

 Llano Regional Hospital		Responsable: Maria DeLuna Directora de la Oficina Administrativa
DEPARTAMENTO: Oficina Administrativa		Fecha de vigencia: 04/2025 Próxima revisión: 04/2027
ASUNTO: Programa de Atención de Caridad	Revisado:	Página: 1 de 7

I. POLÍTICA:

Se evaluará la capacidad de pago de todas las personas pacientes que no cuenten con seguro médico mayor, Medicare, Medicaid u otros servicios de pago de terceros, y que soliciten apoyo mediante el Programa de Atención de Caridad (CCP) del Hospital Regional de Llano (Hospital), para determinar su posibilidad de cubrir los cargos. Asimismo, las personas con seguro cuyo monto de coseguro sea excesivamente alto podrán solicitar apoyo bajo los mismos lineamientos del CCP que quienes no tienen seguro. El Hospital se reserva el derecho de negar la asistencia por adeudos derivados de diagnósticos relacionados con drogas y/o alcohol. El monto de caridad aplicado a una cuenta se determinará conforme a los lineamientos establecidos en esta política. La atención de caridad no incluye honorarios de médicos particulares, estudios realizados por otras instalaciones ni la atención brindada en otros hospitales. La atención de caridad siempre será el recurso de pago de última instancia. Se establecerá un programa para supervisar y verificar todas las solicitudes de caridad.

II. DECLARACIÓN DE PROPÓSITO

Como parte de la misión del Hospital de atender las necesidades de salud del Condado de Llano, y en cumplimiento con los requisitos para ser proveedor de Medicare, el Hospital brindará apoyo económico a pacientes que no cuenten con recursos para pagar los servicios hospitalarios.

Se otorgará apoyo económico a todas las personas pacientes que cumplan con los requisitos y que acudan al Hospital a recibir atención, sin distinción por raza, religión, orientación sexual u origen nacional, y que de acuerdo con esta política se clasifiquen como indigentes por situación económica o por condición médica.

El Hospital determinará la capacidad de pago de las personas pacientes y/o de quienes sean legalmente responsables, considerando los derechos y la dignidad humana de cada persona. Se hará todo lo posible por fomentar la autosuficiencia, animando a la persona a desarrollar sus propios recursos; sin embargo, identificar oportunamente la necesidad y proporcionar atención y tratamiento es lo más conveniente para el bienestar de la persona paciente.

El derecho de autodeterminación de la persona implica conservar la libertad de decidir si solicita o no apoyo económico. Por lo tanto, en todos los casos, la solicitud de ayuda y la comprobación de elegibilidad son responsabilidad de la persona paciente. El Hospital mantendrá la confidencialidad de la información financiera y médica de las personas pacientes.

Esta Política sirve como guía para determinar la elegibilidad de la persona y la responsabilidad del Hospital en materia de atención caritativa. Dado que la política aplica en un entorno de atención a la salud, puede ser necesario que el Hospital haga una excepción o deje sin efecto esta política en casos específicos. Con la documentación correspondiente, la Administración del Hospital, con la aprobación de la Dirección de Finanzas, podrá autorizar excepciones en casos catastróficos.

III. DOCUMENTACIÓN

1. Cada paciente solicitante deberá llenar y firmar el Cuestionario y la Solicitud del Programa de Atención de Caridad, en formatos similares al que se adjunta como Anexo A.
2. Los datos que deben verificarse para determinar la elegibilidad para el Programa de Atención de Caridad abarcan: la identificación del paciente, los ingresos del paciente y/o de la persona responsable, las deudas y obligaciones financieras, y el número de dependientes en la familia.
3. La identidad puede acreditarse presentando cualesquiera dos (2) de los siguientes documentos:
 - a. Tarjeta del Seguro Social
 - b. Licencia de conducir
 - c. Registro de votante
 - d. Tarjeta de crédito
 - e. Identificación de empleado
 - f. Acta de nacimiento
 - g. Fe de bautismo
 - h. Historial escolar
 - i. Acta de matrimonio
 - j. Tarjeta de Medicaid o Medicare
4. Las siguientes fuentes deben incluirse como comprobante de ingresos. Para verificar estas fuentes y los montos, se requiere la Forma 1040 del IRS del año pasado, el Formulario W-2 o una constancia del empleador. Los recibos de nómina también pueden usarse para determinar el nivel de ingresos actual.
 - a. Sueldos y salarios antes de deducciones
 - b. Ingresos por trabajo independiente
 - c. Ingresos agrícolas
 - d. Asistencia pública
 - e. Seguro Social
 - f. Prestaciones por desempleo
 - g. Compensación laboral
 - h. Prestaciones por huelga
 - i. Prestaciones para veteranos
 - j. Pensión alimenticia
 - k. Pensiones
 - l. Anualidades
 - m. Ingresos por dividendos
 - n. Ingresos por intereses
 - o. Rentas
 - p. Regalías
 - q. Ingresos de herencias y fideicomisos
5. La comprobación de dependientes es responsabilidad de la persona solicitante. Cualquier persona que dependa de los ingresos familiares para más del 50% de su manutención puede considerarse dependiente. La dependencia puede acreditarse con cualquiera de los siguientes:

PROGRAMA DE ATENCIÓN DE CARIDAD (Cont.)

- a. Declaración de impuestos vigente 1040 y 1040A, con dependientes
 - b. ~~Dependientes~~ Página 3 de 7
 - c. Actas de nacimiento
 - d. Expedientes hospitalarios
 - e. Registros de bautismo
 - f. Comprobante de tutela
 - g. Registros de AFDC
6. Se anexarán copias de todos los documentos utilizados para certificar la identidad, los ingresos y la dependencia al Cuestionario de Atención de Caridad, y se conservarán en el expediente del Hospital.
7. Una vez comprobada la identidad, los ingresos y la dependencia, se determinará la elegibilidad financiera del paciente conforme a la fórmula de Atención de Caridad, según se anexa en el Anexo B.
8. Cuando se determine que el paciente será clasificado como Caridad o Pago Parcial, se llevarán a cabo los siguientes procesos:
- a. Se requerirá que el paciente o el garante pague, o bien que firme un pagaré y haga los arreglos necesarios para cubrir las obligaciones, si las hubiera.
 - b. El saldo de la cuenta se reducirá si el paciente cumple con los requisitos.
 - c. Si el paciente califica conforme al CCP, dicha determinación tendrá vigencia durante los siguientes seis (6) meses a partir de la fecha en que se emita.

III. ELEGIBILIDAD

1. Indigencia financiera

- a. Se considera paciente en indigencia financiera a la persona que no cuenta con seguro o cuyo seguro es insuficiente, y que es aceptada para recibir atención sin obligación de pago o con una obligación reducida por los servicios prestados, conforme a los criterios de elegibilidad del Hospital establecidos en esta política.
- b. Para ser elegible a la asistencia financiera total como paciente en indigencia financiera, el ingreso de la persona deberá ser: (i) igual o menor al **300 por ciento** de los lineamientos federales de pobreza; (ii) entre **300 y 700 por ciento** se ofrece un beneficio en escala móvil; y (iii) para pacientes cuyo ingreso exceda el **700 por ciento** de dichos lineamientos, podrían ser elegibles para recibir tarifas con descuento o ajustes conforme a las disposiciones de atención de caridad, caso por caso y según sus circunstancias particulares; la determinación final quedará exclusivamente a discreción del Hospital. El Hospital podrá considerar otros activos y pasivos de la persona al determinar la elegibilidad.
- c. El Hospital utilizará los lineamientos de ingresos por nivel de pobreza más recientes emitidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. para determinar la elegibilidad de una persona para atención de caridad como paciente en indigencia financiera. Por lo general, estos lineamientos se publican en el Federal Register en febrero de cada año y, para efectos de esta política, entrarán en vigor el primer día del mes siguiente al mes de su publicación.

PROGRAMA DE ATENCIÓN DE CARIDAD (Cont.)

- d. Salvo lo indicado en el Párrafo (b)(iii), en ningún caso el Hospital establecerá criterios de elegibilidad para pacientes en situación de indigencia económica que fijen un nivel de ingresos para recibir asistencia financiera menor al exigido para los condados conforme a la Ley de Atención y Tratamiento de Salud para Indigentes de Texas, ni mayor al **300 por ciento** de las guías federales de pobreza. No obstante, el Hospital podrá ajustar los criterios de elegibilidad de vez en cuando, en función de sus recursos financieros y según sea necesario para atender las necesidades de asistencia financiera de la comunidad.

2. Indigencia médica

- a. Se considera paciente con indigencia médica a la persona cuyos gastos médicos u hospitalarios, después de los pagos de terceros, superan un porcentaje determinado de su ingreso bruto anual, conforme a lo establecido en esta política, y que no puede cubrir el saldo restante.
- b. Para ser elegible a asistencia financiera por indigencia médica, el monto a cargo del paciente en la cuenta del Hospital, una vez aplicados los pagos de terceros, debe exceder el 30% del ingreso bruto anual del paciente, y además el paciente debe no poder pagar el saldo restante. El Hospital podrá considerar otros activos y obligaciones financieras de la persona al determinar su capacidad de pago. Las cuentas del Hospital que superen el 30% del ingreso anual podrían ser elegibles para un descuento, sujeto a aprobación del Hospital.
- c. La determinación de la capacidad del paciente para pagar el saldo de la cuenta se basará en si razonablemente puede esperarse que liquide el adeudo en su totalidad en un plazo de tres (3) años.
- d. Si se determina que el paciente sí tiene capacidad para pagar el saldo, dicha determinación no impide que, en una fecha posterior, se vuelva a evaluar su capacidad de pago.

3. Elegibilidad presunta para asistencia financiera

En algunos casos, un paciente puede parecer elegible para descuentos de atención de caridad, pero no hay una solicitud de asistencia financiera en el expediente por falta de documentación de respaldo. Con frecuencia, el paciente u otras fuentes aportan información suficiente que puede servir como evidencia para otorgar este apoyo. Si no existe evidencia que sustente la elegibilidad del paciente para atención de caridad, el Hospital podrá apoyarse en agencias externas para estimar montos de ingreso, con el fin de determinar la elegibilidad y los posibles descuentos. Una vez determinada, y debido a la naturaleza de estas circunstancias presuntas, el único descuento que puede otorgarse es la condonación del 100% del saldo de la cuenta. La elegibilidad presunta puede establecerse con base en circunstancias de vida individuales, que pueden incluir:

- a. Programas estatales de medicamentos con financiamiento público
- b. Situación de calle o haber recibido atención en una clínica para personas sin hogar
- c. Participación en programas de Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- d. Elegibilidad para cupones de alimentos

PROGRAMA DE ATENCIÓN DE CARIDAD (Cont.)

- e. Elegibilidad para el programa de comidas escolares subsidiadas
- f. Elegibilidad para otros programas de apoyo estatal o local sin financiamiento (p. ej., ajuste de gastos de Medicaid)
- g. Se acepta vivienda de bajos ingresos o subsidiada como domicilio válido
- h. El paciente ha fallecido y no se tiene conocimiento de ningún patrimonio
- i. Antecedentes relevantes de falta de pago que sustentan la justificación de futuros impagos y la falta de capacidad para pagar.

4. Importe Generalmente Facturado (AGB)

En el caso de pacientes/personas sin seguro que sean elegibles para un descuento, solo deberán pagar como máximo el treinta (30%) del total de los cargos brutos de su cuenta hospitalaria. El AGB del Hospital se calcula tomando el reembolso promedio como porcentaje del total de reclamaciones autorizadas por Medicare y por todas las aseguradoras privadas de salud durante el último año fiscal (oct.-sept.) que pagan reclamaciones al hospital.

Los pacientes cuya familia rebase el 351% del PFL podrían ser elegibles para recibir tarifas con descuento caso por caso, según sus circunstancias específicas, como una enfermedad catastrófica o carencia de recursos médicos, a discreción del Hospital; sin embargo, la tarifa con descuento no deberá ser mayor que los importes generalmente facturados a pacientes con seguro comercial.

5. Relación con las Políticas de Cobranza

La administración del Hospital deberá desarrollar políticas y procedimientos para las prácticas de cobranza internas y externas. Estas prácticas incluyen las acciones que el hospital puede tomar en caso de falta de pago, incluyendo gestiones de cobranza y reportes a agencias de crédito. Además, estas prácticas también deberán considerar en qué medida el paciente califica para atención de caridad, el esfuerzo de buena fe del paciente para solicitar un programa gubernamental o apoyo de caridad del Hospital, y su buena fe para cumplir con sus acuerdos de pago con el Hospital. Para pacientes que califiquen para atención de caridad y cooperen de buena fe para resolver sus cuentas hospitalarias con descuento, el Hospital puede ofrecer planes de pago extendidos, no enviará cuentas sin pagar a agencias de cobranza externas y podrá suspender todos los esfuerzos de cobranza. El Hospital no impondrá acciones extraordinarias de cobranza, como embargos de salario; gravámenes sobre la vivienda principal u otras acciones legales, a ningún paciente sin antes realizar esfuerzos razonables para determinar si es elegible para atención de caridad conforme a esta política de asistencia financiera. Los esfuerzos razonables incluirán.

- a. Confirmar que el paciente efectivamente adeuda las cuentas pendientes y que el hospital ha identificado y facturado todas las fuentes de pago de terceros
- b. Documentación de que el Hospital ha ofrecido o ha intentado ofrecer al paciente la oportunidad de solicitar atención de caridad conforme a esta política y de que el paciente no ha cumplido con los requisitos de solicitud del hospital
- c. Documentación de que el paciente no califica para asistencia financiera de manera presunta
- d. Documentación de que se le ofreció al paciente un plan de pago, pero no ha respetado los términos de dicho plan.

IV. PROCEDIMIENTO

1. Identificación de casos de asistencia financiera

- a. El Hospital publicará un aviso sobre su programa de asistencia financiera y la forma en que un paciente puede solicitarla.
- b. El Director(a) de Finanzas del Hospital o la persona designada procurará identificar, al momento del ingreso, todos los casos que puedan calificar como de insuficiencia económica. A los pacientes identificados como posibles casos de asistencia financiera se les ofrecerá llenar el formato de asistencia financiera (Anexo A).
- c. El Director(a) de Finanzas del Hospital o su designado canalizará a los pacientes que pudieran calificar para recibir apoyo mediante algún programa gubernamental al programa correspondiente (p. ej., Medicaid). Los pacientes que sean elegibles para Medicaid y otros programas de atención médica para personas de escasos recursos serán reportados por el Hospital como atención a personas indigentes patrocinada por el gobierno.
- d. En cuanto se cuente con información suficiente sobre los recursos económicos del paciente y su elegibilidad para asistencia gubernamental, se emitirá una determinación sobre su elegibilidad para asistencia financiera. Después de dicha determinación, no se realizarán gestiones de cobro sobre una cuenta de asistencia financiera.
- e. Los lineamientos federales vigentes de ingresos por nivel de pobreza se incluyen en esta política como Anexo C. Estos lineamientos se actualizarán anualmente con base en datos federales. La definición de "ingreso familiar" y las "exclusiones de ingreso" se encuentran en los lineamientos de pobreza y se utilizarán en todas las determinaciones de elegibilidad para asistencia financiera.

2. No proporcionar la información adecuada

No proporcionar la información necesaria para completar una evaluación financiera puede dar lugar a una determinación desfavorable; sin embargo, la cuenta podrá revisarse nuevamente cuando el Hospital reciba la información requerida. La elegibilidad para recibir asistencia financiera puede determinarse sin un formato de evaluación completo si el paciente o la información no están razonablemente disponibles, siempre que exista información suficiente proporcionada por el paciente o por otras fuentes que pueda servir como evidencia para otorgar apoyo de caridad. Si no hay evidencia que respalde la elegibilidad del paciente para atención de caridad, el Hospital podrá recurrir a agencias externas para estimar montos de ingresos, con base en los cuales se determine la elegibilidad para atención de caridad y los posibles descuentos. Una vez realizada la determinación, debido a la naturaleza propia de las circunstancias presuntivas, el único descuento que podrá otorgarse será la condonación del 100% del saldo de la cuenta. La elegibilidad presuntiva puede determinarse con base en circunstancias de vida individuales que pueden incluir:

- a. Programas estatales de medicamentos con financiamiento público
- b. Situación de calle o haber recibido atención en una clínica para personas en situación de calle
- c. Participación en programas para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- d. Elegibilidad para cupones de alimentos
- e. Elegibilidad para el programa de comedor escolar subsidiado
- f. Elegibilidad para otros programas de apoyo estatal o local sin financiamiento (p. ej., ajuste de gastos de Medicaid)
- g. Vivienda de bajo ingreso/subsidiada proporcionada como domicilio válido
- h. El paciente falleció y no se conoce que exista una sucesión

- i. Antecedentes de falta de pago que sustentan la justificación de futuras faltas de pago y la imposibilidad de pagar.

3. Plazo para la determinación de elegibilidad

La elegibilidad será determinada por el Director Financiero del Hospital o la persona que éste designe, dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la recepción de la información necesaria para emitir dicha determinación.

4. Aprobación de la asistencia financiera

El Director Financiero del Hospital o su persona designada aprobará o rechazará la solicitud de asistencia financiera. Se notificará al paciente por escrito sobre la aprobación o la negativa. Por cuestiones prácticas, la aprobación tendrá vigencia de seis (6) meses a partir de la fecha de la determinación. No obstante, si la información indica que los recursos financieros del paciente han mejorado de manera significativa, el Director Financiero o su persona designada podrá solicitar una nueva solicitud de asistencia financiera antes de que concluya la cobertura normal de seis (6) meses.

5. Exclusiones

La Política de Asistencia Financiera NO CUBRE: procedimientos estéticos, servicios prestados por proveedores que no sean empleados del Llano Regional Hospital, ni proveedores que facturen por separado del Hospital sus servicios (incluidos Radiología, Patología, médicos hospitalistas, médicos de Urgencias y anestesiólogos).

ANEXOS:

ANEXO A – Documentos de elegibilidad

ANEXO B – Solicitud de apoyo para atención médica

ANEXO C – Rangos de ingresos para descuentos de apoyo financiero médico