

BAPTIST HEALTH		
POLÍTICA Y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		
		N.º 3.14
Sección: Atención al paciente FINANZAS	Tema: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA HOSPITALARIA	
Fecha original: Octubre de 1998	Reemplaza a:	Fecha de entrada en vigencia: 1 de octubre de 2017
Fecha de revisión: 1 de junio de 2021	Alcance:	
Aprobado por: /Scott Wooten, Vicepresidente Ejecutivo y Director de Finanzas		

I. POLÍTICA

De acuerdo con la filosofía, la misión y los valores fundamentales de Baptist Health, nuestra política es proporcionar Atención Médicamente Necesaria a todos los pacientes, independientemente de sus recursos financieros. Esta política solo aplica a los Hospitales de Baptist Health y a los proveedores enumerados en el Anexo A. Esta política no aplica a los proveedores enumerados en el Anexo B ni a cualquier procedimiento electivo u otro procedimiento que no se considere Atención Médicamente Necesaria.

II. PROPÓSITO

Brindar ayuda financiera a los pacientes que cumplan los criterios de asistencia financiera especificados de acuerdo con las Pautas Federales de Pobreza enumeradas en el Anexo C y definidas en esta política de manera congruente con los requisitos de la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas.

III. DEFINICIONES

AHCA: Agencia de Administración de Atención Médica de Florida

Monto Generalmente Facturado ("MGF"): El monto promedio de todas las reclamaciones permitidas por el plan tradicional de Medicare y las aseguradoras comerciales de atención médica durante un período retroactivo de doce (12) meses para Atención Médicamente Necesaria. El MGF se actualizará anualmente dentro de los 120 días posteriores al último día incluido en los cálculos del año anterior.

Porcentaje del Monto Generalmente Facturado ("%MGF"): El MGF dividido por los cargos brutos del paciente para todas las reclamaciones durante un período retroactivo de doce (12) meses que fueron pagadas por Medicare y las aseguradoras comerciales de atención médica.

Solicitud: La Solicitud de Asistencia Financiera, que incluye una versión en línea y una impresa. Encontrará una copia de la versión impresa en el Anexo D y en el sitio web de Baptist Health, en <https://www.baptistjax.com/patient-info/financial-assistance>.

Hospitales de Baptist Health: Todos los hospitales de atención aguda de Baptist Health (Baptist Medical Center Beaches, Baptist Medical Center Jacksonville, Baptist Medical Center Nassau, Baptist Medical Center South y Wolfson Children's Hospital), los cuales incluyen los departamentos de atención ambulatoria y los centros independientes de atención de urgencia (Baptist Emergency Center en North, Baptist Emergency Center Oakleaf y Baptist Emergency en Town Center).

Asistencia Financiera: Esa porción de la factura de un paciente de la cual el paciente no es responsable debido a su incapacidad de pago según lo determinado por los criterios de asistencia financiera descritos en esta política.

EMTALA: Las normas adoptadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid de conformidad con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto de 1986.

Exceso de Activos Discrecionales: Valor justo de mercado de los ahorros, las inversiones y los inmuebles que no sean bienes de familia que supere los \$75 000. Excluye activos mantenidos en planes de pensiones calificados, planes 401(k), planes 403(b) y otros planes de jubilación calificados.

Exceso de Ingresos Familiares: El 50 % del ingreso familiar anual que supere el 200 % del Nivel Federal de Pobreza.

Atención Médica de Emergencia: Atención médica brindada por un Hospital de Baptist Health a pacientes con una Condición Médica Emergente.

Condición Médica Emergente: Una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad, que puede incluir dolor intenso, de modo que se pueda esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resulte en un peligro grave para la salud del paciente, incluidas las mujeres embarazadas o los fetos, un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Esta definición incluye a las mujeres embarazadas que están teniendo contracciones si no hay tiempo suficiente para realizar un traslado seguro a otro hospital antes del parto o si un traslado puede representar una amenaza para la salud y la seguridad del paciente o el feto, o si hay evidencia del inicio y la persistencia de contracciones uterinas o ruptura de las membranas.

Acciones Extraordinarias de Cobro ("AEC"): Acciones tomadas por un proveedor de atención médica contra un individuo que involucran (i) vender la deuda del individuo a un tercero, (ii) reportar información adversa sobre el individuo a las agencias de informes crediticios sobre consumidores o agencias de crédito, (iii) aplazar o negar Atención Médicamente Necesaria antes del pago de, o debido a, la falta de pago de un individuo por atención obtenida previamente, y (iv) proceso legal o judicial (excluidas las reclamaciones de quiebra y los gravámenes permitidos por las leyes estatales relativos a un fallo, acuerdo o arreglo por lesiones personales).

Una Acción Extraordinaria de Cobro (AEC) no incluye ningún: Acuerdo, fallo o arreglo derivado de la demanda de un paciente contra un tercero que causó las lesiones del paciente que provengan del tercero, no del paciente lesionado y, por lo tanto, los gravámenes hospitalarios para obtener dichos ingresos no deben tratarse como acciones de cobro contra el paciente. Además, la parte de los ingresos de un fallo, acuerdo o arreglo atribuible según las leyes estatales a la atención médica que ha brindado un centro hospitalario puede considerarse adecuadamente como una compensación por esa atención.

Nivel Federal de Pobreza ("NFP"): Una medida de los ingresos emitida cada año por el Departamento de Salud y Servicios Humanos que se utiliza para determinar la elegibilidad para ciertos programas y beneficios. El Anexo C incluye una tabla del NFP.

Cargos Brutos del Paciente: Los montos cobrados por Baptist por los servicios prestados antes de que se apliquen contratos, ajustes o descuentos.

Puntaje de Predicción de Atención Médica ("PPAM"): Puntaje de Predicción de Atención Médica de la Agencia de Crédito de 20 o menos (baja propensión a pagar); Puntaje de Predicción de Atención Médica de la Agencia de Crédito de 21 a 350 (propensión media a pagar) y un mínimo de \$5000 en cobros activos de deudas incobrables, sin incluir la cuenta que se está revisando, o independientemente del Puntaje de Predicción de Atención Médica de la Agencia de Crédito, cobros activos de deudas incobrables de \$20 000 o más.

Asesor Financiero del Paciente: Empleado facultado para aceptar y evaluar una Solicitud de Asistencia Financiera.

Atención Médicamente Necesaria: Atención médica o afín, bienes o servicios prestados u ordenados que cumplan con las siguientes condiciones: (i) Son necesarios para proteger la vida, prevenir enfermedades importantes o discapacidades significativas, aliviar dolores intensos o evaluar mejor a un paciente para determinar una disposición de alta segura; (ii) son individualizados, específicos y congruentes con los síntomas o el diagnóstico confirmado de la enfermedad o lesión bajo tratamiento, y no exceden las necesidades del paciente; (iii) son congruentes con los estándares médicos profesionales generalmente aceptados según lo determinado por el programa Medicaid, y no son experimentales o de investigación; (iv) reflejan el nivel de servicio que se puede proporcionar de manera segura y para el cual no hay un tratamiento igual de efectivo y más conservador o menos costoso disponible en todo el estado; y (v) se proporcionan de una manera que no está destinada principalmente para la conveniencia del destinatario, el cuidador del destinatario o el proveedor. La atención brindada en un hospital como paciente internado no es médicamente necesaria si, de acuerdo con las disposiciones de la atención médica adecuada, se puede proporcionar de manera más económica de forma ambulatoria o en un centro hospitalario de otro tipo. El hecho de que un proveedor haya recetado, recomendado o aprobado la atención médica o afín, bienes o servicios, no hace en sí misma que dicha atención o bienes o servicios sean médicamente necesarios.

Plazo para Realizar el Pago: Un acuerdo de pago para que un paciente o garante pague su factura médica durante un período de tiempo acordado.

IV. PROCEDIMIENTOS

A. IDENTIFICACIÓN/EVALUACIÓN

La evaluación de la necesidad de recibir atención médica se basará en la evaluación clínica. Cuando una persona se presenta en la sala de emergencias o en casos donde existe una posible Condición Médica Emergente, los Hospitales de Baptist Health proporcionarán tratamiento de emergencia a todos los pacientes que busquen dicha atención, independientemente de su capacidad de pago de acuerdo con los requisitos de la EMTALA. Por consiguiente, la evaluación financiera de Baptist Health debe ocurrir solo después de que se haya realizado la evaluación y prestado la atención médica que sean adecuadas.

Cuando se soliciten servicios que no son emergentes, debe realizarse una evaluación financiera antes de prestar atención médica siempre que sea posible. Después de la evaluación clínica o financiera, los individuos pueden ser derivados a los programas alternativos de servicios apropiados. Si un paciente se niega a buscar atención en el centro apropiado, se le podrá negar la asistencia financiera. Además, si un paciente continúa presentándose en la sala de emergencias para recibir servicios que claramente no son de emergentes, el paciente será visto como lo requiere la EMTALA, pero se le podrá negar la Asistencia Financiera.

Las derivaciones para la determinación de asistencia financiera son iniciadas o identificadas principalmente por los Asesores Financieros del Paciente y representantes de Servicios Financieros para Pacientes, Servicios de Acceso para Pacientes y el Departamento de Servicios Sociales. Las derivaciones también pueden ser iniciadas o identificadas por otros empleados de Baptist Health, médicos o miembros de la comunidad. Además, todos los estados de cuenta de pacientes informan a los pacientes de la disponibilidad de asistencia financiera y cómo solicitar asistencia dentro de la Política de Asistencia Financiera de los hospitales de Baptist Health.

Los pacientes potencialmente elegibles para asistencia financiera serán evaluados por un Asesor Financiero del Paciente o un representante de Servicios Financieros para Pacientes para recibir asistencia a través del programa de servicio social federal, estatal, del condado y otros programas de servicio social. Los Asesores Financieros del Paciente/Representantes de Servicios Financieros del Paciente trabajarán en colaboración con otros miembros de atención médica para explorar recursos financieros alternativos para los pacientes.

B. ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Esta política y la información de contacto de los Asesores Financieros del Paciente se publican en el sitio web de Baptist Health en <https://www.baptistjax.com/patient-info/financial-assistance>.

Los ingresos familiares y, en algunos casos, los activos discrecionales son los criterios principales de elegibilidad para asistencia financiera. Para pacientes con ingresos familiares iguales o inferiores al 200 % del Nivel Federal de Pobreza, que encontrará en el Anexo C, el monto elegible para asistencia financiera es igual al saldo responsabilidad del paciente. Para los pacientes con ingresos familiares superiores al 200 % del NFP, el monto elegible para asistencia financiera es igual al saldo responsabilidad del paciente reducido por el Exceso de Activos Discrecionales y el Exceso de Ingresos Familiares Anuales. El Exceso de Activos Discrecionales incluye el valor justo de mercado de ahorros, inversiones e inmuebles que no sean bienes de familia que supere los \$75 000. El Exceso de Ingresos Familiares Anuales equivale al 50 % de los ingresos familiares anuales que superen el 200 % del NFP. Los pacientes elegibles para asistencia financiera que tengan que pagar una parte del costo recibirán un descuento sobre su parte del costo. En ningún momento se le cobrará a un paciente más que el %MGF para Atención Médicamente Necesaria, incluida la Atención Médica de Emergencia. El cálculo para llegar al %MGF se explica en el Anexo E.

Los saldos responsabilidad del paciente generalmente se originan en un solo episodio de atención médica. Sin embargo, los saldos responsabilidad del paciente impagos por servicios prestados no más de 12 meses a partir de la fecha de Solicitud de Asistencia Financiera serán elegibles para recibir asistencia financiera. Cuando así lo exija la ley, un paciente que califique para asistencia financiera recibirá un reembolso de los pagos que haya realizado y que superen el monto del cual se determine que sea responsable conforme a esta Política de Asistencia Financiera. Sin embargo, si hay algún indicio de que el estado financiero de un paciente ha cambiado, la información puede actualizarse independientemente de la fecha de la última solicitud, lo que puede afectar la elegibilidad de la persona para recibir asistencia financiera.

Los pacientes de Medicaid, al agotarse los beneficios, calificarán automáticamente para recibir el subsidio de asistencia financiera siempre que sigan siendo elegibles para Medicaid. La parte del costo de un paciente de Medicaid incluida en las disposiciones sobre Necesidades Médicas del programa Medicaid será elegible para recibir asistencia financiera.

C. PROCESO DE SOLICITUD Y DOCUMENTACIÓN

Cualquier persona que crea que puede ser elegible para recibir Asistencia Financiera para Atención Médicamente Necesaria puede completar una Solicitud de Asistencia Financiera, que encontrará en el Anexo D, en el sitio web de Baptist Health en <https://www.baptistjax.com/patient-info/financial-assistance>, o en persona en cada hospital de forma gratuita. La Solicitud puede presentarse en cualquier momento, pero solo se aplicará a los saldos por servicios prestados no más de 12 meses a partir de la fecha de presentación de la Solicitud. Una vez que una Solicitud haya vencido, debe completarse una nueva Solicitud para mantener la elegibilidad para Asistencia Financiera. Hay disponibles Solicitudes impresas y electrónicas. Se alienta a los solicitantes a utilizar Asesores Financieros del Paciente para que lo ayuden a proporcionar un formato congruente para documentar la determinación de Asistencia Financiera. La Solicitud debe estar firmada por el solicitante/garante y el Asesor Financiero del Paciente. Puede comunicarse con Asesores Financieros del Paciente por llamando al (904) 202-2092. Las personas que necesiten ayuda en otro idioma pueden llamar al (904) 202-2435.

El solicitante es el responsable de completar la Solicitud en su totalidad y presentar la documentación que se utiliza para determinar la elegibilidad para Asistencia Financiera. Además de la Solicitud, la documentación correspondiente puede incluir uno o más de los siguientes elementos:

1. formularios de retenciones W-2;
2. recibos de sueldo;
3. declaraciones de impuestos a las ganancias;
4. declaración de pérdidas y ganancias de un trabajador autónomo;
5. formularios de aprobación o negación de indemnización laboral o por desempleo;
6. verificación de salarios escrita por un empleador;
7. verificación escrita de agencias de bienestar público o cualquier agencia gubernamental que pueda dar fe de la situación económica del paciente durante los últimos doce (12) meses;
8. un comprobante de envío de Medicaid que refleje que se han agotado los beneficios de Medicaid del paciente para ese año fiscal (los cargos aplicables a Hill-Burton y los ajustes contractuales no deben reclamarse como Asistencia Financiera);
9. prueba de indigencia de otro proveedor de atención médica, es decir, WeCare, Gift of Sight y Vision is Priceless;
10. prueba de la condición de estudiante a tiempo completo de la oficina de admisiones de la universidad;
11. prueba de aceptación en un programa participante como Patronos del Corazón, Consuelo para los Niños, etc., o cualquier otro programa internacional del presidente del hospital correspondiente o su designado; (estos pacientes serán considerados caridad internacional y ajustados al código apropiado); y
12. Declaración Jurada de Garantía (debidamente completada).

La eximición de presentar documentación respaldatoria queda a criterio exclusivo de Baptist Health. En estas situaciones, se utilizará la información financiera que figura en la Solicitud.

En todos los casos, si no se ha completado una Solicitud, pero el paciente ha completado y firmado una Declaración Jurada de Garantía, que encontrará en el Anexo D (la "Declaración Jurada"), se la utilizará para determinar la elegibilidad para Asistencia Financiera siempre que no haya documentación respaldatoria que la contradiga.

Si después de 3 intentos, Baptist Health no puede obtener una Solicitud completa o una Declaración Jurada completa, el paciente será evaluado para recibir asistencia financiera utilizando el Puntaje de Predicción de Atención Médica; sin embargo, Baptist Health no realizará dicha evaluación del PPAM para ningún paciente cuyo plan de seguro¹ no se contrate en ese momento con el hospital de Baptist Health aplicable para que esté “dentro de la red” (“Pacientes Fuera de la Red”). Los Pacientes Fuera de la Red deben presentar una Solicitud completa o una Declaración Jurada completa para ser elegibles para recibir Asistencia Financiera conforme a esta Política.

Las personas a las que se les niegue la Asistencia Financiera pueden revisar la determinación enviando una solicitud de reconsideración dentro de los treinta (30) días a partir de la fecha de determinación a la siguiente dirección: Baptist Health, P.O. Box 45094, Jacksonville, FL 32232, a la atención de: Asesor de Asistencia Financiera. Los niveles de aprobación según los ingresos y los activos se establecen a través de la política y no son elegibles para una reconsideración. Se revisarán los errores de cálculo o la aplicación incorrecta de los criterios u omisiones o errores involuntarios al completar la Solicitud para determinar si una corrección de tales errores produciría un resultado diferente con respecto a la elegibilidad o el nivel de asistencia financiera.

D. CATEGORÍAS DE BENEFICENCIA

Asistencia Financiera Básica: Ingresos familiares totales <200 % del Nivel Federal de Pobreza (NFP).

Asistencia Financiera Parcial: Ingresos familiares totales >200 % del NFP pero <400 % del NFP y el saldo adeudado por el paciente después de la compensación de activos es >50 % de los ingresos familiares totales.

Asistencia Financiera Catastrófica: Ingresos familiares totales >400 % del NFP y el saldo adeudado por el paciente después de la compensación de activos es >50 % de los ingresos familiares totales.

Consideración Especial: Circunstancias atenuantes pueden respaldar un subsidio de asistencia financiera no previsto de otro modo dentro de los criterios generales de elegibilidad de esta política. Tales circunstancias pueden incluir otras obligaciones financieras significativas o necesidades médicas futuras anticipadas. Todas esas consideraciones especiales requieren la aprobación del Vicepresidente de Ciclo de Ganancias, el Vicepresidente de Finanzas o el Director de Finanzas.

E. PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN/COBRO

Estados de Cuenta de Pacientes

Los estados de cuenta se envían cada 30 días y los pacientes recibirán 4 estados de cuenta a menos que hayan pagado la totalidad, llamado y hecho arreglos financieros, recibido aprobación para recibir Asistencia Financiera, o que los estados estén clasificados como a vuelta de correo. Si se hicieron arreglos financieros y se está colocando al paciente en Plazo para Realizar el Pago, las cuentas se transfieren al código de cobro del Plazo para Realizar el Pago apropiado. El paciente seguirá recibiendo estados de cuenta mensuales hasta que la cuenta haya sido pagada en su totalidad. Si el paciente no cumple con su Plazo para Realizar el Pago, la cuenta volverá al procedimiento típico de pago propio. La información sobre cómo solicitar una Asistencia Financiera y el número de teléfono para llamar a una persona responsable de acelerar la resolución de cualquier conflicto de facturación se mostrarán de manera destacada en todos los estados de cuenta. También se enviará por correo al paciente una copia del Resumen en lenguaje sencillo que explica que la Asistencia Financiera está disponible, junto con el aviso de 30 días previos a enviar la cuenta a cobranzas.

¹ El Departamento de Atención Médica Gestionada proporcionará al Departamento de Servicios Financieros del Paciente en forma trimestral, o cuando ocurran cambios, una lista de aquellos planes de seguro que no se contraten en ese momento con un hospital de Baptist Health como “dentro de la red”.

Proceso de Cobro

Las cuentas que no están en Plazo para Realizar el Pago y tienen responsabilidad de pago propio se trabajan a través de los cobradores de pago propio. Todos los pacientes reciben, directa o indirectamente (a través de su tutor, garante o abogado), una combinación de 4 estados de cuenta y 2 llamadas telefónicas automatizadas. Un cobrador de pago propio realizará llamadas adicionales en función del monto en dólares de la cuenta. No se iniciarán Acciones Extraordinarias de Cobro contra individuos que hayan sido aprobados (o tengan una solicitud pendiente) para recibir Asistencia Financiera. Se pueden iniciar informes a una agencia de crédito contra aquellas personas que no hayan sido aprobadas (o no tengan una solicitud pendiente) para recibir Asistencia Financiera no antes del 240.º día posterior a la fecha del primer estado de cuenta con facturación tras el alta y, al menos, 30 días después de que Baptist Health o su agente proporcione al individuo una notificación por escrito de una fecha límite después de la cual pueden comenzar dichos informes.

Si una cuenta no se ha pagado en su totalidad después de que se hayan enviado todos los estados de cuenta y el individuo no ha sido aprobado para recibir Asistencia Financiera (y se han hecho esfuerzos razonables para determinar si el individuo es elegible para dicha asistencia), la cuenta se enviará a una agencia de cobranza primaria. La cuenta permanecerá en la agencia primaria durante 120 días. Si no se hicieron arreglos de pago o si no se hacen pagos regulares a la agencia, la cuenta se cerrará y devolverá a Baptist Health. Las cuentas que tenga un cobrador primario no se informan a la agencia de crédito.

Una vez que la cuenta se cierre y se devuelva desde la agencia primaria y aún exista un saldo, la cuenta se derivará a una agencia secundaria durante el período de 365 días. Las cuentas que se coloquen en una agencia secundaria se informan a la agencia de crédito. Después de 365 días, cualquier cuenta que aún tenga saldo y no esté en planes de pago se cerrará y devolverá a Baptist Health. Los saldos permanecerán en el archivo de la agencia de crédito.

F. PUBLICACIÓN DE ESTA POLÍTICA

Las personas pueden obtener sin cargo una copia escrita de esta política, un resumen en lenguaje sencillo de dicha copia, la Solicitud y el procedimiento para calcular descuentos y determinar la elegibilidad visitando el sitio web de Baptist Health en <https://www.baptistjax.com/patient-info/financial-assistance> o enviando una solicitud por escrito a Baptist Health, P.O. Box 45094, Jacksonville, FL 32232, a la atención de: Asesor de Asistencia Financiera. Dichos documentos estarán disponibles en varios idiomas diferentes en función del 5 % de la comunidad del hospital o 1000 personas, lo que sea menor, tal como lo exige la ley o la política de Baptist Health. Esta política y el resumen en lenguaje sencillo estarán disponibles en el sitio web de Baptist Health y en las salas de emergencia de los hospitales de Baptist Health, las oficinas de admisiones y otros puntos de ingreso. Baptist Health adoptará medidas para notificar e informar a los residentes del noreste de Florida sobre esta Política tal como lo exigen las leyes estatales y federales.

REFERENCIAS

- A. Anexo A** - Proveedores Cubiertos por la Política de Asistencia Financiera
- B. Anexo B** - Proveedores No Cubiertos por la Política de Asistencia Financiera
- C. Anexo C** - Pautas Federales de Pobreza
- D. Anexo D** - Solicitud de Asistencia Financiera
- E. Anexo E** - Cálculo del %MGF

**LISTA DE PROVEEDORES CUBIERTOS POR LA POLÍTICA
DE ASISTENCIA FINANCIERA**

Según la Sec. 1.504(r)-4(b)(1)(iii)(F) de la norma y la Notificación 2015-46, esta lista especifica qué proveedores de atención de emergencia y atención médicamente necesaria brindadas en el hospital están cubiertos por el Programa de Asistencia Financiera (PAF) . Los procedimientos electivos y otra atención que no sea de emergencia o médicamente necesaria no están cubiertos por el PAF para ningún proveedor.

Baptist Medical Center of the Beaches, Inc.

Baptist Medical Center of Nassau, Inc.

Southern Baptist Hospital of Florida, Inc.

razón social: Baptist Medical Center Jacksonville

Baptist Medical Center South

Baptist Emergency Center Clay

Baptist Emergency Center North

Baptist Emergency Center at Town Center

Baptist Emergency Center at Oakleaf

Wolfson Children's Hospital

Baptist Behavioral Health

LISTA DE PROVEEDORES NO CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

1st Century Oncology Jacksonville	FABEN Obstetrics & Gynecology
Ackerman Cancer Center	Family Allergy & Asthma Specialists
Allergy & Asthma Specialists of North Florida	Family Medical Centers
Amelia Anesthesia	First Coast Cardiovascular Institute
Amelia Internal Medicine	Florida Anesthesia Associates
Ashchi Heart & Vascular Center	Institute of Pain Management
Baptist Agewell Physicians	Internal Medical Group
Baptist Cardiology	Intracoastal Dermatology
Baptist ENT Specialists	Jacksonville Anesthesia
Baptist Health Clinic, Inc.	Jacksonville Multi-Specialty Group
Baptist MD Anderson Cancer Physicians	Jacksonville Orthopedic Institute
Baptist Neurology	Jacksonville Pediatric Associates
Baptist Obstetrics & Gynecology	Jacksonville Pediatrics
Baptist Primary Care	Lyerly Baptist
Baptist Pulmonary Specialists	McIver Urological Clinic
Baptist Rheumatology	Nemours Children's Specialty Care
Baptist Urology	Nephrology Associates of NE Florida
Bartram Park Family ENT	North Florida OB/GYN Associates
Beaches Ear Nose & Throat	North Florida Surgeons
Borland Groover Clinic	Podiatry Associates of Florida
Cancer Specialists of North Florida	Regional Obstetrics Consultants
Cardiothoracic & Vascular Surgical Associates	Southeast Anesthesia & Spine Specialists
Carithers Pediatric Group	Southeastern Pathology Associates
Clinic for Kidney Diseases	Southeastern Retina Specialist
Digestive Disease Consultants	St. John's Pediatrics
Dr. Edward D. Tribuzio	UF Health Physicians
Dres. Mori, Bean y Brooks	UF Jacksonville Physicians
Emergency Resources Group	University of Florida Health Science Center Jacksonville
	Women's Physicians of Jacksonville

Se alienta a los pacientes y sus familias a remitirse al consultorio del proveedor, ya que este puede ofrecer asistencia financiera y atención con descuento.

Pautas para la Elegibilidad de Asistencia Financiera

A fin de determinar si califica para recibir asistencia financiera, Baptist Health considera los ingresos que su familia recibe por año, la cantidad de integrantes de su familia y qué otros recursos financieros puede tener en el hogar (“activos discrecionales”). Comparamos la información que nos brinde con las Pautas Federales de Pobreza (PFP) vigentes. La siguiente tabla es una pauta general:

Cantidad de integrantes del hogar	Puede ofrecerse atención benéfica completa (atención gratuita) si los ingresos anuales de su familia son:	Puede ofrecerse atención benéfica parcial o descuentos si los ingresos anuales de su familia son:
	<i>Inferiores al 200 % de las PFP de 2020</i>	<i>200 % a 400 % de las PFP de 2020</i>
1	Menos de \$25 520	\$ 25 520 a \$ 51 040
2	Menos de \$34 480	\$34 480 a \$68 960
3	Menos de \$43 440	\$43 440 a \$86 880
4	Menos de \$52 400	\$52 400 a \$104 800
5	Menos de \$61 360	\$61 360 a \$122 720
6	Menos de \$70 320	\$70 320 a \$140 640
7	Menos de \$79 280	\$79 280 a \$158 560
8	Menos de \$88 240	\$88 240 a \$176 480
Más de 8 personas en su hogar	Agregar \$4480 por cada persona adicional	



Baptist Jacksonville
 Baptist South
 Baptist Beaches
 Baptist Nassau
 Baptist Clay
 Baptist Town Center
 Baptist North
 Baptist Oakleaf
 Wolfson Children's Hospital
 Baptist Behavioral Health

Solicitud de Asistencia Financiera para Servicios Hospitalarios

Fecha:	Cuenta:
--------	---------

Información del Paciente		Información del Garante (si es diferente a la del paciente)	
Nombre:		Nombre:	
Calle:		Calle:	
Ciudad:		Ciudad:	
Estado:	Código postal:	Estado:	Código postal:
Teléfono de casa:		Teléfono de casa:	
Teléfono del trabajo:		Teléfono del trabajo:	
Fecha de nacimiento:		Fecha de nacimiento:	
N.º de Seguro Social:		N.º de Seguro Social:	
Estado civil:		Estado civil:	

Incluya información sobre usted, su cónyuge, sus hijos dependientes menores de 18 años que vivan con usted y sus hijos dependientes menores de 25 años que sean estudiantes a tiempo completo

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	N.º de Seguro Social

Antecedentes laborales/de ingresos

Enumere el empleo y demás fuentes/cantidades de ingresos semanales de los últimos doce (12) meses correspondientes a todos los miembros de la familia

Miembro de la familia	Empleador	N.º de teléfono del empleador	Salario mensual	Fecha de empleo MM/AA – MM/AA

Otros antecedentes de ingresos

Enumere todas las demás fuentes de ingresos mensuales de los últimos doce (12) meses correspondientes a todos los miembros de la familia

Otros ingresos mensuales	Nombre del miembro de la familia	Desde	Hasta	Monto
Seguro Social				
Ingreso por inversión				
Pensión				
SSI				
Desempleo				
Indemnización laboral				
Pensión alimenticia				
TANF				
Beneficios para excombatientes				
Alquiler				
Anualidad de seguro				
Manutención de hijos				
Ingresos por intereses				
Otro				
Total de otros ingresos				
Total general por salarios y otros ingresos				

Activos

Efectivo, ahorros, cuentas corrientes	\$
Certificado de depósitos	\$
Bono de ahorro de los EE. UU., Bonos/Letras del Tesoro de los EE. UU.	\$
Acciones, fondos mutuos, fondos fiduciarios	\$
Ingresos de jubilación (401K, 403K, IRA)	\$
¿Es propietario de viviendas/propiedades secundarias que no sean su residencia principal? Sí No	\$ (Valor justo de mercado)
Domicilio de la vivienda/propiedad secundaria	
Total de activos	\$

Por la presente autorizo a mis empleadores actuales y a mis exempleadores, y a los empleadores actuales y exempleadores de mi cónyuge a divulgar información laboral y salarial a Baptist Health System. Por la presente certifico que la información en esta solicitud de Asistencia Financiera es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Baptist Health System, a su exclusivo criterio, puede requerir constancias de ingresos para validar la elegibilidad para atención benéfica.

Por la presente autorizo a Baptist Health a obtener un informe de crédito para ayudar en la evaluación de mi solicitud de asistencia financiera.

De acuerdo con la Sección 817.50 de los Estatutos de Florida, proporcionar información falsa para defraudar a un hospital con el fin de obtener bienes o servicios es un delito menor en segundo grado.

Solicitante/Garante: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Representante del hospital: _____ Fecha: _____

Para la verificación de salarios del hospital

Empleador:	Salarios verificados:
Representante de la compañía:	Firma del empleado:

Cálculo del %MGF de Baptist Health durante el año fiscal 2020-2021

A una persona que sea elegible para el programa de asistencia financiera nunca se le cobrará más del 20 % del total de los cargos hospitalarios por atención médicamente necesaria. Eso incluye tanto atención hospitalaria como ambulatoria. El veinte por ciento (20 %) es la tasa promedio a la que las aseguradoras de atención médica comerciales y de pago por servicio de Medicare reembolsan a Baptist Health.

Para alcanzar esa regla del 20 %, utilizamos el método de “mirar hacia atrás”. Sumamos todas las reclamaciones que nos pagaron durante un período de 12 meses las compañías de seguros de atención médica comerciales y de pago por servicio de Medicare para Atención Médicamente Necesaria. Dividimos esa cantidad por la totalidad de los cargos de esas reclamaciones. La cifra obtenida se denomina Monto Generalmente Facturado o “MGF”. Las reclamaciones que revisamos son aquellas que se pagaron y cancelaron dentro de ese período de 12 meses. Si una reclamación no ha finalizado para el último día del período de 12 meses, no contamos esa reclamación en el total. Las reclamaciones solo se cuentan cuando se pagan. El MGF se actualizará anualmente dentro de los 120 días posteriores al último día incluido en los cálculos del año anterior.

Al calcular el porcentaje del MGF (%MGF), incluimos el monto total permitido por una compañía de seguros. Eso significa el monto que paga la compañía más el monto que paga el paciente. La responsabilidad del paciente puede incluir copagos, coseguros y deducibles. En términos del monto que contamos para el pago del paciente, no importa si realmente se pagó el cargo total por el servicio. Tampoco tenemos en cuenta si se aplicó un descuento a la factura del paciente. El MGF se divide por los cargos brutos del paciente para todas las reclamaciones durante un período retroactivo de 12 meses que fueron pagadas por Medicare y las aseguradoras comerciales de atención médica.

Finalmente, el porcentaje utilizado por todos los hospitales y clínicas de emergencia es el rendimiento más bajo de los cuatro hospitales. Los pacientes de pago propio reciben un descuento equivalente al inverso del porcentaje del MGF, en el ejemplo anterior, el 80 %.