

	Fecha de entrada en vigencia original: enero de 2006 Fecha de la última revisión: octubre de 2015 Fecha de entrada en vigencia de la revisión: enero de 2016	Página 1 de 6	Número de política 515.00
Asunto: Política de atención médica caritativa de Oregón	Autorización: Vicepresidenta, Ciclo de ingresos		

Propósito:

El propósito de esta política es establecer las políticas de atención médica de emergencia y de asistencia financiera de Providence Health & Services (PH&S), las cuales están diseñadas para promover el acceso a atención médicamente necesaria para aquellas personas que no tienen la posibilidad de pagar, y ofrecer un descuento sobre los cargos facturados a aquellos que solo pueden pagar una parte de los costos de su atención. Estos programas se aplican únicamente a emergencias y a otros servicios de atención de salud médicamente necesarios proporcionados por PH&S. Esta política y los programas de asistencia financiera descritos en este documento constituyen la Política de asistencia financiera oficial ("FAP", por sus siglas en inglés) y la política de atención médica de emergencia para cada hospital propiedad de PH&S dentro del estado de Oregón o rentado u operado por PH&S dentro de dicho estado.

Hospitales de PH&S en el estado de Oregón:

Providence Hood River Memorial Hospital, Providence Medford Medical Center, Providence Milwaukie Medical Center, Providence Newberg Medical Center, Providence Willamette Falls Medical Center, Providence Portland Medical Center, Providence St. Vincent Medical Center y Providence Seaside Hospital.

Política:

PH&S es una organización católica de atención médica guiada por el compromiso con su misión y valores centrales, diseñada para revelar el amor de Dios hacia todos, especialmente los carenciados y vulnerables, a través de servicios humanitarios. Es parte de la filosofía y práctica de cada ministro de PH&S que los servicios de atención de salud médicamente necesarios estén disponibles para los miembros de la comunidad y para aquellas personas con necesidad médica emergente, sin demoras, sin importar su capacidad de pago. Para los fines de esta política, "asistencia financiera" incluye atención médica caritativa y otros programas de asistencia financiera ofrecidos por PH&S.

1. PH&S cumplirá con las leyes y reglamentaciones estatales y federales relacionadas con los servicios médicos de emergencia, asistencia financiera al paciente y atención médica caritativa, que incluye, entre otros, la Sección 1867 de la Ley de Seguridad Social y la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos.
2. PH&S proporcionará asistencia financiera a pacientes elegibles o garantes que no cuenten con otras fuentes principales de pago para eximirlos de la totalidad o parte de sus obligaciones financieras relacionadas con servicios de atención de salud médicamente necesarios de PH&S.
3. De conformidad con sus valores centrales, PH&S brindará asistencia financiera a pacientes elegibles o garantes de forma respetuosa, humanitaria, justa, consistente, efectiva y eficiente.
4. PH&S no discrimina por motivos de edad, raza, color, credo, etnia, religión, nacionalidad de origen, estado civil, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad, estado militar o condición de veterano, ni por cualquier otra razón prohibida por la legislación federal, estatal o local al realizar determinaciones de asistencia financiera.

5. En circunstancias atenuantes, PH&S puede, según su criterio, aprobar asistencia financiera fuera del alcance de esta política. La caridad incobrable/presunta está aprobada debido, entre otros motivos, al diagnóstico social, falta de hogar, bancarrota, fallecimiento sin patrimonio, antecedente de incumplimiento y falta de pago de cuenta(s). Toda la documentación debe respaldar la incapacidad de pago del paciente/garantes y el motivo por el cual la asignación de una agencia de recaudación no generaría la resolución de la cuenta.

6. Los hospitales de PH&S que cuentan con departamentos de emergencia especializados proporcionarán, sin distinciones, atención para afecciones médicas de emergencia (dentro del significado de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto [EMTALA, por sus siglas en inglés]), de conformidad con las capacidades disponibles, independientemente de la elegibilidad de una persona para recibir asistencia financiera. Los hospitales de PH&S realizarán exámenes de selección médica emergencia y tratamiento de estabilización, o derivarán o trasladarán al paciente, si corresponde, de acuerdo con el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) 482.55. PH&S prohíbe cualquier acción que desaliente a las personas a procurar atención médica de emergencia, por ejemplo, permitiendo las actividades de recaudación de deudas que interfieran en la prestación de atención médica de emergencia.

Proveedores sujetos a la FAP de PH&S:

Además de cada hospital de PH&S aplicable, todos los médicos y demás proveedores que brindan atención a pacientes de PH&S durante una hospitalización están sujetos a estas políticas salvo especificación contraria. El apéndice A indica dónde los pacientes pueden obtener la(s) lista(s) de todos los proveedores que brindan atención en los departamentos de los hospitales de PH&S, y si están o no sujetos a la Política de asistencia financiera de PH&S. Esta lista se encuentra disponible en línea en www.providence.org y también en formato impreso solicitándola al asesor financiero en el hospital.

Requisitos de elegibilidad para recibir asistencia financiera:

La asistencia financiera se encuentra disponible tanto para pacientes y garantes sin seguro como para aquellos con una cobertura de seguro insuficiente, y dicha asistencia cumple con las leyes federales y estatales que regulan los beneficios permisibles para pacientes. La asistencia financiera se encuentra disponible únicamente para montos que se relacionan con servicios de emergencia u otros servicios de medicamento necesarios. Los pacientes o garantes con ingreso familiar bruto, adaptados al tamaño de la familia, del 350 % o menos con respecto al índice federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) son elegibles para recibir asistencia financiera, siempre que no haya otros recursos financieros disponibles y el paciente o garante presente la información necesaria para confirmar la elegibilidad.

La asistencia financiera es adicional a los otros recursos financieros disponibles para el paciente o garante, que incluye, entre otros, el seguro, las personas que pagan responsabilidades de terceros, los programas gubernamentales y los programas de organismos externos. En situaciones en las que las principales fuentes de pago correspondientes no estén disponibles, los pacientes o garantes pueden solicitar asistencia financiera sobre la base de los requisitos de elegibilidad de esta política y la documentación de respaldo, la cual puede incluir lo siguiente:

- Es posible que se necesite la evidencia de solicitud de Medicaid.

La asistencia financiera se otorga únicamente para servicios de emergencia y medicamento necesarios. Para hospitales PH&S, “servicios de emergencia y medicamento necesarios” quiere decir servicios hospitalarios. Se trata de servicios medicamento necesarios proporcionados dentro de un hospital de PH&S o en otros centros, de acuerdo con lo establecido por PH&S.

Los pacientes que residen fuera del área de servicio de PH&S en la que se brindan los servicios no son elegibles para obtener asistencia financiera, excepto en las siguientes circunstancias:

- El paciente requiere servicios de emergencia durante su visita en un área de servicio de PH&S.
- La atención medicamento necesaria proporcionada al paciente no está disponible en un centro PH&S en el área de servicio donde vive el paciente.

El área de servicio de PH&S se define como cualquier condado de Oregón que cuenta con los servicios del hospital de PH&S.

La elegibilidad para recibir asistencia financiera debe basarse en la necesidad financiera al momento de la solicitud. Todo el ingreso familiar se considera al momento de determinar la aplicabilidad de la escala de costos variables de PH&S que se encuentra en el Apéndice B. Los pacientes que soliciten asistencia financiera deben presentar cualquier documentación de respaldo que se especifique en la solicitud de asistencia financiera, salvo especificación contraria por parte de PH&S.

Bases para el cálculo de los montos cobrados a los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera

Las categorías de descuentos disponibles y las limitaciones de los cargos conforme a esta política incluyen las siguientes:

- Descuento del 100 %/Atención gratuita: Cualquier paciente o garante con ingreso familiar bruto, adaptados al tamaño de la familia, del 300 % o menos con respecto al índice federal de pobreza (“FPL”) es elegible para recibir un descuento del 100 % sobre los cargos totales del hospital por atención de emergencia o medicamento necesaria, en la medida en que el paciente o garante no sean elegibles para recibir otra cobertura de salud pública o privada.
- Descuentos del 75 % sobre cargos: La escala de costos variables de PH&S establecida en el Apéndice B se utilizará para determinar el monto de asistencia financiera que se brindará en forma de descuento del 75 % para pacientes o garantes con ingresos de entre el 301 % y el 350 % respecto del índice federal de pobreza después de agotar todas las posibilidades de financiamiento disponibles para el paciente o garante, o de que estas hayan sido denegadas, y de revisar los recursos y activos financieros personales para determinar una potencial financiación para pagar los cargos facturados. La asistencia financiera puede ofrecerse a pacientes o garantes con ingresos familiares que superen el 350 % con respecto al índice federal de pobreza, cuando las circunstancias indiquen dificultades financieras graves o pérdida personal.

Limitación de cargos para todos los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera: Ningún paciente o garante elegible para recibir cualquiera de los descuentos mencionados anteriormente será responsable en forma personal de un importe que supere el porcentaje de los “montos frecuentemente facturados” (AGB, por sus siglas en inglés) de los cargos brutos, como se define en la Reglamentación del Tesoro, Sección 1.501(r)-1(b)(2), a través del hospital de PH&S correspondiente para la emergencia u otros servicios médicamente necesarios recibidos. PH&S determina los AGB multiplicando los cargos brutos del hospital para cualquier emergencia o atención médicamente necesaria por un porcentaje fijo que se basa en las reclamaciones permitidas conforme a Medicare. Las hojas de información que detallan los porcentajes de AGB utilizados por cada Hospital de PH&S y la forma en que se calculan, pueden obtenerse visitando www.providence.org, o bien llamando al: **1-866-747-2455** para solicitar una copia impresa. Además, el monto máximo que puede cobrarse en un período de 12 meses¹ por servicios de emergencia o de atención de salud médicamente necesarios brindados a pacientes elegibles para recibir asistencia financiera es del 20 % del ingreso familiar bruto del paciente, y se encuentra sujeto a la elegibilidad continua del paciente conforme a esta política.

¹ El período de 12 meses al que aplica el monto máximo debe comenzar el primer día, luego de la fecha de entrada en vigencia de esta política, en que un paciente elegible recibe los servicios de atención médica que se determinaron elegibles (por ejemplo, servicios médicamente necesarios).

Método para solicitar asistencia y proceso de evaluación:

Los pacientes o garantes pueden solicitar asistencia financiera conforme a esta política a través de cualquiera de los siguientes medios: (1) indicando al personal de servicios financieros del paciente de PH&S al momento del alta, o antes, que se requiere asistencia y presentando un formulario de solicitud y cualquier documentación, si así lo requiere PH&S; (2) descargando un formulario de solicitud del sitio web de PH&S en www.providence.org y presentando el formulario junto con cualquier documentación requerida; (3) solicitando un formulario de solicitud por teléfono, llamando al **1-866-747-2455**, y presentando el formulario; o (4) mediante cualquier otro método especificado en la Política de Facturación y Recaudación de PH&S. PH&S colocará avisos e información sobre su política de asistencia financiera en las áreas de acceso adecuadas, las cuales incluyen, entre otras, el departamento de emergencias y las áreas de admisión.

El hospital realizará un examen de selección preliminar a cualquier persona que solicite asistencia financiera. Como parte de este proceso de selección, PH&S evaluará si la persona ha agotado las fuentes de pago de terceros o si no es elegible para estas. PH&S puede otorgar asistencia financiera basándose únicamente en una determinación inicial del estado de un paciente como una persona indigente. En estos casos, es posible que no se requiera documentación. En el resto de los casos, se requiere documentación para respaldar una solicitud de asistencia financiera. Para pacientes que solicitan la asistencia y tienen un ingreso del 200 % o menos, se requiere verificación del tamaño del grupo familiar y de los ingresos, que puede incluir evidencia del tamaño de la familia y de los ingresos, incluidos, entre otros, los siguientes documentos: copias de recibos de sueldos recientes, declaraciones W-2, declaración de impuestos sobre la renta, formularios que aprueban o rechazan asistencia médica estatal o por parte de Medicaid, formularios que aprueban o rechazan la compensación por desempleo, declaraciones escritas por empleadores o extractos de cuenta bancaria, si es necesario. Si no se puede presentar la documentación adecuada, PH&S puede solicitar más información.

Para ingresos superiores al 200 % del FPL, esto puede incluir evidencia del tamaño de la familia y de los ingresos y activos de cualquier origen, que incluye, entre otros: copias de recibos de sueldos recientes, declaraciones W-2, declaración de impuestos sobre la renta, formularios que aprueban o rechazan asistencia médica estatal o por parte de Medicaid, formularios que aprueban o rechazan compensación por desempleo, declaraciones escritas por empleadores o agencias de bienestar o extractos de cuenta bancaria que reflejen la actividad. Si no se puede presentar la documentación adecuada, PH&S puede solicitar más información.

Un paciente o garante que pueda ser elegible para solicitar asistencia financiera deberá presentar a PH&S documentación suficiente para respaldar una determinación de elegibilidad hasta catorce (14) días después de que se realice la solicitud o doscientos cuarenta (240) días después de la fecha de envío al paciente de la factura posterior al alta, lo que suceda después. De acuerdo con la documentación proporcionada con la solicitud, PH&S determinará si se requiere más información o si se puede realizar una determinación de elegibilidad. Si un paciente o garante no completa razonablemente los procedimientos de solicitud adecuados dentro de los períodos especificados anteriormente, PH&S puede determinar que el paciente o garante no es elegible para recibir asistencia financiera e iniciar acciones de recaudación. La determinación inicial de elegibilidad potencial para recibir asistencia financiera se realizará lo más cerca posible de la fecha de la solicitud. PH&S notificará al paciente o garante sobre una determinación definitiva de elegibilidad o inelegibilidad en el transcurso de diez (10) días hábiles, después de recibir la documentación necesaria.

El paciente puede apelar una determinación de inelegibilidad para recibir asistencia financiera proporcionando a PH&S más documentación relevante en el transcurso de treinta (30) días, después de la recepción del aviso de rechazo. Se revisarán todas las apelaciones y, si la determinación de la apelación confirma el rechazo, se enviará una notificación por escrito al paciente. El proceso de apelación definitiva terminará en el transcurso de diez (10) días hábiles, después de que PH&S reciba la apelación.

Otros métodos de calificación para recibir asistencia financiera pueden ser los siguientes:

- expiración del estado legal de las limitaciones de recaudación;
- fallecimiento del garante e inexistencia de propiedades o autenticación de testamento;
- presentación de bancarrota por parte del garante;
- presentación, por parte del garante, de registros financieros que hacen que este sea elegible para recibir asistencia financiera; o
- registros financieros que indican que el ingreso del garante no se incrementará en el futuro y, por lo tanto, no podrá pagar la deuda, por ejemplo, con garantes que tienen ingresos fijos de por vida.

Facturación y recaudación: Cualquier saldo pendiente adeudado por los pacientes o garantes después de la aplicación de descuentos disponibles, si corresponde, remitido a recaudación de acuerdo con las políticas de facturación y recaudación uniforme de PH&S. Para obtener información sobre las prácticas de facturación y recaudación de PH&S para montos adeudados por pacientes o garantes, consulte la Política de Facturación y Recaudación de PH&S, la cual se encuentra disponible sin cargo en cada mesa de admisión de los hospitales de PH&S, visitando www.providence.org. Asimismo, podemos enviarle esta política si así lo solicita llamando al **1-866-747-2455**.

AUTORIZACIÓN:

Teresa Spalding
Vicepresidenta, Ciclo de ingresos

Firma en archivo

Fecha:

APÉNDICE A
Proveedores del hospital no sujetos a la política de asistencia financiera y descuentos asociados de PH&S

Se encuentra disponible una lista de todos los proveedores que brindan atención en los hospitales de PH&S, en la que también se indica si están o no sujetos a la Política de asistencia financiera de PH&S. Esta lista se encuentra disponible en línea en www.providence.org y también en formato impreso solicitándola al asesor financiero en el hospital. Si un proveedor no se encuentra sujeto a la Política de asistencia financiera, el proveedor emitirá facturas a los pacientes de forma independiente por cualquier servicio profesional que brinde durante una hospitalización, de conformidad con las pautas de asistencia financiera aplicables del proveedor, si corresponde.

APÉNDICE B

Escala de costos variables del porcentaje de atención médica caritativa de PH&S

Se determinará que el monto total de los cargos del hospital es atención caritativa para cualquier garante que tiene un ingreso familiar bruto y activos del 300 % o menos respecto del índice federal de pobreza actual, siempre que dicha persona que no sea elegible para recibir otra cobertura de salud pública o privada.

La escala de costos variables de PH&S a consta a continuación se aplica a los garantes que tienen un ingreso familiar y recursos superiores al 100 % respecto del FPL.

Ingresos y activos como porcentaje del índice de federal de pobreza	Porcentaje de descuento (cancelación) sobre cargos originales	Saldo facturado al garante
100-300 %	100 %	0 %
301-350 %	75 %	25 %