

Asunto: Política de asistencia financiera (atención de beneficencia) de Providence –Oregón	Política N°: PSJH RCM 002 OR	
Departamento: Gestión del ciclo de ingresos	<input checked="" type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Modificada <input type="checkbox"/> Revisada	Fecha: 3/22/2019
Patrocinador ejecutivo: Kimberly Sullivan, vicepresidente ejecutiva, directora del ciclo de ingresos	Propietario de la política: Directora de asesoría y asistencia financiera	
Aprobado por: Junta directiva de Providence	Fecha de aplicación: 5/1/2019	

Providence es una organización católica sin fines de lucro cuya misión es servir a todas las personas, especialmente a los más pobres y vulnerables, con base en sus principales valores de compasión, dignidad, justicia, excelencia, integridad y la convicción de que la atención médica es un derecho humano. En los hospitales Providence, se pone en práctica la creencia de dar acceso inmediato a los servicios de atención médica y de emergencia a las personas de las comunidades que atendemos, independientemente de sus posibilidades económicas.

ALCANCE:

Esta política es aplicable para todos los hospitales de Providence Oregon (“Providence”) en los estados de Oregón, así como para todos los servicios de emergencia, urgencia y médicos de los hospitales Providence en Oregón (salvo la atención de tipo experimental o investigativo). Los hospitales Providence incluidos en esta política figuran en la lista de centros contemplados en el Cuadro A.

Esta política se debe interpretar según la sección 501(r) del Código Tributario de 1986 en su versión modificada. Si se produjera un conflicto entre las disposiciones de dichas leyes y esta política, dichas leyes prevalecerán.

FINALIDAD:

Esta política tiene por finalidad garantizar un método justo, libre de discriminación, eficaz y uniforme para dar asistencia financiera (atención de beneficencia) a las personas elegibles que no puedan pagar en su totalidad o parcialmente los servicios de emergencia médicamente necesarios y de hospitalización de los hospitales Providence.

Esta política tiene por objeto cumplir con todas las leyes federales, estatales y locales. Por medio del presente documento, esta política y los programas de asistencia financiera constituyen oficialmente la Política de Asistencia Financiera (FAP) y la Política de Atención Médica para los hospitales que sean propiedad de Providence, así como los hospitales que Providence alquile o gestione.

POLÍTICA:

Providence dará servicios hospitalarios gratuitos o con descuento a los pacientes aptos de bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente cuando la capacidad de pagar por los servicios constituya un impedimento para acceder a una atención de emergencia médicamente necesaria u otra atención hospitalaria y no se identifique otro seguro médico. Los pacientes deben cumplir con los requisitos de elegibilidad contemplados en esta política para optar por la atención.

Los hospitales Providence que tengan servicios especializados de emergencia darán atención, sin discriminación y según sus capacidades, para condiciones médicas de emergencia (según la Ley de tratamiento de emergencias médicas y trabajo de parto), independientemente de si una persona sea elegible o no para la asistencia financiera. Providence no discriminará según la edad, la raza, el color, las creencias, el origen étnico, país de origen, estado



civil, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad, estado de veterano o militar u otra condición de acuerdo con las leyes federales, estatales y locales al momento de evaluar la asistencia financiera. Los hospitales Providence ofrecerán evaluaciones médicas de emergencia y tratamientos estabilizantes, o bien referirán o transferirán a una persona si dicha transferencia es conveniente según 42 C.F.R 482.55. Providence prohíbe toda acción, práctica de admisión o política que desaliente a las personas a buscar atención médica de emergencia, como permitir actividades de cobranza de deudas que impidan dar una atención médica de emergencia.

Lista de proveedores sujetos a la FAP de Providence: Cada hospital Providence creará una lista específica de médicos, grupos de médicos u otros profesionales que ofrezcan servicios y estén o no estén contemplados en esta política. Cada hospital Providence le facilitará esta lista a los pacientes que pidan una copia. La lista de proveedores también figura en el sitio web de Providence: www.providence.org.

Requisitos para recibir asistencia financiera: Los pacientes con y sin seguro médico y los fiadores pueden recibir asistencia financiera cuando tal asistencia se ajuste a esta política y a las leyes federales y estatales que rigen los beneficios permitidos para los pacientes. Los hospitales Providence harán esfuerzos razonables para determinar la existencia o ausencia de una cobertura de terceros, que puede ser parcial o total para la atención ofrecida por los hospitales Providence, antes de hacer esfuerzos para cobrarle al paciente.

Para recibir atención financiera, los pacientes deben completar la solicitud estándar de asistencia financiera, y la elegibilidad se basará en la necesidad económica del momento. Se harán esfuerzos razonables para notificar e informar a los pacientes de la disponibilidad de la asistencia financiera durante el ingreso y el alta hospitalaria, en la factura del paciente, las áreas de facturación accesibles al paciente, el sitio web del hospital Providence, verbalmente durante las conversaciones sobre el pago y mediante letreros en áreas hospitalarias y ambulatorias concurridas, como el departamento de ingresos y de emergencias. Providence guardará toda información necesaria para determinar la elegibilidad de acuerdo con las políticas de mantenimiento de registros.

Solicitud de asistencia financiera: Los pacientes o fiadores pueden presentar una solicitud de asistencia financiera de forma gratuita en el ministerio de Providence o por los siguientes medios: el personal asesor sobre asuntos financieros para pacientes antes o durante el alta hospitalaria presentando toda la documentación necesaria; por correo electrónico o el sitio web www.providence.org, en el que pueden descargar, completar y enviar la solicitud junto con la documentación. El solicitante de la asistencia financiera se someterá a una evaluación preliminar, en la cual se analizará si el paciente ya ha agotado otras fuentes de seguros médicos o si no cumple con los requisitos para estos.

Cada hospital Providence asignará una parte del personal a los pacientes para ayudarlos a completar la solicitud de asistencia financiera y determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera por parte de Providence o de seguros financiados por el gobierno, en su caso. Hay servicios de interpretación disponibles para atender dudas y preocupaciones y ayudar a completar la solicitud de asistencia financiera.

Un paciente o fiador posiblemente elegible para la asistencia financiera puede dar suficiente información a Providence para sustentar la decisión de elegibilidad en cualquier momento al enterarse de que los ingresos de la parte interesada están por debajo del FPL mínimo de acuerdo con los reglamentos federales y estatales.

Situación económica individual: Los ingresos, activos monetarios y gastos del paciente servirán para evaluar su situación económica particular. Los activos monetarios no incluirán planes de jubilación o compensación diferida limitados por el Código Tributario ni planes de compensación diferida no calificada. Los activos monetarios no deben servir para determinar la elegibilidad si los ingresos del paciente o fiador es igual a o menor que el 200 % del estándar federal de pobreza.

Elegibilidad en cuanto a ingresos: Con base en el Nivel Federal de Pobreza (FPL), se podrán aplicar criterios en relación con los ingresos para determinar la elegibilidad para recibir atención gratuita o con descuento. Véase el Cuadro B para más información.



Decisiones y aprobaciones: Los pacientes recibirán una notificación sobre la decisión de su elegibilidad según la FAP en los 30 días después de haber presentado la solicitud completada de asistencia financiera y la documentación necesaria. Una vez que se haya recibido una solicitud, no se efectuarán actividades de cobranza extraordinarias hasta que se notifique por escrito al paciente sobre la decisión de su elegibilidad. Providence no decidirá sobre la elegibilidad para recibir asistencia a partir de información que este considere incorrecta o poco fiable.

Resolución de disputas: El paciente puede apelar una decisión negativa sobre su elegibilidad para recibir asistencia financiera dando la documentación complementaria necesaria a Providence hospital en los 30 días después de recibir la notificación de rechazo. Se evaluarán todas las apelaciones y, si se reafirma el rechazo, se notificará por escrito al fiador y, en su caso, al Departamento de Salud del Estado, según la ley. El proceso final de apelación concluirá en un plazo de 10 días después de la notificación de rechazo por parte de Providence. Es posible enviar una apelación a la siguiente dirección: Providence Regional Business Office, P.O. Box 3268, Portland; OR 97208-3395.

Beneficencia presunta: Providence podrá aprobar un ajuste de beneficencia al saldo de la cuenta del paciente por otros medios distintos a la solicitud de asistencia financiera. Dichas decisiones se tomarán de forma presunta con una herramienta de evaluación económica reconocida en la industria para evaluar la capacidad de pago a partir de registros financieros públicos u otros registros, como ingresos del grupo familiar, número de integrantes del grupo familiar e historial de crédito y pagos, entre otros.

Otras circunstancias especiales: Se consideran indigentes a los pacientes que sean elegibles para programas calificados FPL, como Medicaid y otros programas patrocinados por el gobierno para personas de bajos ingresos. Por lo tanto, dichos pacientes son elegibles para la asistencia financiera cuando los programas rechacen el pago y consideran que los cargos se pueden facturar al paciente. Los pacientes cuyos saldos de cuenta sean el resultado de cargos no reembolsables son elegibles para la anulación total del cargo. Se incluyen específicamente como elegibles los siguientes tipos de cargo:

- Estadías hospitalarias rechazadas
- Días de atención hospitalaria rechazados
- Servicios sin cobertura
- Rechazos de solicitudes de autorización previa
- Rechazos por cobertura limitada

Gastos médicos catastróficos: Providence podrá a su juicio dar subvenciones en caso de gastos médicos catastróficos. Estos pacientes serán atendidos de forma individual.

Limitaciones en los cargos para todos los pacientes elegibles para la asistencia financiera: Ningún paciente que pueda optar para recibir alguno de los tipos de asistencia antes mencionados deberá pagar más del porcentaje de "Cantidades generalmente facturadas" (AGB) de los cargos brutos, como se define abajo.

Plan de pago razonable: Si al paciente se le aprueba la asistencia financiera parcial y este tiene un saldo pendiente, Providence acordará un plan de pago. El plan de pago razonable consiste en pagos mensuales no mayores al 10 % de los ingresos del paciente o de la familia, con exclusión de los gastos esenciales de vida que el paciente indicó en su solicitud de asistencia financiera.

Facturación y cobranza: Después de aplicar los descuentos correspondientes, todo saldo no pagado de los pacientes o fiadores puede ser objeto de cobranza. Las gestiones de cobranza de saldos no pagados cesarán hasta que se decida definitivamente sobre la elegibilidad según la FAP. Providence no efectúa gestiones de cobranzas ni permite que agencias de cobranzas las efectúen antes de: (a) hacer un esfuerzo razonable para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera o (b) los 120 días posteriores al envío de la primera declaración del paciente. Para obtener más información sobre las prácticas de facturación y cobranza de



Providence para cantidades adeudadas por pacientes, puede consultar las políticas del hospital Providence gratuitamente en la recepción de todos sus hospitales o en: www.providence.org.

Reembolso para los pacientes: Si un paciente o fiador ha pagado por servicios y, posteriormente, se determina que es elegible para recibir atención gratuita o con descuento, se reembolsará todo pago asociado con estos servicios que sea mayor a la obligación de pago y se haya efectuado durante el tiempo de elegibilidad según la FAP según los reglamentos estatales.

Revisión anual: La política de asistencia financiera (atención de beneficencia) de Providence será revisada cada año por los líderes designados del ciclo de ingresos.

EXCEPCIONES:

Véase el apartado "Alcance" más arriba.

DEFINICIONES:

A los efectos de esta política, las siguientes definiciones y requisitos son aplicables:

1. Nivel federal de pobreza (FPL): FPL significa las directrices actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
2. Cantidades generalmente facturadas (AGB): En esta política, se denominan AGB las cantidades generalmente facturadas por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a pacientes que tienen seguro de salud. Providence calcula el porcentaje de AGB correspondiente para cada hospital Providence multiplicando los cargos brutos del hospital, generados por concepto de cualquier atención de emergencia o médicamente necesaria, por un porcentaje fijo basado en las solicitudes de reembolso permitidas en Medicare. Es posible obtener hojas de información sobre los porcentajes de AGB y el método de cálculo de los AGB empleados en cada hospital Providence en el siguiente sitio web: www.providence.org o llamando al 1-866-747-2455 para pedir una copia.
3. Acción extraordinaria de cobranza (ECA): Las ECA se refieren a las acciones que requieran un proceso legal o judicial, vender una deuda a otra parte interesada o notificar a agencias u oficinas de crédito sobre información adversa. Las acciones que requieran un proceso legal o judicial para este fin comprenden: un gravamen; ejecución hipotecaria en bienes raíces; embargo o incautación de una cuenta bancaria u otra propiedad personal; inicio de una demanda civil contra un individuo; acciones que deriven en el arresto de un individuo; acciones que puedan derivar en el arresto de un individuo por desacato a un tribunal (*body attachment*); y embargo de salario.

REFERENCIAS:

<i>Internal Revenue Code Section 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)</i>
<i>Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA), 42 U.S.C. 1395dd</i>
<i>42 C.F.R. 482.55 y 413.89</i>
<i>American Hospital Associations Charity Guidelines</i>
<i>Providence Commitment to the Uninsured Guidelines</i>
<i>Provider Reimbursement Manual, Part I, Chapter 3, Section 312</i>



Cuadro A – Lista de centros contemplados

Hospitales Providence en 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	Providence Seaside Hospital



Cuadro B - Elegibilidad en cuanto a ingresos para los hospitales Providence en Oregón

Si...	Entonces...
Los ingresos familiares anuales, ajustados en función del número de integrantes del grupo familiar, son iguales o menores al 300 % de las directrices actuales del FPL,	Se considera que el paciente es indigente económicamente, por lo que es elegible para la anulación del 100 % de las cantidades por las que este sea responsable.
Los ingresos familiares anuales, ajustados en función del número de integrantes del grupo familiar, son del 301 % al 400 % de las directrices actuales del FPL,	El paciente es elegible para un descuento del 75 % de las cantidades originales por las que el paciente sea responsable.
Si los ingresos familiares anuales, ajustados en función del número de integrantes del grupo familiar, son iguales o menores al 400 % del FPL <u>Y</u> el paciente ha tenido gastos médicos mayores al 20 % de sus ingresos familiares anuales por servicios contemplados en esta política en los hospitales Providence en los últimos 12 meses,	El paciente es elegible para recibir un beneficio del 100 % sobre las cantidades por las que sea responsable.