

JUPITER MEDICAL CENTER

Título: Política de Asistencia Financiera	Número de referencia del documento: 1226
Lugar(es): Jupiter Medical Center, Inc.	Tipo: varios departamentos
Propietario de la política: Lisa Minich (Gerente PFS)	Departamentos: oficina comercial
Fecha de vencimiento para la próxima revisión: 02/SEP/2029	Fecha de aprobación: 02/SEP/2026

Declaración de la política

Jupiter Health, Inc., / Jupiter Medical Center ("JMC") no es una entidad sin fines de lucro y se dedica a cumplir con las necesidades de atención médica de los residentes de la comunidad. JMC cubre las necesidades médicas de pacientes sin fondos o con fondos insuficientes al brindarles atención de calidad, atención de emergencia y otro tipo de atención médicamente necesaria independientemente de su raza, credo, color, sexo, nacionalidad de origen, orientación sexual, discapacidad, edad o capacidad de pago. JMC no emprenderá acciones de cobro extraordinarias (Extraordinary Collection Actions, ECA) antes de realizar esfuerzos razonables para determinar si una persona reúne los requisitos para recibir asistencia financiera conforme a esta política.

Objetivo

Se pretende que los principales beneficiarios de la Política de asistencia financiera sean pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que no califican para recibir asistencia del gobierno federal, estatal o local y que no pueden pagar la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

Alcance

Servicios financieros para pacientes.

Definiciones

- **AGB:** montos generalmente facturados (amounts generally billed). Porcentaje calculado utilizando todas las reclamaciones permitidas tanto por aseguradoras de pago privadas (incluido Medicare Advantage) como por Medicare (tradicional), utilizando el método retroactivo (Look-Back Method). El porcentaje de AGB se recalculará con una frecuencia no menor que la anual de conformidad con la Sección 501(r)(5) del Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code, IRC). Consulte el Apéndice A.
- **FAP:** Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy) de JMC.
- **Ingreso familiar anual:** los sueldos, salarios e ingresos no salariales, incluida la pensión alimenticia y la manutención infantil; beneficios del Seguro Social, desempleo e indemnización laboral; y pensiones, intereses o ingresos por alquiler de la familia.
- **FPG:** Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines) publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services) y vigentes en el momento en que se determina la elegibilidad. Consulte el Apéndice B.
- **Atención médicamente necesaria:** aquellos servicios razonables y necesarios para diagnosticar y brindar tratamiento preventivo, paliativo, curativo o reconstructivo para afecciones físicas o mentales de acuerdo con estándares de atención médica reconocidos profesionalmente y, por lo general, aceptados en el momento en que se brindan los servicios.

Política de Asistencia Financiera (continuación)

- Atención de emergencia: la atención o el tratamiento de una afección médica de emergencia según lo define la EMTALA.
- EMTALA: Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor), Título 42, Sección 1395dd del USC.
- HCRA: Ley de Responsabilidad de la Atención Médica (Health Care Responsibility Act).
- JMC: Jupiter Medical Center Inc.
- HCDPBC: Distrito de atención médica del condado de Palm Beach (Health Care District of Palm Beach County).
- FAMILIA: toda persona que viva en el domicilio y que tenga una relación de dependencia según lo definido por el Servicio de Impuestos Internos.

Política

I. Generalidades

- A. La FAP de JMC se estableció para garantizar un sistema justo y equitativo para determinar las necesidades financieras. Se establecen pautas generales que permiten evaluar las circunstancias financieras. Se puede determinar que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera (ya sea atención gratuita o con descuento) cuando el ingreso individual o familiar anual no excede el 400% de las FPG según se publica anualmente en el Registro Federal. Los ingresos y los activos se considerarán al evaluar la asistencia financiera de JMC, pero es posible que no sean el único factor determinante. Entre otros elementos que deben tenerse en cuenta se encuentran factores temporales como la baja laboral a corto plazo, el desempleo u otras dificultades demostradas. Será necesaria una evaluación de los activos disponibles para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera de JMC. Si existen activos para pagar la deuda, podría denegarse la asistencia financiera. El monto de la factura en relación con los ingresos y los activos puede ser un factor de calificación para determinar la asistencia financiera proporcionada.
- B. Los servicios elegibles en virtud de esta política son los servicios que proporciona JMC para la atención de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria, según las pautas del hospital.
- C. Se adjunta a esta política una referencia sobre la lista de todos los proveedores, además del propio JMC, quienes prestan atención de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria en el hospital y que especifica los proveedores que están cubiertos por esta FAP y quiénes no lo están. Consulte el Apéndice C. El Apéndice C se revisará y actualizará con una frecuencia no inferior a los tres meses, e identificará claramente a los proveedores cubiertos y no cubiertos por esta política.

II. COMPROMISO DE BRINDAR ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

JMC brinda, sin discriminación, atención para afecciones médicas de emergencia a personas, independientemente de si son elegibles para recibir asistencia conforme a esta política. JMC no participará en acciones que disuadan a las personas de buscar atención médica de emergencia, como exigir que los pacientes del Departamento de Emergencia paguen antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de emergencia o permitir que las actividades de cobro de deudas interfieran con la prestación, sin discriminación, de atención médica de emergencia. Los servicios médicos de emergencia, incluidos los traslados de emergencia, de conformidad con la EMTALA, se brindan a todos los pacientes de JMC de manera no discriminatoria y de conformidad con la política EMTALA de JMC.

III. Criterios de elegibilidad para la asistencia financiera

- A. Para calificar para la asistencia financiera en JMC, el paciente no debe ser elegible para Medicaid, Atención coordinada (Coordinated Care) de HCDPBC, HCRA, Indemnización para víctimas (Victims' Compensation) o cualquier otro programa de financiamiento del gobierno, por episodio de atención. Debe presentar una constancia de que no es elegible para los programas aplicables como parte de la documentación de respaldo de la solicitud.
- B. Todos los solicitantes deben participar en la evaluación de elegibilidad del hospital, cuando corresponda, para Medicaid, los planes de Intercambio de Seguros de Salud y otros programas que puedan estar disponibles para ellos antes de ser elegibles para recibir asistencia financiera en JMC.
- C. Para determinar el descuento aplicable a la factura del paciente, su ingreso familiar anual total se debe comparar con las FPG más recientes:

<u>Nivel de ingresos</u>	<u>Monto de ajuste, asignación o descuento*</u>
Menos el 200% de las FPG	100% de descuento
Del 200% al 400% de las FPG	80% de descuento
Más del 400% de las FPG	Saldo a pagar del paciente

*Descuento de los cargos brutos.

- D. El ingreso familiar anual total que sea menor o igual al 200% de las FPG le dará derecho al paciente a obtener un descuento del 100%.
- E. El ingreso familiar anual total que sea superior al 200%, pero no mayor al 400% de las FPG, le dará derecho al paciente a obtener un descuento del 80%.
- F. Independientemente del descuento aplicable determinado anteriormente, la responsabilidad del paciente no excederá el 25% de su ingreso familiar anual total.
- G. El ingreso total del hogar es la suma del ingreso bruto anual de todas las personas de la familia.
- H. Los activos se definen como los fondos depositados en cuentas de ahorro, cuentas corrientes, cuentas del mercado monetario o cuentas de inversión; valor de rescate en efectivo de las pólizas de seguro de vida; la participación en el capital social de una propiedad familiar de \$150,000 o más; y participación en cualquier propiedad no residencial.
- I. Todos los pacientes que busquen asistencia financiera basada en ingresos en cualquier momento del proceso de programación o facturación pueden completar la Solicitud de asistencia financiera y se les pedirá que proporcionen información sobre los ingresos familiares anuales. La Solicitud de asistencia financiera se puede encontrar en nuestro Departamento de Emergencias y el área de Admisiones. Un asesor financiero también estaría disponible para ayudar con el proceso de solicitud o para analizar las opciones de planes de pago.
- J. Los pacientes que de otro modo calificarían para recibir asistencia financiera en virtud de esta FAP pero que, a discreción de JMC, tienen suficientes activos disponibles para pagar la atención, o tienen la suficiente cobertura de seguro o pagos de terceros a su disposición que cubran la atención, serán revisados por JMC caso por caso y pueden ser considerados como no elegibles para la asistencia financiera de JMC.

IV. Elegibilidad presunta

- A. Si JMC determina por medio de bases de datos de verificación de terceros que un paciente tiene un Ingreso familiar anual igual o inferior al 200% de las FPG, ese paciente se considerará elegible para recibir asistencia financiera sin más información o documentación al momento de la programación o antes de la admisión. No es necesario presentar ninguna solicitud para los casos

Política de Asistencia Financiera (continuación)

presuntos aprobados. Los ajustes presuntos se documentan en el sistema de contabilidad del paciente. Los pacientes a quienes se les otorgue la elegibilidad presunta recibirán una carta de aprobación.

1. Agencias externas de facturación y cobro.
 2. Agencias crediticias.
 3. Modelo de puntuación de propensión a pagar.
 4. Información sobre la puntuación FICO.
- B. La elegibilidad presunta puede determinarse en función de las circunstancias individuales, que pueden incluir lo siguiente:
1. Programas de recetas médicas financiados por el estado.
 2. Ser indigente o haber recibido atención de una clínica o refugio para personas indigentes.
 3. Participación en programas para mujeres, bebés y niños (Women, Infants and Children).
 4. Elegibilidad para cupones de alimentos.
 5. Elegibilidad para el programa de almuerzos escolares subsidiados.
 6. Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales que no cuentan con financiamiento (costo compartido de Medicaid).
 7. Vivienda de bajos ingresos/subsidiada como una dirección válida proporcionada.
 8. Pacientes fallecidos sin patrimonio conocido.
 9. Paciente dado de alta a un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF).
 10. Los ingresos del paciente están por debajo del 200% de las Pautas Federales de Pobreza y se considera que paga por cuenta propia.
 11. Pacientes derivados a través de una Asociación nacional de clínicas gratuitas (National Association of Free Clinics).
 12. Pacientes elegibles para Medicaid cuando se cumplen los siguientes criterios:
 - Los requisitos de elegibilidad de Medicaid se cumplen después de que se presta el servicio;
 - Se generan cargos no cubiertos en una atención médica de un paciente elegible para Medicaid; y
 - El proveedor no está acreditado ni tiene un contrato
 - La vivienda de bajos ingresos/subsidiada se proporciona como una dirección válida
 13. Las personas que JMC determine que son elegibles para recibir la asistencia financiera en virtud de estas presuntas disposiciones de elegibilidad, recibirán un descuento del 100% en los servicios elegibles.

V. Constancia de ingresos y residencia

- A. El asesor financiero responsable de evaluar la elegibilidad del paciente recopilará la documentación de respaldo de los ingresos, los gastos y la residencia de los miembros del hogar. Como documentación aceptable se encuentra cualquiera de los siguientes:
1. Licencia de conducir vigente.
 2. Tarjeta de Seguro Social.
 3. Carta del empleador que indique los ingresos y el tiempo que lleva como empleado; se debe presentar en papel membretado de la empresa.
 4. Estados de cuenta bancarios o de instituciones financieras.
 5. W-2 o 1099 del año calendario anterior.
 6. Boletas de pago o 1099 del presente año.

Política de Asistencia Financiera (continuación)

7. Declaración de impuestos del IRS del año calendario más reciente.
 8. Formulario de tasación de impuestos para la propiedad familiar del año más reciente.
 9. Formularios de aprobación/denegación del desempleo.
 10. Verificación por escrito de agencias públicas o gubernamentales que puedan constatar los ingresos del paciente durante los últimos 12 meses.
 11. Derivación para cupones de alimentos.
 12. Remesas de Medicaid que confirman los beneficios agotados de Medicaid.
 13. Certificación por escrito de los ingresos y la dirección del paciente.
 14. Documentación que confirme las deudas y los activos del paciente.
 15. Constancia del domicilio (factura de servicios públicos, gas, electricidad, teléfono).
 16. Constancia de que no es elegible para programas de asistencia del gobierno.
- B. Si la verificación de ingresos no está disponible, el asesor financiero documentará los hechos que respalden la necesidad de asistencia.
- C. La solicitud debe estar firmada por el paciente, el garante o el representante antes de ser procesada por el asesor financiero, donde se consideren los presuntos requisitos de elegibilidad.

VI. Procedimiento para solicitar asistencia financiera

- A. La elegibilidad para la asistencia financiera es evaluada por un asesor financiero y se basa en los activos y el ingreso familiar bruto.
- B. La asistencia financiera está disponible solo después de que se hayan agotado todos los demás recursos posibles o disponibles para el pagador, es decir, Medicaid, HCDPBC.
- C. Se ofrecerá una Solicitud de asistencia financiera a los pacientes sin fondos o con fondos insuficientes que reciban atención de emergencia que califique u otra atención médicamente necesaria en JMC.
- D. La determinación de la elegibilidad del solicitante se realiza dentro de los 30 días posteriores a la evaluación y aprobación de la solicitud.
- E. Un asesor financiero estará disponible para ayudar al paciente a completar la solicitud de la FAP y, si el paciente puede calificar, se le pedirá que solicite asistencia del gobierno (Medicaid, HCDPBC, etc.).
- F. Los gastos catastróficos se incluyen en la FAP si la responsabilidad del paciente por los cargos no reembolsados excede el 25% del ingreso familiar anual total o de los activos. Se hará una revisión de la situación financiera del paciente para determinar la elegibilidad según esta disposición.
- G. Las cuentas también pueden ser consideradas como elegibles y se derivan para recibir asistencia financiera con agencias de cobranza externas o abogados.
- H. Se puede realizar una investigación de activos y créditos en todos los ajustes de caridad.
- I. Una solicitud de asistencia financiera de \$10,000.00 o más requiere (entre otros) que se proporcione la declaración de impuestos federales más reciente y los estados de cuenta bancarios y de instituciones financieras más recientes. Si el paciente no tiene uno o ambos, se puede utilizar lo siguiente para la verificación de ingresos o bienes: talón del cheque de pago, carta del empleador, declaración de beneficios mensuales del Seguro Social o carta de apoyo.
- J. Si el paciente no proporciona la información requerida o no coopera en el proceso de solicitud, es posible que no tenga derecho a recibir asistencia financiera.

Política de Asistencia Financiera (continuación)

- K. JMC no negará asistencia financiera en virtud de la FAP en base a que el solicitante no proporcione información o documentación en cuanto a que la FAP de JMC o el formulario de solicitud de la FAP no requiere que una persona lo presente como parte de una solicitud de la FAP.

VII. Proceso de aprobación

- A. El asesor financiero determinará la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que el hospital reciba la solicitud, lo que significa que ya se proporcionó al asesor financiero toda la información requerida y la documentación de respaldo y que el paciente ya firmó la solicitud.
- B. El asesor financiero llenará y enviará un formulario de aprobación de asistencia financiera al Comité de Asistencia Financiera de Servicios Financieros para Pacientes para su revisión, aprobación, incorporación de información adicional necesaria, denegación o firmas.
- Aprobación y firma de la autoridad perteneciente a la FAP:
- Menos de \$5,000 – Aprobación automática
 - Más de \$5,000 menos de \$25,000 – Supervisor
 - Más de \$25,000 menos de \$50,000 – Gerente
 - Más de \$50,000 – Director o superior
- C. Tras la aprobación de una solicitud de asistencia financiera, el asesor financiero enviará el ajuste a un gerente de servicios financieros para pacientes, o su designado, para que se ingrese en el sistema de contabilidad de pacientes. Toda la documentación de respaldo se escaneará en el sistema de imágenes de documentos y se mantendrá en archivo durante siete años. Las solicitudes de ayuda financiera pueden realizarse en cualquier momento antes, durante o después de la prestación de la atención, pero preferiblemente a más tardar a los 240 días de la recepción del primer estado de cuenta posterior al alta relacionado con dicha atención. Las solicitudes son válidas por 365 días a partir de la fecha de recepción de la solicitud completa (solicitud firmada y todas las verificaciones necesarias). La elegibilidad puede cambiar si, durante el período, la situación financiera o el estado del seguro del paciente cambian. Se deberá presentar una nueva solicitud y documentación al finalizar el período de elegibilidad de 365 días si se necesita asistencia financiera para los servicios recibidos después de dicho período.

El asesor financiero documentará la disposición de la Solicitud de Asistencia Financiera del paciente en el sistema de contabilidad del paciente. El paciente será notificado por carta de la determinación de elegibilidad. Los pacientes que califican para recibir menos del 100% de asistencia financiera (aparte de aquellos que se consideran presuntamente elegibles y reciben un descuento del 100% en los servicios elegibles) recibirán una estimación del monto adeudado y se les solicitará que establezcan acuerdos de pago. La aprobación de asistencia financiera se aplicará a todos los saldos de las cuentas abiertas actuales que deba pagar el paciente. Es posible que esta no sea una aprobación permanente para consultas futuras. Las consultas futuras requerirán que el paciente o el garante sean reevaluados. Las solicitudes de asistencia están disponibles por parte de los asesores financieros de JMC entre las 8:00 a.m. y las 4:30 p.m. (lunes a viernes) y/o con el Servicio al Cliente y representantes de Cobranzas de Servicios Financieros para pacientes. Las personas también pueden obtener una solicitud llamando al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes al 561-263-4440, o en línea en www.jupitermed.com/financialassistance. Los servicios elegibles para asistencia financiera son los servicios de emergencia u otros médicamente necesarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios.

VIII. Base para calcular los montos cobrados a los pacientes

- A. Luego de una determinación de elegibilidad según esta FAP, a un paciente elegible para recibir asistencia financiera no se le cobrará más por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que el AGB a los pacientes que tienen un seguro que cubre dicha atención. JMC utiliza el método retroactivo para determinar los AGB.
- B. Consulte el Apéndice A para conocer la base para calcular los montos cobrados a los pacientes según lo establecido en la Sección 501(r)(5) del Código de Rentas Internas y las regulaciones del Departamento del Tesoro adjuntas.

IX. Medidas que se toman en caso de que no se cumpla con el pago

- A. Las acciones que JMC puede tomar en caso de que no se cumpla con el pago se describen aparte en una Política de Facturación y Cobranza.
- B. Los miembros del público pueden obtener una copia gratuita de esta política separada con el Departamento de Servicio de Atención al Cliente de JMC si visitan o envían una solicitud por escrito a 1701 Military Trail, Suite 160B, Jupiter, FL 33458. También pueden llamar al 561-263-4440 o hacer clic en el enlace disponible más abajo: Política de facturación y cobro a pacientes en la sección Documentos Relacionados.

X. Medidas para difundir ampliamente la Política de Asistencia Financiera

JMC implementa varias medidas para dar a conocer ampliamente esta FAP en las comunidades a las que presta servicios:

- Publicar la FAP, la solicitud y el resumen en lenguaje sencillo en el sitio web público
- Disponibilidad en el Departamento de Emergencias
- Disponibilidad en las áreas de registro
- Inclusión de avisos de la FAP en los estados de cuenta
- Disponibilidad por correo previa solicitud
- Traducción a idiomas que cumplen con los requisitos de la Sección 501(r)
- Capacitación del personal sobre la disponibilidad de la FAP

Documentos Relacionados

[Política de facturación y cobro a pacientes](#)

[Resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera - Formulario](#)

[Apéndice A - Base para el cálculo de montos cobrados a los pacientes - Política de Asistencia Financiera](#)

[Apéndice B – Pautas Federales de Pobreza 2026](#)

[Apéndice C - Lista de proveedores de JMC y aplicabilidad de la Política de Asistencia Financiera](#)

Referencias

- 1) Sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986, con sus enmiendas, y las regulaciones finales del Departamento del Tesoro emitidas en virtud de este con fecha de diciembre del 2014.
- 2) Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act), Ley Pública 111-148, Sección 9007(a) (crea una nueva Sección 501[r] del Código de Rentas Internas).

Aprobado por: Allison Viramontes

Fecha de aprobación: 02/SEP/2026