



Asunto: Política de Asistencia Financiera de Providence (Charity Care) – California	Número de registro: PSJH RCM 002 CAL	
Departamento: Revenue Cycle Management	<input type="checkbox"/> Nuevo <input checked="" type="checkbox"/> Revisado <input type="checkbox"/> Revisado	Fecha: 1/1/2022
Patrocinador Ejecutivo: Kimberly Sullivan, vicepresidenta sénior del ciclo de ingresos	Propietario de la póliza: Director Ejecutivo, Asesoría Financiera	
Aprobado por: Junta Directiva de Providence	Fecha de vigencia: 12/1/2021	

Providence es una organización católica de atención médica sin fines de lucro guiada por un compromiso con su Misión de servir a todos, especialmente a aquellos que son pobres y vulnerables, por sus Valores Fundamentales de compasión, dignidad, justicia, excelencia e integridad, y por la creencia de que la atención médica es un derecho humano. Es la filosofía y la práctica de cada hospital de Providence que los servicios de atención médica emergentes y médicamente necesarios estén disponibles para aquellos en las comunidades a las que servimos, independientemente de su capacidad de pago.

ALCANCE:

Esta política se aplica a todos los hospitales de Providence –California ("Providence") en los condados de Los Ángeles, Orange, High Desert, Humboldt, Sonoma y Napa en el estado de California, y a todos los servicios de emergencia, urgentes y otros servicios médicamente necesarios proporcionados por los hospitales Providence y NorCal Health Connect en California (con excepción de la atención experimental o de investigación). Se puede encontrar una lista de los hospitales de Providence cubiertos por esta póliza en la Lista de instalaciones cubiertas del Anexo A.

Esta política se interpretará de manera consistente con la Sección 501 (r) del Código de Rentas Internas de 1986, según enmendada, y, con respecto a los Hospitales Providence en California, las Políticas de Precios Justos para Hospitales descritas en el Código de Salud y Seguridad de California (Secciones 127400-127446). En caso de conflicto entre las disposiciones de dichas leyes y esta política, dichas leyes serán de control.

PROPÓSITO:

El propósito de esta política es garantizar un método justo, no discriminatorio, efectivo y uniforme para la provisión de Asistencia Financiera (atención de caridad) a personas elegibles que no pueden pagar en su totalidad o en parte por los servicios de emergencia médicamente necesarios y otros servicios hospitalarios proporcionados por los hospitales de Providence.

La intención de esta política es cumplir con todas las leyes federales, estatales y locales. Esta política y los programas de asistencia financiera en este documento constituyen la Política de Asistencia Financiera ('FAP') oficial y la Política de Atención Médica de Emergencia para cada hospital propiedad, arrendado u operado por Providence.

POLÍTICA:

Providence proporcionará servicios hospitalarios gratuitos o con descuento a pacientes calificados de bajos ingresos, sin seguro y con seguro insuficiente y pacientes con altos costos médicos como los que están en o por debajo del 400 por ciento del FPL, cuando la capacidad de pagar por los servicios es una barrera para acceder a



la atención de emergencia médicamente necesaria y otros cuidados hospitalarios y no se ha identificado una fuente alternativa de cobertura. Los pacientes deben cumplir con los requisitos de elegibilidad descritos en esta política para calificar.

Los hospitales de Providence con departamentos de emergencia dedicados proporcionarán, sin discriminación, atención para afecciones médicas de emergencia (dentro del significado de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo) de acuerdo con las capacidades disponibles, independientemente de si una persona es elegible para recibir asistencia financiera. Providence no discriminará por motivos de edad, raza, color, credo, etnia, religión, origen nacional, estado civil, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad, estado de veterano o militar, o cualquier otra base prohibida por la ley federal, estatal o local al tomar determinaciones de asistencia financiera.

Los hospitales de Providence proporcionarán exámenes de detección médica de emergencia y tratamiento estabilizador, o referirán y transferirán a una persona si dicha transferencia es apropiada de acuerdo con 42 C.F.R 482.55. Providence prohíbe cualquier acción, práctica de admisión o política que desanime a las personas a buscar atención médica de emergencia, como permitir actividades de cobro de deudas que interfieran con la prestación de atención médica de emergencia.

Lista de profesionales sujetos a Providence FAP: Cada hospital de Providence identificará específicamente una lista de aquellos médicos, grupos médicos u otros profesionales que brindan servicios que están y que no están cubiertos por esta póliza. Los médicos de la sala de emergencias que brindan servicios médicos de emergencia a pacientes en los hospitales de Providence California están obligados por la ley de California a proporcionar descuentos a pacientes sin seguro o pacientes con altos costos médicos (según lo definido por las Políticas de Precios Justos del Hospital descritas en el Código de Salud y Seguridad de California (Secciones 127400-127446)) que están en o por debajo del 400% del FPL. Cada hospital de Providence proporcionará esta lista a cualquier paciente que solicite una copia. La lista de proveedores también se puede encontrar en línea en los sitios web de Providence:

www.providence.org.

Requisitos de elegibilidad de asistencia financiera: La asistencia financiera está disponible tanto para pacientes sin seguro como asegurados y garantes cuando dicha asistencia sea consistente con esta política y las leyes federales y estatales que rigen los beneficios permisibles para los pacientes. Los hospitales de Providence harán un esfuerzo razonable para determinar la existencia o inexistencia de cobertura de terceros que pueda estar disponible, en su totalidad o en parte, para la atención proporcionada por los hospitales de Providence, antes de dirigir cualquier esfuerzo de recolección en el paciente. Los pacientes sin seguro pueden recibir un descuento sin seguro. Los saldos elegibles de Asistencia Financiera incluyen, entre otros, lo siguiente: Autopago, cargos para pacientes con cobertura de una entidad sin una relación contractual, coseguro, deducible y montos de copago relacionados con pacientes asegurados. Los montos de deducible y coseguro reclamados como una deuda incobrable de Medicare se excluirán de la notificación de la atención de caridad.

Los pacientes que buscan asistencia financiera deben completar la solicitud estándar de asistencia financiera de Providence y la elegibilidad se basará en la necesidad financiera en ese momento. Se harán esfuerzos razonables para notificar e informar a los pacientes de 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, en el sitio web del hospital Providence, mediante notificación oral durante las discusiones de pago, así como en la señalización en áreas de hospitalización y pacientes ambulatorios de alto volumen, como la admisión y el departamento de emergencias. Providence retendrá la información utilizada para determinar la elegibilidad de acuerdo con sus políticas de mantenimiento de registros.

Solicitud de Asistencia Financiera: Los pacientes o garantes pueden solicitar y presentar una Solicitud de Asistencia Financiera, que es gratuita y está disponible en el ministerio de Providence o por los siguientes medios: informando al personal de servicios financieros del paciente en o antes del momento del alta que la asistencia se solicita y se presenta con la documentación completa; por correo, o visitando www.providence.org, descargando y presentando la solicitud completa con documentación. Una persona que solicite asistencia financiera recibirá una evaluación preliminar, que incluirá una revisión de si el paciente se ha agotado o no es elegible para ninguna fuente de pago de terceros.

Cada hospital de Providence pondrá a disposición personal designado para ayudar a los pacientes a completar la Solicitud de Asistencia Financiera y determinar la elegibilidad para la asistencia financiera de Providence o la asistencia financiera de los programas de seguro financiados por el gobierno, si corresponde. Los servicios de interpretación están disponibles para abordar cualquier pregunta o inquietud y para ayudar a completar la Solicitud de Asistencia Financiera.

Un paciente o garante que pueda ser elegible para solicitar asistencia financiera puede proporcionar documentación suficiente a Providence para respaldar la determinación de elegibilidad en cualquier momento al enterarse de que los ingresos de una parte caen por debajo del FPL mínimo según las regulaciones federales y estatales pertinentes.

Situación financiera individual: Los ingresos, los activos monetarios y los gastos del paciente se utilizarán para evaluar la situación financiera individual del paciente. Los activos monetarios no incluirán planes de jubilación o compensación diferida calificados bajo el Código de Rentas Internas ni planes de compensación diferida no calificados.

Requisitos de ingresos: Los criterios de ingresos, basados en el Nivel Federal de Pobreza (FPL), se pueden usar para determinar la elegibilidad para la atención gratuita o con descuento. Consulte el Anexo B para obtener más detalles.

Determinaciones y aprobaciones: Los pacientes recibirán una notificación de la determinación de elegibilidad de FAP dentro de los 30 días posteriores a la presentación de la solicitud de Asistencia Financiera completa y la documentación necesaria. Una vez que se recibe una solicitud, los esfuerzos extraordinarios de cobranza se mantendrán hasta que se envíe una determinación por escrito de elegibilidad al paciente. El hospital no hará una determinación de elegibilidad para la asistencia basada en información que el hospital crea que es incorrecta o poco confiable.

Resolución de disputas: El paciente puede apelar una determinación de inelegibilidad para asistencia financiera proporcionando documentación adicional relevante a Providence dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la notificación de denegación. Todas las apelaciones serán revisadas y si la revisión confirma la denegación, se enviará una notificación por escrito al garante y al Departamento de Salud del Estado, cuando sea necesario, y de acuerdo 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 3268, Portland, OR 97208-3395.

Caridad presunta: Providence puede aprobar a un paciente para un ajuste de caridad al saldo de su cuenta por medios que no sean una solicitud completa de Asistencia Financiera. Dichas determinaciones se harán sobre una base presuntiva utilizando una herramienta de evaluación financiera reconocida por la industria que evalúa la capacidad de pago en función de los registros financieros o de otro tipo disponibles públicamente, incluidos, entre otros, los ingresos del hogar, el tamaño del hogar y el historial de crédito y pago.

Otras circunstancias especiales: Los pacientes que son elegibles para programas calificados por FPL como Medicaid, MediCal y otros programas de asistencia de bajos ingresos patrocinados por el gobierno, se consideran indigentes. Por lo tanto, estos pacientes son elegibles para asistencia financiera cuando los programas niegan el pago y luego consideran que los cargos se pueden facturar al paciente. Los saldos de las cuentas de los pacientes resultantes de cargos no reembolsados son elegibles para la cancelación completa de la caridad. Incluyendo, pero no limitado a servicios médicamente necesarios relacionados con lo siguiente:

1. Hospitalización denegada
2. Días de atención hospitalaria denegados
3. Servicios no cubiertos
4. Denegaciones de solicitud de autorización de tratamiento (TAR)
5. Denegaciones debido a la cobertura restringida

Gastos médicos catastróficos: Providence, a su discreción, puede otorgar caridad en caso de un gasto médico catastrófico. Estos pacientes serán atendidos de forma individual.

Tiempos de emergencia: La asistencia financiera puede estar disponible a discreción de Providence en tiempos de una emergencia nacional o estatal, independientemente de la asistencia para gastos catastróficos.

Limitación de cargos para todos los pacientes elegibles para asistencia financiera: Ningún paciente que califique para cualquiera de las categorías de asistencia mencionadas anteriormente será personalmente responsable de más del porcentaje de "Montos generalmente facturados" (AGB) de cargos brutos, como se define a continuación.

Plan de pago razonable: Una vez que un paciente es aprobado para asistencia financiera parcial, pero aún tiene un saldo adeudado, Providence negociará un acuerdo de plan de pago. El plan de pago razonable consistirá en pagos mensuales que no sean más del 10 por ciento de los ingresos mensuales de un paciente o familia, excluyendo las deducciones por Gastos Esenciales de Vida que el paciente enumeró en su solicitud de asistencia financiera. Los planes de pago estarán libres de intereses. Los plazos de los planes de pago se extenderán para los pacientes con apelaciones de cobertura pendientes.

Facturación y Cobros: Cualquier saldo impago adeudado por pacientes o garantes después de la aplicación de los descuentos disponibles, si los hubiera, puede ser referido a cobros. Los esfuerzos de cobro de saldos impagos cesarán hasta que se deba la determinación final de la elegibilidad para el FAP. Providence no realiza, permite o permite que las agencias de cobranza realicen ninguna acción extraordinaria de cobranza antes de: (a) hacer un esfuerzo razonable para determinar si el paciente califica para recibir asistencia financiera; o (b) 180 días después de que se envíe la primera declaración del paciente. Para obtener información sobre las prácticas de facturación y cobros de Providence para los montos adeudados por los pacientes, consulte la política del hospital de Providence, que está disponible de forma gratuita en el mostrador de registro de cada hospital de Providence, o en: www.providence.org.

Reembolsos de pacientes: En el caso de que un paciente o garante haya realizado un pago por los servicios y posteriormente se determine que es elegible para atención gratuita o con descuento, se reembolsarán todos los pagos realizados relacionados con esos servicios durante el período de tiempo elegible para FAP que excedan la obligación de pago, de acuerdo con las regulaciones estatales.

Revisión anual: Esta Política de Asistencia Financiera de Providence (Cuidado de Caridad) será revisada anualmente por el liderazgo designado del Ciclo de Ingresos.

EXCEPCIONES:

Véase Alcance más arriba.

DEFINICIONES:

A los efectos de esta política, se aplican las siguientes definiciones y requisitos:

1. Nivel Federal de Pobreza (FPL): FPL significa las pautas de pobreza actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
2. Montos generalmente facturados (AGB): Los montos generalmente facturados por atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios para que los pacientes tengan seguro de salud se conocen en la póliza como AGB. Providence Southern California y Providence Northern California, excepto Healdsburg, utilizan el AGB de revisión que se determina multiplicando los cargos brutos del hospital por cualquier emergencia o atención médicamente necesaria por un porcentaje fijo que se basa en las reclamaciones permitidas por Medicare. Healdsburg utilizará el método prospectivo de Medicare para determinar AGB. El AGB prospectivo es igual a la cantidad que sería reembolsada por la tarifa por servicio de Medicare, más la cantidad que el paciente sería responsable de pagar en forma de copagos, coseguros y deducibles, si él o ella fuera un beneficiario de Medicare en el momento del servicio. Las hojas de información que detallan los porcentajes de AGB utilizados por cada hospital de Providence, y cómo se calculan, se pueden obtener visitando el siguiente sitio web: www.providence.org o llamando al 1-866-747-2455 para solicitar una copia.
3. 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 la notificación de información adversa a agencias o agencias de crédito. Las acciones que requieren un proceso legal o judicial para este propósito incluyen un gravamen; ejecución hipotecaria de bienes inmuebles; embargo o incautación de una cuenta bancaria u otros bienes personales; el inicio de una acción civil contra un individuo; acciones que causan el arresto de un individuo; acciones que hacen que un individuo esté sujeto al apego corporal; y el embargo de salarios.
4. Altos costos médicos: Los costos médicos altos son aquellos según lo definido por las Políticas de Precios Justos del Hospital - Código de Salud y Seguridad de California (Secciones 127400-127446), que son: (1) costos anuales de bolsillo incurridos por el individuo en el hospital de Providence que exceden el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente en los 12 meses anteriores, (2) gastos anuales de bolsillo que exceden el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos del paciente pagados por el paciente o la familia del paciente en los 12 meses anteriores, o (3) un nivel inferior determinado por el hospital de Providence de acuerdo con la política de atención de caridad del hospital de Providence.



REFERENCIAS:

<i>Internal Revenue Code Section 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)</i>
<i>California Health and Safety Codes section 127000 -127446</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>California Hospital Association Charity Guidelines</i>
<i>California Alliance on Catholic Healthcare Charitable Services 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 instalaciones cubiertas

Providence Hospitals in Southern California	
Providence Saint Joseph Medical Center	Providence Holy Cross Medical Center
Providence Little Company of Mary Medical Center San Pedro	Providence Saint John’s Health Center
Providence Cedars-Sinai Tarzana Medical Center	Providence Little Company of Mary Medical Center Torrance
Providence St. Joseph Hospital Orange	Providence St. Jude Medical Center
Providence St. Mary Medical Center	Providence Mission Hospital Laguna Beach
Providence Mission Hospital Mission Viejo	

Providence Hospitals in Northern California	
Providence St. Joseph Hospital	Providence Redwood Memorial Hospital
Providence Santa Rosa Memorial Hospital	Providence Queen of the Valley Medical Center

NorCal Health Connect Hospitals	
Petaluma Valley Hospital	Healdsburg Hospital



Anexo B - Calificaciones de ingresos para hospitales Providence en el sur de California

Si...	Entonces...
El ingreso familiar anual, ajustado por el tamaño de la familia, es igual o inferior al 300% de las pautas actuales de FPL,	Se determina que el paciente es financieramente indigente y califica para asistencia financiera 100% de cancelación en los montos de responsabilidad del paciente.
El ingreso familiar anual, ajustado por el tamaño de la familia, está entre el 301% y el 400% de las directrices actuales del PM,	El paciente es elegible para un descuento del 81% de los cargos originales sobre los montos de responsabilidad del paciente.
Si el ingreso familiar anual, ajustado por el tamaño de la familia, es igual o inferior al 400%, el FPL <u>Y</u> el paciente ha incurrido en gastos médicos totales en los hospitales de Providence en los 12 meses anteriores que exceden el 20% de su ingreso familiar anual, ajustado por el tamaño de la familia, para servicios sujetos a esta política,	El paciente es elegible para un beneficio de caridad del 100% en cantidades de responsabilidad del paciente.

Calificaciones de ingresos para los hospitales Providence en el norte de California y los hospitales NorCal Health Connect en el norte de California

Si...	Entonces...
El ingreso familiar anual, ajustado por el tamaño de la familia, es igual o inferior al 300% de las pautas actuales de FPL,	Se determina que el paciente es financieramente indigente y califica para asistencia financiera 100% de cancelación en los montos de responsabilidad del paciente.
El ingreso familiar anual, ajustado por el tamaño de la familia, está entre el 301% y el 400% de las directrices actuales del PM,	El paciente es elegible para un descuento del 80% de los cargos originales sobre los montos de responsabilidad del paciente.
Si el ingreso familiar anual, ajustado por el tamaño de la familia, es igual o inferior al 400%, el FPL <u>Y</u> el paciente ha incurrido en gastos médicos totales en los hospitales de Providence en los 12 meses anteriores que exceden el 20% de su ingreso familiar anual, ajustado por el tamaño de la familia, para servicios sujetos a esta política,	El paciente es elegible para un beneficio de caridad del 100% en cantidades de responsabilidad del paciente.