

BAPTIST HEALTH POLÍTICA Y MANUAL DE PROCEDIMIENTO		
		N.º 3.14
Sección: ECONOMÍA de atención al paciente	Asunto: POLÍTICA DE AYUDA ECONÓMICA DEL HOSPITAL	
Fecha del original: octubre de 1998	Sustituye a la versión de:	Fecha de entrada en vigencia: 1.º de octubre de 2017
Fecha de revisión: 19 de junio de 2021	Alcance:	
Aprobación: 19 de junio de 2018	Scott Wooten, director de Finanzas	

I. POLÍTICA

De conformidad con la filosofía, la misión y los valores centrales de Baptist Health, nuestra política es brindar atención que responda a una necesidad médica a todos los pacientes, independientemente de sus recursos económicos. Esta política se aplica a todos los Hospitales de Baptist Health y a los prestadores mencionados en el Anexo A. Esta política no se aplica a los prestadores mencionados en el Anexo B ni a las intervenciones optativas u otras intervenciones que no respondan a una necesidad médica.

II. PROPÓSITO

Brindar ayuda económica a los pacientes que cumplan con los criterios especificados de ayuda económica de conformidad con las Pautas Federales de Pobreza del Anexo C y definidos en esta política, en consonancia con los requisitos del artículo 501(r) del Código de Ingresos Internos.

III. DEFINICIONES

AHCA: Agencia de Administración de Atención Médica de Florida

Monto generalmente facturado ("MGF"): El monto promedio de todas las reclamaciones admitido por el plan tradicional de Medicare y las compañías de seguros médicos comerciales durante un período retroactivo de doce (12) meses en concepto de atención que responda a una necesidad médica. El MGF se actualizará en forma anual 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 de todas las reclamaciones realizadas durante un período retroactivo de doce (12) meses que fueron abonadas por Medicare y compañías de seguros médicos comerciales.

Solicitud: la Solicitud de ayuda económica, que incluye una versión en línea y una versión impresa. En el Anexo D, encontrará una copia de la versión impresa, así como 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 at Clay, Baptist Emergency at North y Baptist Emergency at Town Center).

Ayuda económica: La parte de la factura de los pacientes que el paciente no debe abonar debido a su incapacidad de pago, según lo determinen los criterios de ayuda económica descritos en esta política.

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

Activos discrecionales sobrantes: Valor justo de mercado de los ahorros, las inversiones y los inmuebles que no sean bienes de familia que superen los USD 75 000. Excluye a los activos incluidos en planes previsionales habilitados, planes 401(k), planes 403(b) y otros planes de jubilación habilitados.

Ingresos familiares sobrantes: El 50 % del ingreso familiar anual que supere el 200 % del Nivel federal de pobreza.

Atención médica de urgencia: Atención médica brindada por un Hospital de Baptist Health a pacientes con una afección médica de urgencia.

Afección médica de urgencia: Una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de gravedad suficiente, los cuales pueden incluir dolor intenso, de manera tal que la ausencia de atención médica inmediata podría razonablemente poner en grave riesgo la salud del paciente, incluidas las mujeres embarazadas o los fetos, perjudicar gravemente las funciones corporales o producir una disfunción grave a un órgano o parte del cuerpo. Esta definición incluye a las mujeres embarazadas que tienen contracciones, si no hay tiempo suficiente para realizar un traslado seguro a otro hospital antes del parto o si un traslado pondría en riesgo la salud y la seguridad de la paciente o del feto, o si existen pruebas del inicio y la persistencia de contracciones uterinas o de ruptura de bolsa.

Acciones extraordinarias de cobro ("AEC"): Acciones adoptadas por un prestador de atención médica contra una persona, que incluyan (i) la venta de la deuda de la persona a un tercero, (ii) la divulgación de información perjudicial sobre la persona a organismos de información crediticia sobre consumidores o a organismos crediticios, (iii) la demora o la negación de atención que responda a una necesidad médica antes del pago o debido a la falta de pago de atención brindada con anterioridad, y (iv) un proceso legal o judicial (excluidos pedidos de quiebra y gravámenes permitidos por la legislación estadual en relación con una sentencia, acuerdo extrajudicial o compromiso por lesiones personales).

Las Acciones extraordinarias de cobro (AEC) no incluyen ningún: acuerdo extrajudicial, sentencia ni compromiso que surja del litigio de un paciente iniciado contra un tercero que haya provocado lesiones al paciente y que provenga del tercero, no del paciente lesionado, y, por lo tanto, los gravámenes del hospital impuestos para realizar dicho cobro no deben tratarse como acciones de cobro contra el paciente. Asimismo, la parte del producido de una sentencia, acuerdo extrajudicial o compromiso atribuible, de conformidad con la legislación estadual, a la atención que haya brindado un centro hospitalario podría considerarse legítimamente una remuneración en concepto de dicha atención.

Nivel federal de pobreza ("NFP"): una medida de los ingresos que emite todos los años el Departamento de Salud y Servicios Humanos y que se utiliza para determinar los requisitos de determinados programas y beneficios. En el Anexo C se incluye una tabla del NFP.

Cargos brutos del paciente: Los montos facturados por Baptist en concepto de servicios brindados antes de aplicar ajustes contractuales o descuentos.

Puntaje de predicción de pago ("PPP"): Un Puntaje de predicción de pago de organismos crediticios de 20 o menos (baja tendencia de pago); un Puntaje de predicción de pago de organismos crediticios de 21 a 350 (tendencia media de pago) y un mínimo de USD 5000 en estado de "moroso incobrable", sin incluir la cuenta que se está revisando, o independientemente del Puntaje de predicción de pago de organismos crediticios, un monto adeudado de USD 20 000 o más en estado de "moroso incobrable".

Asesor económico del paciente: Un empleado facultado para aceptar y evaluar las Solicitudes de ayuda económica.

Atención que responde a una necesidad médica: Atención, bienes o servicios médicos o similares brindados o solicitados que cumplen con las siguientes condiciones: (i) deben ser necesarios para proteger la vida, evitar una enfermedad o una discapacidad significativas, aliviar el dolor intenso o evaluar mejor a un paciente a fin de determinar si es seguro darlo de alta; (ii) deben ser individualizados, específicos y coherentes con los síntomas o el diagnóstico confirmado de la enfermedad o de la lesión bajo tratamiento y no deben ir más allá de las necesidades del paciente; (iii) deben ser coherentes con los estándares médicos profesionales generalmente aceptados, según lo determina el programa Medicaid, y no deben ser experimentales ni de investigación; (iv) deben reflejar el nivel de servicio que puede brindarse de forma segura y no debe haber un tratamiento equivalente en eficacia ni más conservador o menos costoso en todo el país; y (v) deben ser brindados de forma tal que su objetivo principal no sea la comodidad del beneficiario, del cuidador del beneficiario ni del prestador. La atención brindada en un hospital a pacientes hospitalizados no se considera que responde a una necesidad médica si, de conformidad con las disposiciones de la atención médica adecuada, puede brindarse de forma eficaz y con menor costo en forma ambulatoria o en un centro para pacientes hospitalizados de otro tipo. El hecho de que un prestador haya recetado, recomendado o aprobado atención, bienes o servicios médicos o similares no indica, por sí mismo, que dicha atención, bienes o servicios responden a una necesidad médica.

Plan de pago: Un acuerdo de pago para que un paciente o garante pague sus facturas médicas durante un período acordado.

IV. PROCEDIMIENTOS

A. IDENTIFICACIÓN/SELECCIÓN

La evaluación de la necesidad de recibir atención médica se basará en la evaluación clínica. Cuando una persona se presenta en la Sala de Urgencias o en casos en los que exista una posible afección médica de urgencia, los Hospitales de Baptist Health brindarán tratamiento de urgencia a todos los pacientes que lo necesiten, independientemente de la capacidad de pago, de conformidad con los requisitos de la ley EMTALA. En consecuencia, la evaluación económica de Baptist Health deben producirse únicamente después de haber brindado una correcta evaluación y atención médica.

Si se solicitan servicios no urgentes, la evaluación económica debe realizarse antes de brindar la atención, siempre que sea posible. Después de la evaluación clínica o económica, las personas pueden ser derivadas a programas alternativos para recibir los servicios. Si un paciente se niega a buscar atención en el centro que corresponda, puede negársele la ayuda económica. Asimismo, si un paciente continúa presentándose en la Sala de Urgencias para recibir servicios que claramente no son urgentes, se atenderá al paciente de conformidad con la ley EMTALA, pero podría negársele la ayuda económica.

Las derivaciones a la determinación de la ayuda económica las inician o identifican principalmente los asesores económicos del paciente y los representantes de Servicios Económicos para Pacientes, Servicios de Acceso para Pacientes y del Departamento de Servicios Sociales. Las derivaciones también pueden iniciarlas o identificarlas otros empleados de Baptist Health, médicos o miembros de la comunidad. Asimismo, todos los resúmenes de los pacientes

informan a los pacientes acerca de la disponibilidad de ayuda económica y de cómo solicitarla conforme a la Política de ayuda económica de los Hospitales de Baptist Health.

Los pacientes que sean posibles candidatos a recibir ayuda económica serán seleccionados por un asesor económico del paciente o un representante de Servicios Económicos para Pacientes para recibir ayuda por parte de un programa federal, estadual, del condado u otro programa de servicio social. Los asesores económicos del paciente o los representantes de Servicios Económicos para Pacientes colaborarán con otros miembros del equipo de atención médica para explorar los recursos económicos alternativos que tienen los pacientes.

B. REQUISITOS DE LA AYUDA ECONÓMICA

Esta política y la información de contacto de los asesores económicos del paciente están disponibles 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 para evaluar la ayuda económica. Para los pacientes que tienen un ingreso familiar igual o inferior al 200 % del Nivel federal de pobreza, el cual se indica en el Anexo C, el monto habilitante para recibir la ayuda económica equivale a la parte que debe abonar el paciente. Para los pacientes que tienen un ingreso familiar superior al 200 % del NFP, el monto habilitante para recibir la ayuda económica equivale a la parte que debe abonar el paciente menos los Activos discrecionales sobrantes y el Ingreso familiar anual sobrante. Los Activos discrecionales sobrantes incluyen el valor justo de mercado de los ahorros, las inversiones y los inmuebles que no sean bienes de familia que superen los USD 75 000. El Ingreso familiar anual sobrante equivale al 50 % del ingreso familiar anual por encima del 200 % del NFP. Los pacientes que califiquen para recibir ayuda económica y que tengan una división de costos recibirán un 75 % de descuento en la parte del costo que deben abonar. En ningún momento se cobrará a los pacientes más del %MGF en concepto de atención que responda a una necesidad médica, incluida la atención médica de urgencia. En el Anexo E, se explica el cálculo que se realiza para obtener el %MGF del 80 %.

La parte que debe abonar el paciente generalmente surge de un solo episodio de atención. Sin embargo, las deudas en la parte que debe abonar el paciente por servicios brindados no más de 12 meses después de la fecha de solicitud de Ayuda económica estarán habilitadas para recibir ayuda económica. Cuando así lo exija la ley, los pacientes que califiquen para recibir Ayuda económica recibirán un reembolso de todos los pagos que hayan realizado y que superen el monto que deba abonar según esta Política de ayuda económica. Sin embargo, si existe algún indicio de que la situación económica de un paciente ha cambiado, puede actualizarse la información independientemente de la fecha de la última solicitud, lo cual puede influir sobre la aptitud del paciente de recibir ayuda económica.

Los pacientes de Medicare, una vez agotados sus beneficios, calificarán automáticamente para recibir ayuda económica siempre que sigan cumpliendo con los requisitos para recibir Medicaid. La parte del costo que deban abonar los pacientes de Medicaid según las disposiciones de necesidad médica del programa Medicaid podrá recibir ayuda económica.

C. PROCESO DE SOLICITUD Y DOCUMENTACIÓN NECESARIA

Toda persona que considere que cumple con los requisitos para recibir ayuda económica en concepto de atención que responda a una necesidad médica puede completar una Solicitud de ayuda económica, la cual encontrará en el Anexo D o en el sitio web de Baptist Medical en <https://www.baptistjax.com/patient-info/financial-assistance>, o bien puede hacerlo en persona, sin cargo, en los centros hospitalarios. La Solicitud puede presentarse en cualquier momento, pero se aplicará a los saldos adeudados por los servicios brindados no más de 12 meses subsiguientes a la fecha de presentación de la Solicitud. Una vez vencida la Solicitud,

debe completarse una nueva Solicitud para poder seguir recibiendo Ayuda económica. Pueden presentarse Solicitudes impresas y electrónicas. Se recomienda a los solicitantes consultar a los asesores económicos del paciente para obtener ayuda para registrar de forma consistente la información para la determinación de Ayuda económica. Las Solicitudes deben estar firmadas por el solicitante/garante y por el asesor económico del paciente. Puede comunicarse con los asesores económicos del paciente por teléfono al (904) 202-2092. Toda persona que necesite ayuda en otro idioma puede comunicarse al (904) 202-2435.

El solicitante es responsable de completar la Solicitud en su totalidad y de brindar la documentación que se utilizará para determinar si cumple con los requisitos para recibir Ayuda económica. Además de la Solicitud, la documentación solicitada puede incluir uno o más de los siguientes documentos:

1. formularios de retenciones W-2;
2. recibos de sueldo;
3. declaración de impuestos a las ganancias;
4. declaración de ganancias y pérdidas en caso de empresas independientes;
5. formularios de aprobación o negación de indemnización laboral o por desempleo;
6. verificación escrita del salario de parte del empleador;
7. verificación escrita de organismos de bienestar público o de algún organismo gubernamental que pueda dar fe de la situación económica del paciente durante los últimos doce (12) meses;
8. un bono de remesas 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 a ajustes contractuales no deben reclamarse como Ayuda económica);
9. prueba de indigencia de otro prestador de atención, por ejemplo, WeCare, Gift of Sight y Vision is Priceless;
10. prueba de condición de alumno a tiempo completo de parte de la oficina de admisión universitaria;
11. prueba de aceptación en un programa participante, tal como Patrons of the Heart, Solace for the Children, etc., o de algún otro programa internacional firmada por el presidente del hospital que corresponda o su representante (estos pacientes se considerarán receptores de beneficencia internacional y se ajustarán al código correspondiente); y
12. declaración jurada de garantía (debidamente completada).

La eximición de presentar documentación de respaldo queda a criterio exclusivo de Baptist Health. En estos casos, se utilizará la información económica mencionada 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, la cual se adjunta en el Anexo D (la "Declaración jurada"), esta se utilizará para determinar si cumple con los requisitos para recibir Ayuda económica siempre que no haya documentación de respaldo que sea contradictoria.

Si después de 3 intentos Baptist Health no logra obtener ni una Solicitud completada ni una Declaración jurada, el paciente se evaluará para recibir Ayuda económica utilizando el Puntaje de predicción de pago. Sin embargo, Baptist Health no realizará dicha evaluación con el PPP respecto de ningún paciente cuyo plan¹ de seguro no se encuadre en ese momento en la "red" del Hospital de Baptist Health que corresponda ("Pacientes fuera de la red"). Los Pacientes fuera de la red deben presentar una Solicitud completada o completar una Declaración jurada para poder considerarse para la Ayuda económica, de conformidad con esta Política.

¹ El Departamento de Atención Gestionada entregará al Departamento de Servicios Económicos para Pacientes en forma trimestral, o cuando se produzcan cambios, una lista de los planes del seguro que en ese momento no encuadran dentro de la "red" de un Hospital de Baptist Health.

Las personas a las que se les niegue la Ayuda económica pueden solicitar la revisión de la decisión al enviar una solicitud de reconsideración dentro de los treinta (30) días de la fecha de la decisión al siguiente domicilio: Baptist Health, P.O. Box 45094, Jacksonville, FL 32232, Attn: Financial Assistance Advocate. Los niveles de aprobación basados en los ingresos y los activos los fija la política y no están sujetos a reconsideración. Los cálculos erróneos o la aplicación errónea de los criterios, o bien las omisiones o errores accidentales, al completar la Solicitud se examinarán para determinar si una corrección de dichos errores produciría un resultado distinto respecto de la calificación o el nivel de ayuda económica.

D. CATEGORÍAS BENÉFICAS

Ayuda económica básica: Ingreso familiar total <200 % del Nivel federal de pobreza (NFP)

Ayuda económica parcial: Ingreso familiar total >200 % del NFP pero <400 % del NFP y el saldo adeudado por el paciente después de la compensación de activos es >50 % del ingreso familiar total

Ayuda económica completa: Ingreso familiar total >400 % del NFP y el saldo adeudado por el paciente después de la compensación de activos es >50 % del ingreso familiar total

Consideración especial: Las circunstancias extenuantes pueden respaldar la asignación de ayuda económica que de otro modo no se brindaría conforme a los criterios de calificación generales de esta política. Dichas circunstancias pueden incluir otras obligaciones económicas importantes o necesidades médicas futuras anticipadas. Todas estas consideraciones especiales requieren la aprobación del vicepresidente del Ciclo de Ganancias, del vicepresidente de Finanzas o del director de Finanzas.

E. PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN/COBRO

Resúmenes de los pacientes

Los resúmenes se envían cada 30 días, y los pacientes recibirán 4 resúmenes a menos que hayan abonado el monto total, se hayan comunicado y hayan llegado a un acuerdo de pago, hayan sido aprobados para recibir Ayuda económica o los resúmenes se clasifiquen como correos devueltos. Si se han realizado acuerdos de pago y el paciente se ha colocado en un Plan de pago, las cuentas se trasladan al código de cobro correspondiente al Plan de pago. El paciente continuará recibiendo resúmenes mensuales hasta que la cuenta haya sido cancelada en su totalidad. Si el paciente se retrasa en su Plan de pago, la cuenta regresa al curso de pago habitual. La información sobre cómo solicitar Ayuda económica y el número de teléfono de contacto de las personas responsables de agilizar la resolución de todos los conflictos de facturación se indicarán de forma destacada en todos los resúmenes. También se enviará al paciente, con 30 días de anticipación previos a enviar la cuenta a cobro, una copia del resumen simplificado, el cual explica la Ayuda económica.

Proceso de cobro

Las cuentas que no estén en un Plan de pago y que sigan el curso de pago habitual las gestionan mediante el cobro habitual. Todos los pacientes reciben, ya sea de forma directa o indirecta (a través de su tutor, garante o letrado), una combinación de 4 resúmenes y 2 llamadas telefónicas automáticas. Las llamadas adicionales las realizan los gestores de cobro en función del monto adeudado. No se iniciarán Acciones extraordinarias de cobro contra las personas que hayan sido aprobadas (o que tengan una solicitud pendiente) para recibir Ayuda económica. Pueden iniciarse denuncias ante organismos crediticios contra quienes no hayan sido aprobados (o que no tengan una solicitud pendiente) para recibir Ayuda económica después de los 240 días de la fecha del primer resumen de facturación posterior al alta y como mínimo a los 30 días después de que Baptist Health o su representante entreguen a la persona una notificación escrita con una fecha límite después de la cual pueden iniciarse dichas denuncias.

Si no se ha cancelado la cuenta en su totalidad después de haber enviado los resúmenes y de que la persona no haya sido aprobada para recibir Ayuda económica (y de haber hecho lo posible para determinar si la persona califica para recibir dicha ayuda), la cuenta se enviará a un organismo de cobro primario. La cuenta permanecerá en el organismo primario durante 120 días. Si no se han realizado acuerdos de pago o si no se han realizado pagos regulares al organismo, se cerrará la cuenta y esta regresará a Baptist Health. Las cuentas que permanezcan en el organismo de cobro primario no se denunciarán ante el centro crediticio.

Una vez cerrada la cuenta y devuelta del organismo primario, si queda un saldo pendiente, la cuenta se derivará a un organismo secundario durante 365 días. Las cuentas que se deriven a un organismo secundario se denunciarán ante el centro crediticio. Después de 365 días, las cuentas que aún tengan un saldo pendiente y que no tengan planes de pago se cerrarán y regresarán a Baptist Health. El saldo permanecerá en el expediente del centro crediticio.

F. PUBLICACIÓN DE ESTA POLÍTICA

Puede solicitarse una copia escrita de esta política sin cargo, un resumen simplificado de ella, la Solicitud y el procedimiento de cálculo de descuentos y la de determinación de calificación al visitar el sitio web de Baptist Health en <https://www.baptistjax.com/patient-info/financial-assistance> o al enviar una solicitud por escrito a Baptist Health, P.O. Box 45094, Jacksonville, FL 32232, Attn: Financial Assistance Advocate. Dichos documentos estarán disponibles en distintos idiomas en función del 5 % de la comunidad hospitalaria o de 1000 pacientes, lo que sea menor, según lo exigido por la ley o la política de Baptist Health. Esta Política y el resumen simplificado estarán disponibles en el sitio web de Baptist Health y en las salas de urgencia, las oficinas de admisión y otros puntos de ingreso de los Hospitales de Baptist Health. Baptist Health tomará medidas para notificar e informar a los residentes del noroeste de Florida acerca de esta Política, según exija la legislación estadual y federal.

REFERENCIAS

- A. **Anexo A:** Prestadores cubiertos por la Política de ayuda económica
- B. **Anexo B:** Prestadores no cubiertos por la Política de ayuda económica
- C. **Anexo C:** Pautas federales de pobreza
- D. **Anexo D:** Solicitud de ayuda económica
- E. **Anexo E:** Cálculo del %MGF

**LISTA DE PRESTADORES CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE AYUDA
ECONÓMICA**

Según el artículo 1.504(r)-4(b)(iii)(F) de la norma y el Aviso 2015-46, esta lista especifica qué prestadores de atención de urgencia y de atención que responde a una necesidad médica brindada en el hospital están cubiertos por el Programa de ayuda económica (PAE). Las intervenciones optativas y otra atención que no sea atención de urgencia ni que responda a una necesidad médica no están cubiertas por el PAE con ningún prestador.

Baptist Medical Center of the Beaches, Inc.

Baptist Medical Center of Nassau, Inc.

Southern Baptist Hospital of Florida, Inc.

d/b/a: Baptist Medical Center Jacksonville

Baptist Medical Center South

Baptist Emergency at Clay

Baptist Emergency at North

Baptist Emergency at Town Center

Wolfson Children's Hospital









LISTA DE PRESTADORES NO CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE AYUDA ECONÓMICA

21st 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	Internal Medical Group
Baptist Agewell Physicians	Intracoastal Dermatology
Baptist Behavioral Health	Institute of Pain Management
Baptist ENT Specialists	Jacksonville Anesthesia
Baptist Heart Specialists	Jacksonville Multi-Specialty Group
Baptist Internal Medicine Group	Jacksonville Orthopedic Institute
Baptist MD Anderson Cancer Physicians	Jacksonville Pediatrics
Baptist Neurology	Jacksonville Pediatric Associates
Baptist Obstetrics & Gynecology	Lyerly Neurosurgery
Baptist Primary Care	McIver Urological Clinic
Baptist Pulmonary Specialists	Nemours Children's Specialty Care
Baptist Rheumatology	Nephrology Associates of NE Florida
Baptist Urology	North Florida OB/GYN Associates
Bartram Park Family ENT	North Florida Surgeons
Beaches Ear Nose & Throat	Podiatry Associates of Florida
Borland Groover Clinic	Regional Obstetrics Consultants
Cancer Specialists of North Florida	Southeast Anesthesia & Spine Specialists
Cardiothoracic & Vascular Surgical Associates	Southeastern Pathology Associates
Carithers Pediatric Group	Southeastern Retina Specialist
Clinic for Kidney Diseases	St. John's Pediatrics
Digestive Disease Consultants	UF Health Physicians
Dres. Mori, Bean y Brooks	UF Jacksonville Physicians
Emergency Resources Group	University of Florida Health Science Center Jacksonville
Dr. Edward D. Tribuzio	Women's Physicians of Jacksonville

Se recomienda a los pacientes y a sus familias preguntar en el consultorio del prestador, ya que podría ofrecer ayuda económica y atención con descuento.

Pautas sobre los requisitos para obtener ayuda económica

A fin de determinar si califica para recibir ayuda económica, Baptist Health tiene en cuenta los ingresos que su familia recibe por año, la cantidad de integrantes de su familia y qué otros recursos económicos puede tener en el hogar ("bienes optativos"). Comparamos la información que nos brinda con las Pautas federales de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) vigentes. La siguiente tabla es una pauta general:

Cantidad de integrantes del hogar	La atención benéfica completa (atención gratuita) puede ofrecerse si los ingresos anuales de su familia son de:	La atención benéfica parcial o los descuentos pueden ofrecerse si los ingresos anuales de su familia son de:
	<i>Por debajo del 200 % de las FPG de 2019</i>	<i>200 % a 400 % de las FPG de 2019</i>
	Menos de USD 24 280	USD 24 280 a USD 48 560
	Menos de USD 32 920	USD 32 920 a USD 65 840
	Menos de USD 41 560	USD 41 560 a USD 83 120
	Menos de USD 50 200	USD 50 200 a USD 100 400
	Menos de USD 58 840	USD 58 840 a USD 117 680
	Menos de USD 67 480	USD 67 480 a USD 134 960
	Menos de USD 76 120	USD 76 120 a USD 152 240
	Menos de USD 84 760	USD 84 760 a USD 169 520
Más de 8 personas en su hogar	Agregue USD 4320 por cada integrante adicional	



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

Solicitud de ayuda económica para servicios hospitalarios

Fecha:

Cuenta:

Información del paciente		Información del garante (si no es el mismo que el paciente)	
Nombre:		Nombre:	
Domicilio:		Domicilio:	
Ciudad:		Ciudad:	
Estado:	Código postal:	Estado:	Código postal:
Teléfono particular:		Teléfono particular:	
Teléfono laboral:		Teléfono laboral:	
Fecha de nacimiento:		Fecha de nacimiento:	
N.º del Seguro Social:		N.º del 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 con dedicación a tiempo completo

Nombre	Vínculo	Fecha de nacimiento	N.º del Seguro Social

Antecedentes laborales/de ingresos

Para todos los integrantes de la familia, enumere los empleos y otras fuentes/montos de ingresos semanales de los últimos doce (12) meses

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

Otros antecedentes de ingresos

Para todos los integrantes de la familia, enumere todas las demás fuentes de ingresos mensuales de los últimos doce (12) meses

Otros ingresos mensuales	Nombre del integrante de la familia	Desde	Hasta	Monto
Seguro Social				
Ingreso por inversión				
Jubilación				
Seguridad de ingreso suplementario (SSI)				
Desempleo				
Indemnización laboral				
Cuota alimentaria				
Ayuda temporal para familias necesitadas (TANF)				
Beneficios para excombatientes				
Alquiler de inmueble				
Anualidad del seguro				
Manutención de hijos				
Ingresos por cobro de intereses				
Otro				
Total de otros ingresos				
Total de salario y otros ingresos				

Activos

Efectivo, ahorros, cuentas corrientes	USD
Certificado de depósito	USD
Bono de ahorro de los EE. UU., Bonos/Letras del Tesoro de los EE. UU.	USD
Acciones, fondos de inversión, fideicomisos	USD
Ingreso previsional (401K, 403K, IRA)	USD
¿Tiene alguna vivienda/inmueble secundario propio que no sea su residencia primaria? Sí No	USD (Valor justo de mercado)
Domicilio de la vivienda/inmueble secundario	
Total de activos	USD

Por medio del presente, autorizo a mis empleadores actuales y a mis exempleadores, y a los de mi cónyuge, a divulgar información laboral y de salario a Baptist Health System. Certifico que la información que consta en este formulario de Ayuda económica es veraz y correcta a mi leal saber y entender. Baptist Health System, a su criterio exclusivo, puede solicitar una constancia de ingresos para validar si cumplo con los requisitos para recibir atención benéfica.

Autorizo a Baptist Health a obtener un informe crediticio para realizar la evaluación de mi solicitud de ayuda económica.

De conformidad con el artículo 817.50 de las Leyes de Florida, brindar información falsa para engañar a un hospital a los fines de obtener bienes o servicios constituye un delito menor de segundo grado.

Solicitante/Garante: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Representante del hospital: _____ Fecha: _____

Para que el hospital pueda verificar el salario

Empleador:	Salario verificado:
Representante de la empresa:	Firma del empleado:

Cálculo del %MGF de Baptist Health durante el año fiscal 2018-2019

Quienes cumplan con los requisitos para participar en el programa de ayuda económica nunca deberán abonar más del 20 % del total de los cargos hospitalarios en concepto de atención que responda a una necesidad médica. Esto incluye tanto la atención ambulatoria como la de pacientes hospitalizados. El veinte por ciento (20 %) es la tasa promedio a la cual el servicio pago de Medicare y los seguros médicos comerciales reembolsan a Baptist Health.

Para alcanzar esa regla del 20 %, utilizamos el método "retroactivo". Sumamos todas las reclamaciones que se nos abonaron durante un período de 12 meses de parte de los servicios pagos de Medicare y de compañías de seguros médicos comerciales por atención que responde a una necesidad médica. Dividimos ese monto por el total de los cargos de dichas reclamaciones. La cifra que obtenemos es lo que llamamos Monto general facturado, o "MGF". Las reclamaciones que revisamos son aquellas que han sido abonadas y dadas de alta dentro de ese período de 12 meses. Si una reclamación no ha sido finalizada al último día del período de 12 meses, no la tenemos en cuenta en el total. Las reclamaciones solo se tienen en cuenta cuando son abonadas. El MGF se actualizará en forma anual 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 completo permitido por una compañía de seguros. Eso significa el monto que la compañía abona más el monto que abona el paciente. La responsabilidad del paciente puede incluir copagos, coseguros y deducibles. En términos de qué monto tenemos en cuenta para el pago del paciente, no importa si se abonó realmente el cargo completo 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 de todas las reclamaciones de un período retroactivo de 12 meses que hayan sido abonadas por Medicare y los seguros médicos comerciales.

Por último, el porcentaje usado para todos los hospitales y consultorios de urgencia es el resultado más bajo de los cuatro hospitales. Los pacientes particulares reciben un descuento equivalente a la inversa del porcentaje del MGF. En el ejemplo anterior, sería del 80 %.