

Póliza de Atención Benéfica

Categoría: Administración de Empresas

Origen: Director financiero

Autorización: Melanie Taylor, CEO

David Baker, director financiero

Fecha de implementación: 1 de septiembre de 2022

Referencia estándar: Regla TAC [§355.8215](#)

4.13.0 FINALIDAD:

Burke (el Centro) se compromete a proporcionar atención de caridad a las personas que tienen necesidades de atención médica y no están aseguradas, subaseguradas, o no pueden pagar de otra manera, por la atención médicamente necesaria basada en su situación financiera individual. El Centro se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de los clientes que necesitan servicios de atención de la salud de calidad no les impida buscar o recibir atención.

En consecuencia, esta política:

- Incluye los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera - gratuita y con descuento (atención benéfica parcial)
- Describe la base para calcular las cantidades cobradas a los clientes que cumplen los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de esta política
- Describe el método por el cual los clientes atendidos pueden solicitar asistencia financiera
- Describe cómo el Centro dará amplia publicidad a la política de la Comunidad
- Limita los montos que el Centro cobrará por los servicios elegibles brindados a los clientes que califican para asistencia financiera a la cantidad generalmente facturada (recibida por) el Centro por seguro privado y público (Medicaid, Medicare, etc.).

Se espera que los clientes cooperen con los procedimientos del Centro para obtener atención de beneficencia u otras formas de pago o asistencia financiera, y que contribuyan al costo de su atención en función de su capacidad individual de pago, con sujeción a las normas, reglamentos y requisitos contractuales de los diversos organismos de financiación del Centro.

Para administrar sus recursos de manera responsable y permitir que el Centro proporcione el nivel adecuado de asistencia al mayor número de personas necesitadas, la Junta de Síndicos establece las siguientes directrices para la prestación de servicios de beneficencia a los clientes.

Apéndice #1 a IV-A-4

8/30/2022

Página 1 de 7

Póliza de Atención Benéfica

4.13.1 DEFINICIONES:

Para esta política, los términos a continuación se definen de la siguiente manera:

Atención de Caridad: Servicios de atención médica que se han proporcionado o se proporcionarán pero que nunca se espera que den lugar a ingresos de efectivo. La atención de beneficencia es el resultado de la política del Centro de prestar servicios de atención de la salud gratuitos o con descuento a los clientes que cumplan los criterios establecidos.

Deuda incobrable: servicios de atención médica que se han proporcionado o se proporcionarán y se anticipa el ingreso de efectivo para la totalidad o una parte del cargo. Incluye los cargos mensuales del Cuadro de tarifas de la escala móvil no cobrados para clientes por encima del 150% de FPL. Bad Debt no es elegible para el reembolso de los programas federales de caridad

Familia: Según la Oficina del Censo, un grupo de dos (2) o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Además, de conformidad con las normas del Servicio de Impuestos Internos, si un cliente reclama a alguien como dependiente de su declaración del impuesto sobre la renta, esa persona puede considerarse dependiente a los efectos de la prestación de asistencia financiera.

Ingreso familiar: El ingreso familiar se determina utilizando la definición de la Oficina del Censo, que utiliza los siguientes ingresos al calcular las pautas federales de pobreza:

- Incluye ingresos, compensación por desempleo, compensación de trabajadores, Seguridad Social, Ingresos de Seguridad Complementaria, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobrevivientes, ingresos de pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de niños, asistencia de fuera del hogar y otras fuentes diversas.
- Los beneficios no monetarios (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan.
- Determinado sobre una base antes de impuestos.
- Excluye las ganancias o pérdidas de capital, y
- Si una persona vive con una familia, incluye los ingresos de todos los miembros de la familia (los que no son parientes, como los compañeros de casa, no cuentan).

Sin seguro: Una persona que no tiene ningún nivel de seguro o asistencia de terceros para cumplir con sus obligaciones de pago.

Póliza de Atención Benéfica

Subasegurado: Una persona que tiene cierto nivel de seguro o asistencia de terceros pero que aún tiene gastos de bolsillo que exceden sus capacidades financieras.

Gastos brutos: Total de los gastos con arreglo a las tarifas establecidas en el Centro para la prestación de servicios de atención al cliente antes de aplicar las deducciones de los ingresos.

Escala móvil de tarifas: participación financiera del cliente calculada utilizando las normas, reglamentos y requisitos contractuales de las diversas agencias de financiación del Centro. (HHSC MH/IDD; HHSC ECI; HHSC Autismo; TCOOMMI, etc.)

4.13.2 PROCEDIMIENTOS:

- A. **Servicios Elegibles Bajo Esta Política.** A los efectos de esta política, por "atención de beneficencia" o "asistencia financiera" se entiende los servicios de atención de la salud prestados por el Centro sin cargo o con descuento a los clientes que reúnan los requisitos. Los siguientes servicios de atención médica son elegibles para la atención de caridad:
1. Servicios de salud conductual
 2. Inmunizaciones
 3. Servicios de salud pública
 4. Otros servicios preventivos
- B. **Elegibilidad para la atención de caridad.** La elegibilidad para la atención de beneficencia se considerará para aquellos clientes que no están asegurados, que no están asegurados y que no pueden pagar por su atención, sobre la base de una determinación de necesidad financiera de conformidad con esta Política. El otorgamiento de la atención de caridad se basa en una determinación individualizada de la necesidad financiera, y no considera la edad, el género, la raza, la condición social o inmigrante, la orientación sexual o la afiliación religiosa.
- C. Método por el cual los clientes pueden solicitar o ser evaluados para la atención de caridad.
1. La necesidad financiera se determina de conformidad con procedimientos que implican una evaluación individual de la necesidad financiera; y puede
 - a. Incluir un proceso de solicitud o evaluación, en el que el cliente o el representante legalmente autorizado del cliente (LAR) estén obligados a cooperar y proporcionar información personal financiera y de otro tipo, y

Póliza de Atención Benéfica

- b. documentación pertinente para determinar la necesidad financiera.
 - b. Incluir el uso de fuentes de datos externas públicamente disponibles que proporcionen información sobre la capacidad de pago de un cliente o de un LAR (como la calificación crediticia).
 - c. Incluir esfuerzos razonables por parte del Centro para explorar fuentes alternativas apropiadas de pago y cobertura de programas de pago públicos y privados, y para ayudar a los clientes a solicitar dichos programas.
 - d. Considerar los activos disponibles del cliente y todos los demás recursos financieros disponibles para el cliente.
 - e. Incluir una revisión de las cuentas pendientes de cobro del cliente por servicios anteriores prestados y el historial de pagos del cliente.
2. Una solicitud o evaluación para la atención de caridad y una determinación de necesidad financiera se puede hacer en cualquier momento del ciclo de recolección, pero se prefiere que se complete dentro de los primeros 30 días de tratamiento. La necesidad de asistencia financiera se reevalúa anualmente y siempre que se produzca un cambio significativo que afecte a la elegibilidad del cliente o de la LAR para recibir asistencia benéfica.
3. Los valores del Centro en materia de dignidad humana y administración quedarán reflejados en la solicitud, la determinación de las necesidades financieras y la concesión de asistencia de beneficencia. Las solicitudes de asistencia caritativa se tramitarán con prontitud y se notificarán por escrito al cliente o al LAR en un plazo de 30 días a partir de la recepción de una solicitud o evaluación completa.
- D. **Presunción de elegibilidad para asistencia financiera.** Hay casos en los que un cliente puede parecer elegible para descuentos de cuidado de caridad, pero no hay un formulario de asistencia financiera en el archivo debido a la falta de documentación de apoyo. A menudo hay información adecuada proporcionada por el cliente atendido o a través de otras fuentes, que proporcionan pruebas suficientes para proporcionar al cliente asistencia de atención de caridad. En el caso de que no haya pruebas que respalden la elegibilidad de un cliente para la atención de beneficencia, el Centro puede utilizar agencias externas para determinar los montos estimados de ingresos para determinar la elegibilidad para la atención de beneficencia y los posibles montos de descuento. Una vez determinado, debido a la naturaleza inherente de las circunstancias presuntivas, el único descuento que se puede conceder es una cancelación del 100% del saldo de la cuenta.

Póliza de Atención Benéfica

La presunta elegibilidad se puede determinar sobre la base de las circunstancias de vida individuales que pueden incluir:

1. Programas de prescripción financiados por el Estado.
2. Personas sin hogar o que recibieron atención de una clínica para personas sin hogar.
3. Participación en programas para mujeres, niños y lactantes (WIC).
4. Elegibilidad para cupones de alimentos.
5. Elegibilidad del programa de almuerzos escolares subvencionados.
6. Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales que no tienen financiamiento (por ejemplo, gasto de Medicaid).
7. Se proporciona vivienda subvencionada o de bajos ingresos como dirección válida; y
8. El cliente ha fallecido sin bienes conocidos.

E. **Criterios de selección e importes cargados a los clientes.** Los servicios elegibles bajo esta Política se ponen a disposición de los clientes en Horarios de Tarifas de Escala Deslizante, de acuerdo con la necesidad financiera, como se determina en referencia a los Niveles Federales de Pobreza (FPL) vigentes en el momento de la determinación. La base de las cantidades cobradas a los clientes atendidos que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera es la siguiente:

1. Los clientes cuyos ingresos familiares están en o por debajo del 150% de la FPL son elegibles para recibir servicios con un descuento del 100%.
2. Los clientes cuyos ingresos familiares son superiores al 150% pero no más del 200% de la FPL son elegibles para recibir servicios con un descuento (atención de caridad parcial) a tarifas descontadas utilizando los Horarios de Tarifas de Escala Deslizante. Las cuotas no cobradas son de deuda incobrable y no son elegibles para el reembolso bajo programas federales de caridad.
3. Los clientes cuyos ingresos familiares superen el 200% de la FPL pueden tener derecho a recibir tarifas reducidas caso por caso en función de sus circunstancias específicas, como enfermedad catastrófica o indigencia médica, a discreción del Centro; sin embargo, las tarifas reducidas no serán mayores que las cantidades generalmente facturadas a los seguros privados o públicos y descontadas utilizando las Listas de Tarifas de Escala Deslizante. Las cuotas no cobradas son de deuda incobrable y no son elegibles para el reembolso bajo programas federales de caridad.

F. **Comunicación del Programa de Atención a la Caridad a Clientes y Dentro de la Comunidad.** La notificación sobre la atención de beneficencia disponible en el Centro incluye

Póliza de Atención Benéfica

número de contacto, y se difunde por varios medios, que incluye, pero no se limita a, la publicación de avisos en estados mensuales y mediante la publicación de avisos en clínicas, áreas de espera, admisión y evaluación, oficinas de negocios y servicios financieros que se encuentran en las instalaciones del Centro, y otros lugares públicos como elegidos. El Centro da amplia publicidad a un resumen de esta política de atención de beneficencia en el sitio web del Centro, en folletos disponibles en los sitios de acceso de los clientes y en otros lugares de la comunidad a los que presta servicios el Centro. Tales avisos e información resumida se proporcionan de conformidad con el Plan de Competencias Culturales y Lingüísticas del Centro.

Para obtener una lista de todos los proveedores/entidades que abarca esta política, comuníquese con la Oficina de Servicios a Empresas de Burke al 936-639-1141.

G. **Relación con directivas de recopilación.** El Centro elabora políticas y procedimientos (véase GAM 4.8 Tasas y cobros) para las prácticas de cobro internas y externas (incluidas las medidas que el Centro puede adoptar en caso de impago, incluidas las acciones de cobro y la presentación de informes a las agencias de crédito) que tienen en cuenta la medida en que el cliente cumple los requisitos para recibir asistencia de beneficencia, el esfuerzo de buena fe de un cliente para solicitar asistencia de beneficencia del Centro y el esfuerzo de buena fe de un cliente para cumplir sus acuerdos de pago con el Centro. Para los clientes que califican para la atención de caridad y que están cooperando de buena fe para resolver sus facturas con descuento, el Centro puede ofrecer planes de pago extendidos, no enviará facturas sin pagar a agencias de cobro externas, y cesará todos los esfuerzos de cobro. El Centro no impondrá cobros extraordinarios como embargos salariales, gravámenes sobre residencias primarias u otras acciones legales para cualquier cliente sin antes hacer esfuerzos razonables para determinar si ese cliente es elegible para recibir atención de caridad bajo esta política de asistencia financiera. Los esfuerzos razonables incluirán:

1. Validar que el cliente adeuda los cargos impagados y que todas las fuentes de pago de terceros han sido identificadas y facturadas por el Centro.
2. Documentación de que el Centro ha intentado ofrecer al cliente la oportunidad de solicitar o ser evaluado para recibir asistencia benéfica de conformidad con esta política y de que el cliente no ha cumplido los requisitos de evaluación financiera del Centro.
3. Documentación de que el cliente no cumple los requisitos para recibir asistencia financiera sobre una base de presunción.

Póliza de Atención Benéfica

4. Documentación de que al cliente se le ha ofrecido un plan de pago pero no ha cumplido los términos de dicho plan.
- H. **Requisitos reglamentarios.** La implementación de esta Política no niega ni reemplaza el cumplimiento de todas las demás leyes, normas y regulaciones federales, estatales y locales aplicables a los servicios aquí descritos.
- I. **Requisitos financieros y de formación del personal de Burke.** El personal de Burke se adherirá a

Los parámetros descritos en la Regla del TAC §355.8215 y la guía de la Asociación de Gestión Financiera de la Asistencia Sanitaria que se encuentra en la Declaración 15 de junio de 2019: "Valoración y presentación de la Declaración Financiera de la Atención de la Caridad, Concesiones de Precios Implícitos y Deudas Incobrables por parte de los Proveedores Institucionales de Atención Sanitaria".