuación solo para uso hospitalario (For Hospital Use Only):		
Reviewer Notes:		

Date of Evaluation:	Income:	Discount Percentage
Reviewer Signature:		Date: