



Asunto: Política de Asistencia Financiera de Providence (Atención Caritativa): Alaska	Número de política: PSJH RCM 002 AK	
Departamento: Gestión del Ciclo de Ingresos	<input checked="" type="checkbox"/> Modificado <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Revisado	Fecha: 1 de enero de 2025
Patrocinador Ejecutivo: Vicepresidente Séñior y Director del Ciclo de Ingresos	Propietario de la política: AVP de Asesoramiento Financiero	
Aprobado por: Vicepresidente Séñior y Jefe del Ciclo de Ingresos	Fecha de implementación: 27 de enero de 2025	

Providence es una organización católica de atención médica sin fines de lucro que se dedica a su misión de servir a todos, especialmente a los pobres y vulnerables. Providence cree que recibir atención médica es un derecho que toda persona debería tener. Se asegura de que los servicios de atención médica emergentes y necesarios desde el punto de vista médico estén disponibles para cualquier persona en la comunidad, incluso si no pueden pagarlos.

ALCANCE:

Esta política se aplica a todos los hospitales Providence (“Providence”) del estado de Alaska. Cubre todos los servicios de emergencias, urgencias y otros servicios necesarios desde el punto de vista médico (con la excepción de la atención experimental, de investigación, estética o cosmética, o la atención para la conveniencia del paciente o del médico) (según se detalla en la definición de “Servicios Elegibles”). En el Anexo A figura una lista de los hospitales Providence cubiertos por esta política. Cuando utilizamos la palabra “hospital” o “centro” en esta política, nos referimos al ámbito de los centros descritos en el Anexo A.

Esta política se interpretará de manera consistente con la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986, y sus enmiendas. Si en algún momento esta política y la ley entran en conflicto, prevalecerá la ley.

PROpósito:

El propósito de esta política es garantizar que exista un método consistente, justo y no discriminatorio para brindar asistencia financiera (también conocida como “atención caritativa”) a personas que reúnen ciertos requisitos y que no pueden pagar, total o parcialmente, los Servicios Elegibles proporcionados por los hospitales de Providence.

Tiene como objetivo cumplir con todas las leyes aplicables. Esta es la Política oficial de Asistencia Financiera (Atención Caritativa) (FAP) y la Política de Atención Médica de Emergencia para cada hospital Providence en Alaska.

PERSONAS RESPONSABLES:

Departamentos de Ciclo de Ingresos. Además, todo el personal pertinente que realice funciones relacionadas con el registro, las admisiones, el asesoramiento financiero y la atención al cliente recibirá capacitación periódica sobre esta política.

POLÍTICA:

Providence brindará Servicios Elegibles sin costo, o a un costo menor, a pacientes que califiquen y presenten una solicitud o se consideren elegibles para recibir atención caritativa, de acuerdo con los criterios establecidos en esta política. Para calificar, los pacientes deben cumplir con los requisitos de elegibilidad descritos en esta política. A los fines de esta política, el término “paciente” se utilizará para referirse al paciente, así como a cualquier persona que sea garante o parte responsable (es decir, una persona que es responsable del pago de cualquier cargo del centro en nombre del paciente que no sea pagado por un tercero).



Los departamentos de emergencia de los hospitales Providence proporcionarán atención a las afecciones médicas de emergencia (según el significado previsto en la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto) de acuerdo con las capacidades disponibles del departamento, independientemente de si un individuo es elegible para asistencia financiera. Providence no discriminará por motivos de edad, raza, color, creencias, etnia, religión, nacionalidad, estado civil, sexo, discapacidad, estado militar o de veterano o cualquier combinación de las anteriores, ni por ningún otro motivo prohibido por las leyes federales, estatales o locales, a la hora de tomar decisiones sobre la asistencia financiera. La discriminación por motivos de sexo incluye, entre otras: características sexuales, incluidos rasgos intersexuales; embarazo o condiciones relacionadas; orientación sexual; identidad de género y estereotipos de género.

Los departamentos de emergencias de los hospitales Providence realizarán exámenes médicos de emergencia y tratamiento estabilizador o, cuando corresponda, derivarán y trasladarán a una persona a otro hospital.

Providence prohíbe cualquier acción, práctica de admisión o política que desaliente a las personas a buscar atención médica de emergencia, como permitir actividades de cobro de deudas que interfieran en la provisión de atención médica de emergencia.

Listado de profesionales sujetos a la FAP de Providence: Cada hospital Providence posee una lista de los médicos, grupos médicos u otros profesionales de atención médica que brindan servicios que están y no están cubiertos por esta política. Cada hospital Providence proporcionará esta lista a cualquier paciente que solicite una copia. La lista de proveedores también se puede encontrar en línea en el sitio web de Providence: <https://www.providence.org/billing-support/help-paying-your-bill>.

Requisitos de elegibilidad para asistencia financiera: La asistencia financiera está disponible tanto para pacientes asegurados como no asegurados si cumplen con los requisitos de esta política. La atención caritativa otorgada de conformidad con esta política también pretende cumplir con otras leyes con respecto a los beneficios permitidos para los pacientes. Providence se esforzará para identificar si existe algún otro seguro que pueda cubrir los costos de los Servicios Elegibles antes de facturar al paciente. No se requerirá que los pacientes soliciten programas de asistencia médica de terceros antes de ser evaluados para recibir asistencia financiera. Los pacientes sin seguro recibirán un descuento. Los tipos de facturas que podrían ser elegibles para ajustes de asistencia financiera incluyen, entre otros: pago por cuenta propia, cargos para pacientes con cobertura fuera de la red y montos de coseguro, deducible y copago relacionados con pacientes asegurados.

Los pacientes que buscan asistencia financiera deben completar la Solicitud de Asistencia Financiera de Providence estándar y la elegibilidad se basará en la necesidad económica en ese momento. Se realizarán esfuerzos para notificar e informar a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera proporcionando información durante la admisión y el alta, en el estado de cuenta del paciente, en las áreas de facturación accesibles para el paciente (como mostradores de registros), en el sitio web de Providence, mediante comunicación oral durante las charlas de pago, así como en la cartelería en las áreas de pacientes hospitalizados y ambulatorios, incluidas las áreas donde los pacientes son admitidos o registrados y en el departamento de emergencias. Providence mantendrá registros de la información utilizada para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Proporcionará una copia impresa de esta política al paciente que la solicite.

Providence también aprobará un ajuste caritativo en el saldo de la cuenta de ciertos pacientes por medios distintos a una Solicitud de Asistencia Financiera completa si los pacientes cumplen con los requisitos detallados más adelante en esta política (consulte "Asistencia Financiera sin una Solicitud").

Solicitud de asistencia financiera: Los pacientes pueden solicitar y presentar una Solicitud de Asistencia Financiera, la cual es gratuita y está disponible en los centros de Providence, o a través de los siguientes medios: informando al personal de servicios financieros del paciente (en el momento del alta o antes) que se solicita la asistencia, por correo o visitando www.providence.org/financialhelp. La Solicitud de Asistencia Financiera de una persona se procesará para determinar si puede cumplir con los criterios para asistencia financiera establecidos en esta política.

Los centros de Providence cuentan con personal designado listo para ayudar a los pacientes a completar la Solicitud de Asistencia Financiera y ver si el paciente califica para recibir asistencia financiera de Providence o de programas de seguros financiados por el gobierno. También se encuentra disponible ayuda con la traducción de idiomas para resolver cualquier pregunta y ayudar a completar la Solicitud de Asistencia Financiera.



Un paciente puede proporcionar una Solicitud de Asistencia Financiera completa, incluida toda la documentación de respaldo solicitada, en cualquier momento. Providence suspenderá cualquier actividad de cobro en espera de una determinación inicial de elegibilidad para asistencia financiera, siempre que el paciente o su garante cooperen con los esfuerzos razonables de Providence para llegar a una determinación inicial.

La determinación de la elegibilidad para la asistencia financiera se puede hacer de acuerdo con las calificaciones de ingresos que se detallan en el Anexo B.

Situación financiera individual: Los ingresos, ciertos bienes y gastos del paciente se utilizarán para evaluar la situación financiera individual del mismo. Además, Providence considerará y recopilará información relacionada con los activos según lo exijan los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para el informe de costos de Medicare, lo que se aplica a pacientes de Medicare que tampoco tengan el seguro de Medicaid. Si bien Providence recopila información sobre los activos de dichas personas, que puede incluir extractos bancarios y otra información que los asesores financieros de Providence crean necesaria, no todos esos activos figurarán en el monto final de la asignación. Por ejemplo, el cálculo de la asignación no tendrá en cuenta: (A) los primeros \$100.000 de los activos monetarios de un paciente (incluido su patrimonio familiar, si corresponde) y el 50 % de los activos monetarios de un paciente sobre los primeros \$100.000 (incluido su patrimonio familiar, si corresponde); (B) cualquier capital en una residencia principal; (C) planes de jubilación o compensación diferida calificados bajo el Código de Rentas Internas o planes de compensación diferida no calificados; (D) un vehículo motorizado y un segundo vehículo motorizado si es necesario para fines laborales o médicos; (E) cualquier contrato de funeral o parcela de entierro prepago; y (F) cualquier póliza de seguro de vida con un valor nominal de \$10.000 o menos. El valor de cualquier activo que tenga penalización por retiro anticipado será el valor del activo después de que se haya pagado la penalización. Las solicitudes de información de Providence a la parte responsable para verificar los activos se limitarán a lo que sea razonablemente necesario y esté fácilmente disponible para determinar la existencia, disponibilidad y valor de los activos de una persona y no se utilizará para desalentar la solicitud de atención gratuita o con descuento. No se solicitarán formularios de verificación duplicados. Solo se requerirá un estado de cuenta corriente para verificar los activos monetarios.

Calificaciones de ingresos: Los ingresos del paciente, basados en el nivel federal de pobreza (FPL), se pueden utilizar para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Consulte el Anexo B para obtener más detalles.

Determinación de elegibilidad: Los pacientes recibirán una notificación de la determinación de elegibilidad de la FAP dentro de los 30 días posteriores a la presentación de la Solicitud de Asistencia Financiera completa y la documentación necesaria. La notificación incluirá específicamente una explicación del fundamento de la determinación. Una vez que se recibe una solicitud, los esfuerzos de cobro quedarán pendientes hasta que se envíe una determinación de elegibilidad por escrito al paciente. Providence no determinará la elegibilidad para recibir asistencia con base en información que el hospital crea razonablemente que es incorrecta o poco confiable.

Resolución de conflictos: Los pacientes que hayan completado una Solicitud de Asistencia Financiera pueden apelar una determinación de inelegibilidad para recibir asistencia financiera proporcionando la documentación adicional pertinente a Providence dentro de los 30 días posteriores a la recepción del aviso de denegación. Es posible que el paciente deba proporcionar documentación adicional pertinente para respaldar su apelación. Providence suspenderá cualquier actividad de cobro en espera de la revisión de la apelación. Se revisarán todas las apelaciones y, si la revisión confirma la denegación, se enviará una notificación por escrito al paciente y al Departamento de Salud del Estado, cuando sea necesario y de conformidad con la ley. El proceso de apelación final concluirá dentro de los 10 días posteriores a la recepción de la denegación por parte de Providence. Se puede enviar una apelación a Providence Regional Business Office, P.O. Box 31001-3422, Pasadena, CA 91110-3422 United States of America.

Asistencia financiera sin una solicitud: Providence puede aprobar un ajuste de caridad en el saldo de la cuenta de un paciente sin una Solicitud de Asistencia Financiera completa como se describe en las circunstancias a continuación:

- **Determinaciones presuntivas:** Tales determinaciones se harán sobre una base presuntiva utilizando una herramienta de evaluación financiera reconocida por la industria que evalúa la capacidad de pago sobre la base de los registros financieros u otros disponibles públicamente, incluyendo pero no limitado a los



ingresos aproximados del hogar y el tamaño del hogar de acuerdo con los criterios de elegibilidad establecidos en el Anexo B. Para los pacientes presuntamente elegibles para la condonación sobre la base de este examen, los importes elegibles se condonarán según se indica en el Anexo B. Los pacientes que hayan efectuado el pago antes de que Providence determine que el paciente es presuntamente elegible para recibir asistencia financiera pueden tener que presentar una Solicitud de Asistencia Financiera completa a fin de que se evalúe su elegibilidad para recibir reembolsos de los montos pagados previamente.

- **Programas de asistencia pública:** Los pacientes que participan en programas estatales de Medicaid pueden optar por la asistencia presuntiva. Los saldos de cuentas de pacientes resultantes de cargos por Servicios Elegibles que no son reembolsables por Medicaid u otros programas de asistencia de bajos ingresos patrocinados por el gobierno pueden ser elegibles para una condonación caritativa completa, incluyendo pero no limitado a cargos no reembolsables por Servicios Elegibles relacionados con lo siguiente:
 - Estancias de hospitalización denegadas
 - Días de hospitalización denegados
 - Servicios no cubiertos
 - Denegaciones de Solicitud de Autorización Previa
 - Denegaciones por cobertura restringida

En el caso de pacientes que participan en programas de asistencia pública financiados por el estado y calificados según el FPL (por ejemplo, el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional [SNAP]; el Programa de Asistencia Temporal de Alaska [ATAP]; el Programa de Seguro Médico para Niños [CHIP o Denali KidCare]; el Programa para Mujeres, Bebés y Niños [WIC]; programas de almuerzo o desayuno gratuitos; y programas de asistencia energética para hogares de bajos ingresos), Providence puede considerar dicha participación como prueba del FPL o ingreso familiar anual a fin de determinar la elegibilidad para recibir Asistencia Presuntiva conforme al Anexo B.

Gastos médicos catastróficos: Providence otorgará asistencia financiera a su discreción para conceder asistencia adicional basada en las circunstancias del paciente o en el caso de un gasto médico catastrófico que califique, si el ingreso familiar anual del paciente y el total de gastos médicos en los centros de Providence en los 12 meses anteriores cumplen con los requisitos especificados en el Anexo B. Se requiere una Solicitud de Asistencia Financiera completa para evaluar la elegibilidad para Gastos Médicos Catastróficos.

Tiempos de emergencia: La asistencia financiera estará a disposición en momentos de emergencia nacional o estatal, independientemente de la asistencia por gastos catastróficos. Los criterios de elegibilidad y los montos de descuento se establecerán a discreción de Providence en el momento de dicha emergencia. Se requiere una Solicitud de Asistencia Financiera completa para evaluar la elegibilidad para recibir asistencia financiera durante los tiempos de emergencia.

Requisitos de elegibilidad: Providence puede denegar la Solicitud de Asistencia Financiera de un paciente cuando este o un tercero responsable no cumplen con los requisitos descritos en esta política. Providence puede, de conformidad con la ley estatal, imponer requisitos de elegibilidad para determinaciones de asistencia financiera sin una solicitud, incluidos, entre otros, requisitos para que los pacientes respondan a solicitudes según sea necesario para que su aseguradora principal adjudique una reclamación de reembolso y para que proporcionen información sobre cualquier responsabilidad potencial de terceros por el costo de los servicios. Si un paciente no reúne los requisitos para recibir asistencia financiera sobre la base de la información considerada sin una Solicitud de Asistencia Financiera completa, el paciente puede proporcionar la información requerida de conformidad con la Solicitud de Asistencia Financiera y ser considerado bajo el proceso de elegibilidad y solicitud de asistencia financiera establecido en esta política.

Limitación de cargos para todos los pacientes elegibles para asistencia financiera: Ningún paciente que califique para cualquiera de las categorías de asistencia financiera antes mencionadas será responsable por un mayor porcentaje que el de los “Cantidades Generalmente Facturadas” (AGB) de los cargos brutos de Servicios Elegibles, como se define a continuación.



Plan de pago razonable: Todos los pacientes pueden solicitar un plan de pago, independientemente de la determinación o solicitud de asistencia financiera. El plan de pago razonable consistirá en pagos mensuales (sin intereses ni recargos por pagos atrasados) que no superen el 10 % de los ingresos mensuales de un paciente o su familia, sin incluir las deducciones por gastos básicos de subsistencia que el paciente indicó en su solicitud.

Facturación y cobros: Si queda algún monto por pagar después de aplicar la asistencia financiera elegible, los montos pueden remitirse a cobranzas, excepto que Providence no remitirá a cobranzas los montos por Servicios Elegibles prestados a los pacientes de Medicaid. Antes de derivar un cargo impago para su cobro a una agencia de cobranzas, Providence realizará una evaluación previa al cobro para determinar si el paciente reúne los requisitos para recibir asistencia presuntiva, tal como se describe en esta política. Los esfuerzos de cobro de saldos impagos cesarán hasta que se determine la elegibilidad de asistencia financiera. En caso de que una persona aún no haya presentado una Solicitud de Asistencia Financiera, Providence examinará a dichas personas para determinar su elegibilidad para determinaciones presuntivas en un plazo coherente con la ley estatal aplicable y las prácticas de facturación y cobro de Providence. La asistencia financiera basada en determinaciones presuntivas se proporcionará según lo establecido en el Anexo B. Si una persona desea una determinación más temprana de la elegibilidad para recibir asistencia financiera, puede presentar una Solicitud de Asistencia Financiera en cualquier momento. Providence no tomará, ni permitirá que las agencias de cobranza tomen ninguna acción extraordinaria de cobro, como se define a continuación. Para obtener información sobre las prácticas de facturación y cobro de los montos adeudados por los pacientes de Providence, consulte la política de Providence, que está disponible sin cargo en la mesa de registro de cada hospital de Providence, o en: www.providence.org/billing-support/understand-bill.

Reembolsos del paciente: Si un paciente paga por Servicios Elegibles y posteriormente se determina que califica para recibir asistencia financiera luego de haber completado una solicitud, cualquier pago realizado por esos Servicios Elegibles durante el Período de Tiempo Elegible para la FAP que excede la obligación de pago será reembolsado, de acuerdo con las regulaciones estatales y federales. Para mayor claridad, Providence no reembolsará automáticamente los importes abonados previamente sobre la base de una determinación de elegibilidad presuntiva.

Revisión anual: Esta política será revisada anualmente por los responsables designados del Ciclo de Ingresos.

EXCEPCIONES:

Ver la sección Alcance arriba.

DEFINICIONES:

Las siguientes definiciones y requisitos se aplican a esta política:

1. Nivel Federal de Pobreza (FPL): El FPL son las pautas de pobreza actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
2. Cantidad Generalmente Facturadas (AGB): Las cantidades generalmente facturadas por atención de emergencia y otra atención médica necesaria a pacientes que tienen seguro médico se denominan en esta política como AGB. Providence determina el porcentaje de AGB aplicables para cada centro de Providence multiplicando los cargos brutos del centro por los Servicios Elegibles por un porcentaje fijo que se basa en las reclamaciones permitidas por Medicare o los pagadores comerciales. Las hojas de información que detallan los porcentajes de AGB utilizados por cada centro de Providence y cómo se calculan se pueden obtener visitando el siguiente sitio web: www.providence.org/obp o llamando al 1-866-747-2455 para solicitar una copia.
3. Servicios Elegibles: Servicios Elegibles son los servicios de emergencia o servicios médicamente necesarios proporcionados por un centro de Providence que son elegibles para recibir asistencia financiera. Los servicios médicalemente necesarios, a los fines de esta política, incluyen servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o dolencia, o los síntomas de una enfermedad, lesión, afección o dolencia, y que cumplan con los estándares aceptados de medicina. Los servicios estéticos, cosméticos, experimentales, de investigación o parte de un programa de investigación clínica, o los servicios que son para la conveniencia del paciente o del médico, no se consideran servicios médicos necesarios.



4. Acción Extraordinaria de Cobro (ECA): Las ECA se definen como aquellas acciones que requieren un proceso legal o judicial, implican la venta de una deuda a otra parte o implican la comunicación de información adversa a agencias u oficinas de crédito. Las acciones que requieren proceso legal o judicial para este fin incluyen el derecho de retención; la ejecución hipotecaria de bienes inmuebles; el embargo o incautación de una cuenta bancaria u otra propiedad personal; el inicio de una acción civil contra un individuo; acciones que causan el arresto de una persona; acciones que hacen que una persona esté sujeta a detención por incumplimiento de una orden judicial y el embargo de salarios.
5. Período de tiempo elegible para la FAP: El período de tiempo elegible para la FAP para (i) servicios hospitalarios es de 240 días; y para (ii) servicios clínicos de 90 días, en los casos en que el paciente tenga que presentar una Solicitud de Asistencia Financiera a Providence. El período comienza en la fecha en que se proporciona al paciente el primer estado de cuenta posterior al alta. Un estado de cuenta se considera “posterior al alta” si se proporciona a un paciente después de que recibió atención, ya sea hospitalaria o ambulatoria, y la persona ha abandonado el centro. Un período de tiempo elegible para la FAP separado comienza con cada episodio de atención, y el período de 240 días para servicios hospitalarios o el de 90 días para servicios clínicos, según corresponda, se medirá a partir de la primera factura posterior al alta del episodio más reciente de atención. Dicho esto, Providence tiene la discreción de aceptar y procesar Solicitudes de Asistencia Financiera de pacientes en cualquier momento.

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 and 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>



Anexo A – Lista de centros cubiertos

Hospitales de Providence en Alaska	
Providence Alaska Medical Center	Providence Kodiak Island Medical Center
St. Elias Specialty Hospital	

Para mayor claridad, esta política también se aplica a todos los departamentos y clínicas para pacientes hospitalizados y ambulatorios de las instalaciones cubiertas. Además, se aplica a los empleados de los centros cubiertos, así como a cualquier entidad sin fines de lucro de propiedad mayoritaria o controlada por Providence y que lleve el nombre de Providence y sus respectivos empleados.



Anexo B: Calificaciones de ingresos para los hospitales de Providence en Alaska

Si...	Entonces...
El ingreso familiar anual, ajustado según el tamaño de la familia, es igual o inferior al 300 % de las pautas actuales de la FPL,	Se determina que el paciente es económicamente indigente y califica para asistencia financiera con 100 % de condonación de los montos de responsabilidad del paciente.
El ingreso familiar anual, ajustado según el tamaño de la familia está entre el 301 y 350 % de las pautas actuales,	El paciente es elegible para un descuento del 84 % de los cargos originales sobre los montos de responsabilidad del paciente por los Servicios Elegibles, y en ningún caso se le cobrará más de los AGB.
Los ingresos familiares anuales, ajustados en función del tamaño de la familia, son iguales o inferiores al 350 % del FPL <u>Y ADEMÁS</u> el paciente ha incurrido en gastos médicos totales en los hospitales Providence en los 12 meses anteriores superiores al 20 % de sus ingresos familiares anuales, ajustados en función del tamaño de la familia, por Servicios Elegibles,	El paciente es elegible para una condonación única de asistencia financiera para gastos médicos catastróficos del 100 % de los montos de responsabilidad del paciente por Servicios Elegibles adeudados a partir de la fecha en que se presentó la Solicitud de Asistencia Financiera.
Si un paciente no ha presentado una Solicitud de Asistencia Financiera completa, tal y como se indica en esta política, pero el análisis realizado por una herramienta de evaluación financiera reconocida por el sector estima que los ingresos aproximados del hogar, ajustados en función del tamaño de la familia, son iguales o inferiores al 300 % de las pautas actuales del FPL,	El paciente tiene derecho a una condonación caritativa presuntiva del 100 % de los importes de responsabilidad del paciente por los Servicios Admisibles.