

Nombre de la Póliza: Programa de Beneficencia	
Titular: Presidente, Vicepresidente de Ciclo de Ingresos	Fecha de Entrada en Vigencia: 19/06/13
Aprobado por: Junta de Fideicomisarios de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano	Última Fecha de Actualización: 16/10/2013; 4/02/14
Página 1 de 12	

1.0 Alcance

- 1.1 Entidades Pertinentes: Esta póliza se aplica a Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano.
- 1.2 Departamentos Pertinentes: Esta póliza se aplica a todos los departamentos.

2.0 Propósito

Establecer Pautas de Elegibilidad para brindar asistencia de beneficencia a pacientes que incurren en una carga financiera significativa como resultado de recibir la Atención Médicamente Necesaria en Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano.

3.0 Póliza:

3.1 Las personas que no puedan pagar la Atención Médicamente Necesaria serán evaluadas de manera justa, firme y objetiva para su elegibilidad bajo el Programa de Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano. El Programa de Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano será administrado bajo las Pautas de Elegibilidad de conformidad con las leyes federales y estatales para la elaboración de presupuestos, la determinación y la presentación de informes de beneficencia. Es la intención del Programa de Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano proporcionar beneficios a la comunidad a través de la atención de beneficencia de conformidad con las disposiciones de la Sección 311.043-045 del Código de Salud y Seguridad de Texas.

4.0 Pauta sobre la Póliza:

4.1 El Programa de Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano está disponible para personas que califiquen y que no pueden pagar la Atención Médicamente Necesaria. Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano se dedica a la administración de su Programa de Beneficencia de una manera justa, coherente y objetiva respetando la dignidad de cada paciente atendido. El Programa de Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano será administrado de una manera que procure asignar recursos de caridad de tal forma que se maximice el beneficio recibido por las comunidades a las que Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano brinda sus servicios. A ningún paciente se le negará la asistencia financiera por motivos de raza, religión, país de origen o cualquier otra razón prohibida por la ley. En la

ejecución de este Programa de Beneficencia a favor de las comunidades a las que Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano Salud presta sus servicios,

Nombre de la Póliza: Póliza de Beneficencia

Página 2 de 12

Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano cumplirá con todas las leyes, normas y regulaciones locales, federales y estatales aplicables. Los pacientes con un ingreso familiar igual o inferior al 200 por ciento de las pautas federales de pobreza vigentes o los pacientes con un ingreso familiar por encima del 200 por ciento de las pautas federales de pobreza vigentes con facturas médicas cuantiosas que no hayan pagado, pueden ser elegibles para beneficencia si el paciente carece de fondos suficientes para pagar su parte de gastos de bolsillo de la cuenta del hospital.

Se exhorta a un paciente que no pueda pagar su Factura del Hospital para que solicite beneficencia completando una solicitud de beneficencia. El personal de admisión hospitalaria y servicio social, los asesores financieros y los capellanes, junto con el personal administrativo y comercial de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano, están familiarizados con el Programa de Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano y puede responder preguntas relacionadas con el programa. Todas las solicitudes serán revisadas y se determinará si la totalidad o una parte de la Factura del Hospital califica para asistencia de beneficencia. Es la responsabilidad del paciente participar activamente en el proceso de selección de asistencia financiera del hospital y facilitar la información solicitada en forma oportuna que incluye, pero no se limita a, proporcionar al hospital la información relativa a la cobertura de beneficios de salud real o potencialmente disponibles (incluyendo la cobertura disponible de COBRA, la situación financiera (es decir, ingresos, activos) y cualquier otra información que sea necesaria para que Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano tome una determinación con respecto a la situación financiera y el estado de asegurado del paciente.

En ciertas situaciones, Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano puede determinar, a partir de la información financiera y de otra índole proporcionada por otros proveedores independientes, que un paciente califica para beneficencia incluso cuando no haya completado una solicitud de beneficencia.

4.1.1. General.

a. Requisitos de Comunicación. Cualquier persona que busque servicios de atención médica en un hospital de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano debe recibir información impresa sobre el Programa de Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano como parte del proceso de admisión. Los avisos escritos también serán visiblemente colocados, tanto en inglés como en español, en la sala de espera general del hospital, el departamento de emergencias y cualquier otro lugar que el hospital estime pertinente para informar a los pacientes sobre la existencia del Programa de Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano. Además, la información que describe al Programa de Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano será publicado en el sitio web de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano. Cada

Nombre de la Póliza: Póliza de Beneficencia

Página 3 de 12

paciente con un saldo en mora recibe un aviso final, en el que se explica lo que podría suceder si no hacen acuerdos de pago o no suministran información de elegibilidad para beneficencia que sea precisa o esté completa. Los pacientes tienen 60 días para solicitar la beneficencia antes de que cualquier tipo de informe crediticio negativo sea preparado por proveedores de cobro de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano.

b. Asesoramiento para el Paciente. El personal de admisión, administrativo y comercial, de servicios sociales, los asesores financieros o los capellanes del hospital deben exhortar a los pacientes (que están en riesgo financiero como consecuencia de la cantidad que se espera que adeuden de sus "gastos de bolsillo") a que completen una Solicitud de beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano. Para facilitar el proceso de beneficencia, se prefiere que la evaluación financiera se realice y las Solicitudes de Beneficencia se completen antes de que el paciente sea dado de alta. En ningún caso, la evaluación de la elegibilidad para beneficencia tendrá lugar antes de proporcionar la atención médica de emergencia adecuada de acuerdo con los requisitos de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Labor de Parto.

c. Solicitud de Beneficencia Iniciada por el Paciente/Persona Responsable. Se debe proporcionar una Solicitud de Beneficencia a cualquier persona que solicite beneficencia. La beneficencia solo se puede otorgar si hay suficiente información disponible para permitir una determinación en cuanto a que el paciente satisface las Pautas de Elegibilidad descritas en el Anexo I de la presente póliza. Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano puede utilizar tanto la información reportada en las solicitudes de beneficencia como la información recopilada de otras fuentes independientes para evaluar la elegibilidad de un paciente para beneficencia. Las cuentas que sean mayores a un año de antigüedad a partir de la fecha de servicio, ya no son elegibles para ser consideradas para beneficencia.

d. Solicitud Iniciada por el Personal del Hospital en Nombre del Paciente. Una solicitud de beneficencia puede ser presentada por el personal de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano (en nombre de un paciente o de la persona responsable) con conocimiento de la situación financiera del paciente. Todos los hechos conocidos que rodean la situación financiera del paciente deberán ser documentados en las solicitudes iniciadas por el personal de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano.

e. Seguimiento de las Actividades de Cobro. En general, no se hará ningún intento posterior para cobrar cargos al paciente o a la persona responsable que hubieran sido aprobados para un ajuste de conformidad con el Programa de Beneficencia de Texas Health (sujeto a los derechos de subrogación) salvo

Nombre de la Póliza: Póliza de Beneficencia

Página 4 de 12

cuando un paciente o la persona responsable reciban un resarcimiento de un tercero u otra fuente. Un ajuste de la beneficencia no se interpretará como una renuncia por parte de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano de su capacidad para hacer cumplir un embargo preventivo del hospital para el reembolso de cualquier cantidad adeudada por una aseguradora de responsabilidad civil en nombre de un paciente. Los ajustes de la beneficencia pueden invertirse parcial o totalmente en caso del resarcimiento de un tercero u otra fuente.

f. Las siguientes actividades de cobro ocurrirán durante los primeros 90 días que una factura médica esté pendiente, e incluyen lo siguiente:

- Se enviará al paciente un resumen de los estados de cuenta (*Identificando: cargos totales, pagos de seguros, descuentos, pagos de los pacientes y saldo actual*).
- Se realizarán llamadas al paciente, cuando el saldo responsable del paciente supere los \$300.00.

- Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano podrá enviar cartas de cobro al paciente.

g. Se podrán tomar acciones para obtener el pago después de que una factura médica haya estado pendiente durante al menos 90 días, que incluyen las siguientes:

- Transferencia de cuenta del paciente a una agencia de cobro externa. La agencia de cobro intentará obtener una respuesta durante al menos 120 días después de recibir la cuenta.
- Colocación de un comentario de vencimiento en el informe de crédito del paciente no antes de los 60 días posteriores a la recepción de la cuenta.

4.1.2 Aprobación y Presentación de Informes:

a. Administración – El Presidente de Texas Health Flower y el Vicepresidente de Ciclo de Ingresos de Texas Health Partners son responsables de la supervisión del Programa de Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano. El Vicepresidente de Ciclo de Ingresos de Texas Health Partners o la persona designada es responsable de la administración diaria del Programa de Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano de una manera acorde con esta política.

b. Verificación de la información El Vicepresidente de Ciclo de Ingresos de Texas Health Partners o la persona designada deberá establecer los procedimientos que especifican qué información de la solicitud está sujeta a verificación. En ningún caso, el establecimiento de los procedimientos de verificación no discriminará a ningún grupo de pacientes ni limitará indebidamente el acceso de un paciente a la asistencia de

Nombre de la Póliza: Póliza de Beneficencia

Página 5 de 12

beneficencia.

c. Aprobación Manual. Servicios ya prestados. El personal centralizado de la oficina administrativa de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano revisará toda la información disponible y determinará el nivel adecuado de asistencia de beneficencia de acuerdo con los procedimientos establecidos por el Vicepresidente del Ciclo de Ingresos de Texas Health Partners o la persona designada. La aprobación definitiva para amortizaciones de beneficencia será la responsabilidad del Vicepresidente del Ciclo de Ingresos o la persona designada. La aprobación es delegada a varios niveles de la gerencia, que se corresponde con la cantidad del saldo pendiente. Los montos de aprobación superiores a \$25,000 se mantendrá con el Vicepresidente o la persona designada.

d. Aprobación de Beneficencia Automatizada/Presunta – En ciertas situaciones, Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano puede determinar que un paciente califica para beneficencia bajo esta política a través de la revisión y el análisis de la información financiera y otra información proporcionada por otro proveedor independiente.

En estas situaciones, no se requiere una solicitud de beneficencia formal. La revisión y el análisis de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano de los datos disponibles se completarán dentro de los 30 días después de que se estableció la responsabilidad del paciente.

Si Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano no puede determinar que un paciente califica para la beneficencia a través del proceso de revisión y no se ha presentado una solicitud de beneficencia formal, las actividades de cobro comenzarán acuerdo con los procedimientos de cobro normales de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano.

Las actividades extraordinarias de cobro no comenzarán antes de 90 días después que se establezca la responsabilidad del paciente.

e. Aprobación – Antes de la Prestación de Servicios. Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano deberá implementar un proceso de revisión para determinar la elegibilidad para beneficencia en aquellas situaciones en que un paciente o el médico busca una determinación de elegibilidad antes de los servicios hospitalarios que se proveen. En esos casos, el presidente o el director financiero de la entidad (o sus representantes) debe aprobar la solicitud de beneficencia. Al conceder beneficencia a pacientes individuales en situaciones que no son de emergencia, el personal del hospital debe considerar la disponibilidad de recursos comunitarios alternativos, la continuidad de las preocupaciones de atención y el potencial impacto financiero sobre la capacidad del hospital para brindar la asistencia de beneficencia ampliamente a la comunidad que sirve.

f. Notificación a los Solicitantes. En general, todos los pacientes que soliciten asistencia benéfica serán notificados dentro de un plazo razonable en relación con el estado de su solicitud.

Nombre de la Póliza: Póliza de Beneficencia

Página 6 de 12

Evaluación Presunta/Automatizada. La notificación no se envía a los pacientes a quienes se concedió un descuento de beneficencia basado en el programa de beneficencia (presunto) automatizado.

g. Apelaciones. Un recurso de apelación de una Solicitud de Beneficencia denegada se considerará si se documentan cambios concretos en las circunstancias de un paciente. El cambio de circunstancias puede incluir, sin limitarse a, un cambio en el empleo, la salud, el estado civil o la situación familiar. Las apelaciones se deben presentar en la oficina administrativa centralizada de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano, de acuerdo con los procedimientos establecidos por el Vicepresidente de Ciclo de Ingresos de Texas Health Partners.

h. Informes. Todos los ajustes de la beneficencia deben ser registrados en los libros y registros de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano en forma mensual.

i. Conservación de Registros. La documentación suficiente para identificar cada ingreso del paciente, la cantidad adeudada por el paciente, los procesos de evaluación y aprobación que se siguieron y la situación del paciente como económicamente indigente, médicamente indigente u otra beneficencia serán conservados por la Oficina Administrativa Centralizada de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano durante el período requerido por la Política de Conservación de Registros de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano.

5.0 Definiciones:

5.1 Ingreso Anual. Si el paciente es un adulto, significa el término Ingreso anual significa el Ingreso Anual bruto del paciente y cualquier otra persona responsable. Si un paciente está casado, el Ingreso Anual también incluirá el total de ingresos anuales brutos del cónyuge del paciente. Si el paciente es menor de edad, el término Ingreso Anual significa el ingreso anual bruto total del paciente, la madre del paciente, el padre del paciente y cualquier otra persona responsable.

5.2 Solicitud de Beneficencia. Una solicitud por escrito del paciente, la persona responsable u otra parte interesada para asistencia bajo el Programa Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano, que resume la información financiera y otro tipo de información necesaria para determinar la elegibilidad. El contenido de la Solicitud de Beneficencia será determinado por el vicepresidente de operaciones del ciclo de ingresos o su persona designada.

5.3 Pautas de Elegibilidad. Criterios y procedimientos financieros establecidos

Nombre de la Póliza: Póliza de Beneficencia

Página 7 de 12

por esta política y que se describen en el Anexo I. Los criterios financieros deberán incluir los niveles de ingresos indexados a las pautas federales de pobreza y análisis de medios; siempre que, sin embargo, los criterios financieros no puedan establecer el nivel de ingresos para beneficencia por debajo del requerido por los condados de Texas según el artículo 61.023 de la Ley de Atención Médica y Tratamiento para Personas Indigentes o superior, en el caso de pacientes económicamente indigentes, del 200 por ciento establecido por las pautas federales de pobreza.

Las pautas federales de pobreza se publican en el Registro Federal en febrero de cada año y a los fines de esta política entrarán en vigor el primer día del mes siguiente al mes de publicación. Las pautas publicadas por el Departamento de Servicios de Salud de Texas se encuentran en su página web.

5.4 Económicamente Indigente. Un paciente sin seguro o con seguro insuficiente cuyo Ingreso Anual sea inferior o igual al 200 % establecido por las pautas federales de pobreza aplicables.

5.5 Factura del Hospital. La cantidad adeudada por un paciente después de la aplicación de los descuentos de seguro adecuados o descuentos provistos a los

pacientes sin seguro según la Política de Descuentos de Precios a Pacientes sin Seguro de Texas Health.

5.6 Medicamento Indigente. Una persona cuya Factura del Hospital supere un porcentaje específico del ingreso anual del paciente, determinado de acuerdo con las Pautas de Elegibilidad detalladas en el Anexo I de esta política.

5.7 Atención Medicamento Necesaria. En general significará servicios del hospital de agudos para pacientes ambulatorios y hospitalizados no elegibles que son reembolsables bajo los programas de Medicare o Medicaid.

5.8 Programa de Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano. El programa implementado por Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano para proporcionar asistencia financiera a pacientes que califican como Económicamente Indigentes o Medicamento Indigentes. Las Pautas de Elegibilidad para la asistencia de beneficencia se detallan en el Anexo I de esta política.

6.0 Responsables:

6.1 El Presidente de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano y el Vicepresidente del Ciclo de Ingresos de Texas Health.

Nombre de la Póliza: Póliza de Beneficencia

Página 8 de 12

6.1.1 Responsable de la Supervisión del Programa de Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano.

6.2 Vicepresidente del Ciclo de Ingresos de Texas Health Partners y Director del Ciclo de Ingresos de Texas Health Partners.

6.2.1 Responsable de la gestión diaria del Programa de Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano.

6.3 Personal de la Oficina Administrativa de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano y personal de la Oficina Administrativa Centralizada de Texas Health Partners

6.3.1 Responsable de informar a los pacientes elegibles de la existencia del Programa de Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano.

6.3.2 Responsable de la revisión de las Solicitudes de Beneficencia y la determinación de la documentación acreditativa correspondiente.

6.3.3 Responsable de la notificación a los solicitantes del estado de su solicitud de asistencia de beneficencia y su derecho a apelar una decisión adversa.

6.3.4 Responsable del procesamiento de las apelaciones de Solicitudes de Beneficencia denegadas.

6.3.5 Responsable de la conservación de la documentación relativa a la determinación de la situación de beneficencia.

6.4 Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano Hospital. Todo.

6.4.1 Responsable de informar a los pacientes elegibles de la existencia del Programa de Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano.

6.4.2 Responsable de implementar un proceso de revisión para determinar la elegibilidad para beneficencia para pacientes con antelación a los servicios hospitalarios y de notificar a los pacientes la determinación que se tome.

6.5 Funcionarios Financieros de la Entidad.

6.5.1 Responsables de registrar los ajustes de beneficencia en los libros del hospital en forma mensual.

7.0 Referencias Externas:

7.1 Artículo 311.043-045 del Código de Salud y Seguridad de Texas

Nombre de la Póliza: Póliza de Beneficencia

Página 9 de 12

7.2 EMTALA: Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Labor de Parto

7.3 Artículo 61.023 (niveles de ingreso) de la Ley de Atención Médica y Tratamiento para Personas Indigentes

7.4 Pautas de Pobreza del Registro Federal

7.5 Pautas de Servicios del Departamento de Salud de Texas

8.0 Documentación o Archivos Adjuntos Relacionados:

8.1 Política Final para el Cobro de Depósitos Anticipados

8.2 Copagos y Coseguros que proporcionan descuentos de precios a personas sin seguro, según la Política de Recursos de Texas Health

8.3 Anexo A. Pautas de Elegibilidad

9.0 Estados de Cuenta Requeridos:

No Corresponde

ANEXO A

PAUTAS DE ELEGIBILIDAD

Los criterios indicados en este Anexo I se aplicarán estrictamente para determinar si un paciente es elegible para asistencia conforme al Programa de Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano. Solo

los ajustes relativos a los pacientes que cumplan con los criterios establecidos en este Anexo I se comunicarán como beneficencia en el estado de operaciones del hospital.

Económicamente Indigentes. Un paciente con un Ingreso Anual estimado entre el 0 % y el 200 % establecido por las pautas federales de pobreza serán aprobados para asistencia de beneficencia siempre que el paciente no tenga fondos ni activos financieros para pagar su Factura del Hospital, sin contraer una dificultad económica indebida. En general, un paciente económicamente indigente será elegible para beneficencia por una cantidad igual al saldo total de su Factura del Hospital menos la cantidad (si la hay) que se considera que pueden pagar sin contraer una dificultad económica indebida.

Médicamente Indigentes. Los pacientes con facturas del hospital impagas que sean iguales o mayores a los siguientes porcentajes especificados del Ingreso Anual estimado del paciente o la persona responsable pueden ser aprobados para un ajuste de beneficencia de hasta el 100 % el saldo impago en exceso de la cantidad mínima de responsabilidad del paciente indicada en la siguiente tabla siempre que el paciente tenga fondos y activos financieros insuficientes para pagar su Factura del Hospital sin contraer una dificultad financiera indebida. El porcentaje de su ingreso anual es también el mismo porcentaje de su saldo que queda restante para el copago de beneficencia del paciente. El copago de beneficencia restante quedará en una sola cuenta y se calculará utilizando los saldos pendientes en la cuentas por cobrar, a partir de los últimos 90 días.

Nombre de la Póliza: Póliza de Beneficencia

Página 10 de 12

Niveles de Ingresos Anuales	Cantidad Mínima de Responsabilidad del Paciente (% de Ingresos Anuales)
2 a 2.5 veces el Límite Federal de Pobreza	3 %
De 2.5 a 3 veces el Límite Federal de Pobreza	3.75 %
3 a 3.5 veces el Límite Federal de Pobreza	4.5 %
3.5 a 4 veces el Límite Federal de Pobreza	5.25 %
4 a 4.5 veces el Límite Federal de Pobreza	6 %
4.5 a 5 veces el Límite Federal de Pobreza	6.75 %
5 a 6 veces el Límite Federal de Pobreza	7.5 %
6 a 7 veces el Límite Federal de Pobreza	9 %
7 a 8 veces el Límite Federal de Pobreza	10.5 %
8 a 9 veces el Límite Federal de Pobreza	12 %

Más de 9 veces el Límite Federal de Pobreza	13.5 %
---	--------

La cantidad por encima de la "Cantidad Mínima de Responsabilidad del Paciente" (ver arriba) representa el descuento de beneficencia.

Ejemplo 1: Paciente con una familia de cuatro personas y un Ingreso Anual de \$80,000 (\$80,000 es entre 3.5 y 4 veces el nivel federal de pobreza). El paciente tiene una Factura del Hospital por un total de \$3,000 y los activos financieros líquidos/disponibles alcanzan un total de \$500. Aplicando la tabla anterior, la Factura del Hospital de un paciente debe superar \$4,200 antes de que un paciente sea elegible para ser considerado Médicamente Indigente. En consecuencia, la cuenta del paciente no calificará para asistencia de beneficencia.

Ejemplo 2: Los mismos hechos del Ejemplo 1, *excepto que las facturas del hospital impagas ascienden a \$30,000*. Aplicando la tabla anterior, la Factura del Hospital de un paciente debe superar \$4,200 antes de que el paciente sea elegible para ser considerado Médicamente Indigente. En este ejemplo, la Factura del Hospital supera el límite requerido de \$4,200 por lo que el paciente puede ser considerado para beneficencia. El monto real de la asistencia de beneficencia concedido se basa en la capacidad del paciente para pagar. En este ejemplo, la porción mínima de responsabilidad del paciente es \$4,200 y el descuento máximo potencial de beneficencia es \$25,800. El monto exacto de la deducción de beneficencia dependerá de una evaluación de los activos financieros y los recursos del paciente.

Ejemplo 3: Los mismos hechos del Ejemplo 1 *excepto que las Facturas del Hospital impagas alcanzan un total de \$30,000 y los activos financieros del paciente un total \$100,000*. Aplicando la tabla de arriba, la Factura del Hospital de un paciente debe superar los \$4,200 antes de que el paciente sea elegible para ser

Nombre de la Póliza: Póliza de Beneficencia

Página 11 de 12

considerado Médicamente Indigente. En este ejemplo, la Factura del Hospital supera el límite requerido para que el paciente pueda ser considerado para beneficencia. El importe de la asistencia de beneficencia se basa en los y los recursos del paciente. En este ejemplo, ya que los activos financieros del paciente superan la Factura del Hospital, no se otorgará ningún ajuste de beneficencia.

Consideraciones Generales para la Indigencia Económica y Médica

Descuentos. El precio ofrecido a los Pacientes No Asegurados para los servicios hospitalarios generales antes de recibir la aprobación según el Programa de Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano se calculará mediante la aplicación de un 45 % de descuento a los gastos brutos del hospital.

Solicitudes de Beneficencia. Se exhorta a todos los pacientes que busquen asistencia bajo el Programa de Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano a que completen una Solicitud de Beneficencia. Un paciente cuya Factura del

Hospital refleje cargos brutos de \$75,000 o menos no pueden ser clasificado como Medicamente Indigente a menos que Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano reciba una Solicitud de Beneficencia completada junto con los materiales solicitados por Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano para verificar los ingresos, activos y montos de gastos médicos informados en los mismos. Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano podrá conceder beneficencia a todos los otros pacientes si existe documentación suficiente para determinar el Ingreso Anual estimado, el tamaño de la familia y la situación económica de un paciente. En el caso de un paciente cuya factura del hospital refleje cargos brutos superiores a \$75,000, una cuenta puede ser clasificada como Medicamente Indigente sin una solicitud presentada siempre y cuando haya suficiente información para determinar que el paciente califica de otra manera. En esta situación, la cantidad mínima de responsabilidad del paciente será el 33.0 % de la Factura del Hospital pendiente.

Determinación de la Situación Económica. La determinación de que no hay fondos suficientes, tanto para la indigencia económica y médica, se hará en el momento en que la cuenta de un paciente sea analizada con base en el empleo existente, la situación económica y familiar del paciente. A los fines de esta política, los activos deberán incluir dinero en efectivo, acciones, bonos y otros activos financieros que se puedan convertir fácilmente en efectivo. En general, los activos no líquidos y la capacidad especulativa del paciente/garante para generar ingresos futuros no se considerarán para determinar si existen o no fondos suficientes para pagar las facturas médicas actuales.

Determinaciones de Elegibilidad. Las determinaciones de elegibilidad serán válidas durante el tiempo más extenso entre (1) el curso del tratamiento (incluyendo la atención de seguimiento medicamente necesaria) asociado con la hospitalización del paciente o (2) 90 días posteriores a la determinación y sin la necesidad de un paciente de completar una Solicitud de Beneficencia adicional a menos que los hechos y las circunstancias sugieran que puede haber habido un cambio significativo en la situación económica o la capacidad de pago.

<i>Nombre de la Póliza: Póliza de Beneficencia</i>
--

<i>Página 12 de 12</i>

Beneficencia – Situaciones Sin Carácter de Emergencia. La Asistencia de Beneficencia conforme al Programa de Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano se puede proporcionar a los pacientes con condiciones de emergencia y sin carácter de emergencia. Se da prioridad bajo el Programa de Beneficencia de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano a los pacientes con condiciones médicas de emergencia. En la revisión de las solicitudes de asistencia de beneficencias para atención sin carácter de emergencia, Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano tendrá en cuenta la disponibilidad de otros recursos en la comunidad que cubran las necesidades del solicitante, la capacidad de Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano para proporcionar la continuidad adecuada de la atención y el impacto de la petición específica sobre la capacidad de Texas Health

Center for Diagnostics and Surgery Plano para brindar atención a la comunidad en general a la que sirve.

Cooperación del Paciente. Es la responsabilidad del paciente participar activamente en el proceso de selección la asistencia financiera del hospital, autorizar (si es necesario) a Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano a acceder a información de terceros disponible y proporcionar información solicitada en forma oportuna, incluyendo, sin limitaciones, proporcionar al hospital información relativa a la cobertura de beneficios de salud real o potencialmente disponibles (incluyendo la cobertura COBRA disponible), la situación económica (es decir, ingresos, activos financieros) y cualquier otra información que sea necesaria para que Texas Health Center for Diagnostics and Surgery Plano tome una determinación sobre la situación económica y la condición de asegurado del paciente. La falta de cooperación de un paciente puede dar lugar a una denegación de la beneficencia. La Beneficencia es la opción de último recurso para el paciente que necesita ayuda. Si los fondos se cobran en la cuenta del paciente antes de la aprobación de la beneficencia, no serán reembolsados al pagador.