



Política de asistencia financiera

PROPÓSITO:

El Programa de asistencia financiera de Beaufort Memorial Hospital (BMH) se ofrece a pacientes, independientemente de su raza, credo, religión, origen nacional o discapacidad, que demuestren incapacidad para pagar los servicios. Los pacientes sin seguro que no cuenten con los medios financieros para pagar su factura y que no sean elegibles para la cobertura en otro programa patrocinado por el gobierno pueden solicitar la consideración en el Programa de asistencia financiera de BMH. Solo las visitas de emergencia y médicamente necesarias son elegibles para recibir asistencia. Esta política no cubre servicios electivos. Toda persona que solicite asistencia debe completar una solicitud y proporcionar verificación de la información. Todos los pacientes sin seguro que soliciten consideración serán evaluados para un programa financiado por el gobierno con el fin de ayudarlos a encontrar cobertura continua para los servicios. Es política de Beaufort Memorial Hospital cobrar a todos los pacientes, independientemente de su cobertura del seguro o capacidad de pago, la misma cantidad por los mismos servicios prestados. Esta política está diseñada para cumplir plenamente con todas las leyes y regulaciones estatales y federales aplicables, incluida la Sección 501 (r) del Código de Rentas Internas.

Este programa solo se aplica a los servicios prestados en Beaufort Memorial Hospital y en las prácticas médicas de Beaufort Memorial Physician Partners. No aplica a servicios prestados por médicos o profesionales independientes que no sean empleados de Beaufort Memorial Hospital. Esto incluye, entre otros, anesthesiólogos, radiólogos, patólogos, psiquiatras y teleconsultores. A ninguna persona elegible para la asistencia financiera se le cobrará más que los Montos que se facturan habitualmente ("AGB", por sus siglas en inglés) en casos de emergencias u otra atención a personas que cuentan con un seguro que les cubre dicha atención.

Los servicios sujetos a esta política deben ser médicamente necesarios para ser considerados. No se considerarán los servicios médicos con fines cosméticos ni los servicios que no sean médicamente necesarios. Los siguientes servicios no son elegibles para ser considerados para la asistencia financiera:

- Procedimientos cosméticos
- Procedimientos electivos
- Pruebas, servicios o procedimientos no urgentes
- Servicios de infertilidad
- Servicios y suministros especializados de alto costo
- Servicios para los cuales se haya determinado una tarifa fija
- Acuerdos negociados

Atención Médica de Emergencia: Beaufort Memorial Hospital proporcionará, sin discriminación y en cumplimiento con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto (EMTALA, por sus siglas en inglés), atención para afecciones médicas de emergencia a las personas, independientemente de su capacidad de pago, o como se especifica con mayor detalle en la política de EMTALA del Hospital. Una copia de la política de EMTALA está disponible de forma gratuita previa solicitud por escrito a Servicios financieros para pacientes de Beaufort Memorial Hospital; la política también puede descargarse en WWW.BMHSC.ORG.



PROCEDIMIENTOS:

Programa de asistencia financiera de BMH.

Elegibilidad para la asistencia:

- A. El paciente debe no tener seguro o, en determinadas circunstancias, tener una cobertura limitada.
- B. El paciente no debe tener acceso a otros programas que cubran los gastos médicos.
- C. El ingreso familiar anual del paciente no debe superar el 300 % del Nivel Federal de Pobreza ("FPL", por sus siglas en inglés) vigente.
- D. El paciente no debe tener gran cantidad de dinero en efectivo ni bienes personales.
- E. El paciente no debe ser inelegible para la cobertura patrocinada por el gobierno debido al incumplimiento de los requisitos.
- F. El servicio debe considerarse médicamente necesario (generalmente definido como urgente o de emergencia).
- G. La solicitud y toda la documentación de respaldo deben enviarse al departamento de la oficina de negocios del hospital.
- H. Los pacientes que sean elegibles para recibir atención a través del proceso de aprobación de la clínica (gratuita) Good Neighbor Medical Clinic serán considerados presuntamente elegibles para asistencia bajo esta política solo para ciertos laboratorios y servicios de radiología.

Los siguientes pacientes no son elegibles:

- A. Pacientes que no hayan cooperado con el seguro u otra fuente de pago, lo que resulta en falta de pago.
- B. Pacientes con seguro, a menos que se determine que son médicamente indigentes.
- C. Pacientes que tenían cobertura por responsabilidad civil o cuya compañía de seguros pagó directamente al paciente.
- D. Pacientes elegibles para compensación laboral.
- E. Servicios prestados cuando el paciente tenga una reclamación contra una parte responsable.
- F. Pacientes con ingresos \geq 300 % del FPL.
- G. Si el solicitante era elegible para un seguro médico grupal que habría cubierto los servicios prestados, pero decidió no tener cobertura a través del empleador, la cuenta no será elegible para la Asistencia financiera.
- H. Pacientes que no hayan cumplido con otros criterios de inscripción determinados por BMH.

Solicitud: todos los solicitantes deben ser evaluados para todos los programas gubernamentales para asegurar que no haya otra fuente de pago disponible. Durante este proceso se pueden completar solicitudes simultáneas para asistencia y programas gubernamentales. Los programas gubernamentales incluyen, entre otros, Planes del Mercado ACA y Medicaid. Además, los candidatos pueden ser seleccionados para el proceso de inscripción de AccessHealth Lowcountry si se han cumplido todos los demás requisitos para la asistencia. Todas las solicitudes que se hayan realizado sobre un solicitante deben estar documentadas en Meditech.

1. Cualquier empleado de Servicios de Acceso al Paciente (PAS, por sus siglas en inglés) o de Servicios financieros para pacientes (PFS, por sus siglas en inglés) puede recibir una solicitud de asistencia benéfica de un paciente o de la parte responsable/garante dentro de los 240 días posteriores al primer estado de cuenta emitido después del alta. Los solicitantes deberán completar y firmar la solicitud para el Programa de asistencia financiera de BMH. Al firmar, el solicitante certifica que la información proporcionada es



correcta y que asignará el pago a BMH por cualquier dinero recibido de acuerdos, casos de responsabilidad u otra fuente de pago.

2. Se puede pedir al paciente o a la parte responsable que proporcione parte o toda la siguiente documentación:

- A. Solicitud de asistencia financiera
- B. Declaración de impuestos del año anterior
- C. Comprobante de residencia
- D. Mínimo tres recibos de pago más recientes
- E. Los tres estados de cuenta bancarios más recientes de todas las cuentas, incluidas cuentas de ahorro, cheques e inversiones
- F. Otra prueba de ingresos relacionada con los ingresos actuales del hogar

Toda la documentación solicitada debe devolverse dentro de los 30 días posteriores a la solicitud para ser considerada para el Programa de asistencia financiera de BMH. Consulte la Solicitud de asistencia financiera para obtener la lista completa de información necesaria durante el proceso de solicitud.

3. Los pacientes pueden obtener una copia de la política de asistencia financiera, la solicitud de asistencia financiera y la política de facturación y cobro de forma gratuita en la página web del hospital WWW.BMHSC.ORG o solicitándola por correo electrónico a:

- Beaufort Memorial Hospital, Attn Patient Financial Services, 955 Ribaut Road, Beaufort, SC 29902.

4. Las solicitudes completadas deben enviarse a: Beaufort Memorial Hospital, Attn: Patient Financial Services, 955 Ribaut Rd, Beaufort, SC 29902. Los pacientes pueden solicitar ayuda para completar la solicitud de asistencia financiera llamando al 1-855-852-0456.

5. Los descuentos aprobados de asistencia financiera se aplicarán a servicios de emergencia y medicamento necesarios de Beaufort Memorial Hospital y de las prácticas médicas relacionadas para consultas médicas empleadas en el episodio de emergencia o hasta por 90 días si se requiere tratamiento continuo médicamente necesario.

6. El Gerente de Servicios financieros para pacientes revisará todas las solicitudes de asistencia benéfica. Según el saldo de la cuenta para la que se está revisando la solicitud benéfica, se requiere la aprobación según se indica en la siguiente tabla:

Saldo de la cuenta	Autoridad de aprobación
Hasta \$10,000	Gerente de Servicios financieros para pacientes
Hasta \$50,000	Director de Servicios financieros para pacientes
Más de \$50,000	Director financiero



- 7. BMH reconoce que puede haber ocasiones en las que la documentación de respaldo no esté disponible o no pueda obtenerse. BMH se reserva el derecho de ajustar cualquier cuenta al Programa de asistencia financiera de BMH debido a circunstancias atenuantes. Las cuentas en esta categoría DEBEN estar completamente documentadas en las notas/comentarios, con una descripción completa de la situación y las razones del ajuste de la cuenta al Programa de asistencia financiera de BMH.
- 8. Los solicitantes aprobados serán elegibles para recibir ajustes de atención benéfica en cuentas relacionadas con servicios de emergencia o médicamente necesarios.
- 9. No se les cobrará a las personas que califiquen más que los Montos que se facturan habitualmente (AGB) por emergencias y otra atención médicamente necesaria. Los Montos que se facturan habitualmente se determinan utilizando el “método retrospectivo” definido por el Código de Rentas Internas. La organización calcula este porcentaje anualmente evaluando el porcentaje promedio de pago de todos los pacientes de Medicare por servicio y pacientes con seguro comercial. El porcentaje AGB actualizado aplicable a partir del 1 de octubre de 2025 es del 34 %, lo que resulta en un descuento mínimo del 66 % aplicado a los cargos brutos. El porcentaje se calculó utilizando todas las reclamaciones permitidas tanto para los servicios hospitalarios como ambulatorios con fechas de alta del 1 de octubre de 2024 al 30 de septiembre de 2025.
- 10. Los solicitantes con ingresos inferiores al 200 % del nivel de pobreza (definido a continuación) serán aprobados y las cuentas relacionadas se ajustarán al 100 % como atención benéfica. Los solicitantes con ingresos entre el 201 % y el 300 % serán revisados individualmente y una parte del saldo pendiente será ajustada al programa de Asistencia Patrocinada por Hospitales en función de la siguiente tabla de ajustes:

Nivel de ingreso (% del nivel de pobreza)	Responsabilidad del paciente	Descuento
0 %-200 %	0 %	100 %
201 %-220 %	10 %	90 %
221 %-240 %	15 %	85 %
241 %-260 %	20 %	80 %
261 %-280 %	25 %	75 %
281 %-300 %	30 %	70 %

- 11. También hay descuentos disponibles para los pacientes que se enfrentan a costos catastróficos asociados a su atención médica. Los costos catastróficos ocurren cuando los gastos médicos del paciente para un



episodio exceden el 25 % de su ingreso anual. En estos casos, los copagos y deducibles de los pacientes también pueden incluirse en este descuento. Consulte la política de Facturación y cobro para obtener todos los detalles sobre estas cualificaciones.

12. La Asistencia financiera no está disponible para servicios de alto costo con alternativas fácilmente disponibles o servicios excluidos, como cirugía estética, evaluación de infertilidad, aparatos auditivos y otros servicios electivos.
13. Los pacientes sin seguro que no sean elegibles para la Asistencia financiera tienen derecho a un descuento del 40 % por pago directo aplicado a los cargos brutos del hospital.
14. Todos los solicitantes que presenten una solicitud de asistencia serán notificados por escrito de la determinación de la solicitud.
15. El solicitante puede apelar cualquier denegación de asistencia mediante la presentación formal de una carta escrita explicando por qué considera que debe otorgarse la reconsideración. El Director de Servicios financieros para pacientes revisará todas las apelaciones y emitirá una decisión sobre la apelación basada en la carta de reconsideración.
16. Si se determina que un paciente es una persona sin hogar, Beaufort Memorial Hospital intentará obtener una solicitud de asistencia financiera mientras el paciente permanezca en atención.
17. La organización no realizará acciones extraordinarias de cobro contra pacientes que cumplan los requisitos para asistencia financiera. Para obtener información adicional relacionada con la notificación de asistencia financiera y el proceso de cobro, consulte la Política de Facturación y cobro del hospital en: BMHSC.ORG o solicítela por correo a: Beaufort Memorial Hospital, Attn: Patient Financial Services, 955 Ribaut Rd, Beaufort, SC 29902
18. Todas las solicitudes de asistencia benéfica se escanearán en la carpeta del paciente en Meditech para la cuenta en la que fueron originalmente aprobadas.

REFERENCIA:

Guías de Pobreza: La organización utiliza las Guías Federales del Nivel de Pobreza (“FPL”) según las publica el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para consultar las Guías Federales de Pobreza actuales, consulte: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Las políticas y procedimientos establecidos en esta biblioteca de políticas no establecen un estándar a seguir en todos los casos. Es imposible anticipar todas las situaciones posibles que puedan existir y preparar políticas para cada una de ellas. Estas políticas deben considerarse pautas, en el entendido de que, en ocasiones, puede ser necesario apartarse de ellas. En consecuencia, se reconoce que se espera que las personas empleadas en la prestación de atención médica usen su propio criterio para determinar qué es lo mejor para el paciente en



función de las circunstancias existentes en ese momento. Si esta política contiene referencias a bibliografía clínica, la bibliografía citada solo pretende respaldar el razonamiento para la adopción de determinadas pautas contenidas en este documento. No es un respaldo a ningún artículo o texto como autorizado. Beaufort Memorial Hospital reconoce específicamente que puede haber artículos o textos que contengan otras opiniones sobre el punto que pueden ser útiles y válidos que respaldarían otra atención o acciones, dado un conjunto particular de circunstancias. Ninguna literatura pretende reemplazar la educación, la capacitación y la experiencia o el criterio de los proveedores de atención médica.