



as

<b>Asunto: Política de Asistencia Financiera (Atención Caritativa) de Providence: Washington</b>	<b>Número de Política:</b> PSJH RCM 002 WA	
<b>Departamento:</b> Gestión del Ciclo de Ingresos	<input checked="" type="checkbox"/> Revisado <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Revisado	<b>Fecha:</b> 16/2/2023
<b>Patrocinador Ejecutivo:</b> Vicepresidente Sénior y Director del Ciclo de Ingresos	<b>Propietario de la Política:</b> Director Ejecutivo Asesoramiento Financiero	
<b>Aprobado por:</b> Vicepresidente Sénior y Director del Ciclo de Ingresos	<b>Fecha de Implementación:</b> 1/4/2023	

Providence es una Organización de atención médica católica sin fines de lucro guiada por el compromiso con su Misión de servir a todos, especialmente a los pobres y vulnerables, por sus Valores Fundamentales de compasión, dignidad, justicia, excelencia e integridad, y por la creencia que la salud 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 fácilmente disponibles para aquellos en las comunidades a las que servimos, independientemente de su capacidad de pago.

**ALCANCE:**

Esta política se aplica a los hospitales de Providence Washington (“Providence”) en el estado de Washington, y a todos los servicios de emergencia, urgencia y otros servicios médicamente necesarios proporcionados por los hospitales de Providence en Washington (con excepción de la atención experimental de investigación o electiva). Puede encontrar una lista y una explicación más detallada de los hospitales de Providence y las instalaciones relacionadas cubiertos por esta política en el Anexo A Lista de Instalaciones Cubiertas. Cuando usamos la palabra “hospital” en esta política, nos referimos al alcance de las instalaciones descritas en el Anexo A.

Esta política se interpretará de manera consistente con la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986, enmendado, y con el Capítulo 70.170.060 del Código de Washington Revisado, enmendado. En caso de conflicto entre las disposiciones de dichas leyes y esta política, dichas leyes prevalecerán.

**OBJETIVO:**

El objetivo de esta política es garantizar un método justo, no discriminatorio, efectivo y uniforme para la prestación de asistencia financiera (atención caritativa) a las personas elegibles que no pueden pagar total o parcialmente 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 incluidos en el presente constituyen la Política



de Asistencia Financiera (FAP) y la Política de Atención Médica de Emergencia oficial para cada hospital propiedad de, arrendado u operado por Providence.

**PERSONAS RESPONSABLES:**

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

**POLÍTICA:**

Providence brindará servicios hospitalarios gratuitos o con descuento a pacientes calificados de bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente que estén en el 400% o menos del FPL cuando la capacidad de pago de los servicios sea una barrera para acceder a servicios de emergencia médicamente necesarios y otra atención hospitalaria y no se ha identificado ninguna 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 brindarán, sin discriminación, atención para condiciones médicas de emergencia (dentro del significado de la Ley de Trabajo y Tratamiento Médico de Emergencia y el Capítulo 246-453-010 del Código Administrativo de Washington) 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, nacionalidad, estado civil, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad, condición de veterano o militar, o cualquier otro motivo prohibido por las leyes federales, estatales o locales al tomar determinaciones de asistencia financiera.

Los hospitales de Providence con departamentos de emergencia dedicados brindarán exámenes de detección médica de emergencia y tratamiento de estabilización o referirán y transferirán a una persona si dicha transferencia es apropiada de acuerdo con 42 C.F.R 482.55 y RCW § 70.170.060. 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 con la provisión de atención médica de emergencia.

**Listado de Profesionales Sujetos a Providence FAP:** Cada hospital de Providence identificará específicamente una lista de los médicos, grupos médicos u otros profesionales que brindan servicios que están y no están cubiertos por esta política. 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 el sitio web de Providence: [www.providence.org/obp](http://www.providence.org/obp).

**Requisitos de Elegibilidad para Asistencia Financiera:** La asistencia financiera está disponible para los pacientes y garantes sin y con seguro cuando dicha asistencia sea consistente con esta política y las leyes federales y estatales que rigen los beneficios permitidos 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, o el estatuto de patrocinador de la atención caritativa, para la atención brindada por



los hospitales de Providence, antes de dirigir cualquier esfuerzo de cobro al paciente.

Cuando un paciente o su garante pueden ser elegibles para cobertura a través de programas de asistencia médica en virtud del capítulo 74.09 RCW o el intercambio de beneficios de salud de Washington, o se determina que califican para cobertura de atención médica retroactiva a través de los programas de asistencia médica en virtud del capítulo 74.09 RCW, los hospitales de Providence proporcionarán asistencia al paciente o garante para solicitar dicha cobertura. Se puede denegar la asistencia financiera si el paciente o su garante no hacen los esfuerzos razonables para cooperar y ayudar a los hospitales de Providence a solicitar dicha cobertura. Los hospitales de Providence no impondrán cargas irrazonables al paciente o garante durante el proceso de solicitud de asistencia financiera y cobertura retroactiva, teniendo en cuenta cualquier deficiencia física, mental, intelectual o sensorial, o las barreras del idioma que puedan obstaculizar la capacidad de la parte responsable para cumplir con procedimientos de solicitud. Los pacientes que obviamente o categóricamente no sean elegibles o que hayan sido considerados no elegibles en los 12 meses anteriores para un programa estatal o federal no estarán obligados a solicitar dichos programas para recibir asistencia financiera.

Los pacientes sin seguro pueden recibir un descuento para personas sin seguro antes de la verificación de elegibilidad para asistencia financiera. Los saldos de asistencia financiera elegibles incluyen, entre otros, los siguientes: pacientes sin seguro o con pago por cuenta propia, cargos para pacientes sin seguro con cobertura de una entidad sin una relación contractual, montos de coseguro, deducible y copago relacionados con pacientes asegurados. Los montos de deducibles y coseguros reclamados como una deuda incobrable de Medicare se excluirán del informe de atención caritativa.

Los pacientes que buscan asistencia financiera deben completar la Solicitud de Asistencia Financiera de Providence estándar y la elegibilidad se basará en la necesidad financiera a la fecha del servicio o a la fecha de la solicitud, lo que indique la menor cantidad de ingresos y la mayor necesidad financiera. Los pacientes pueden volver a solicitar asistencia si sus circunstancias financieras cambian, incluso si una solicitud anterior fue denegada o aprobada en parte. Se realizarán esfuerzos razonables para notificar e informar a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera proporcionando información durante la admisión y el alta, en notificaciones por escrito sobre facturación o cobros, en áreas de facturación o servicios financieros accesibles a los pacientes, en el sitio web del hospital, mediante notificación oral durante los debates de pago, así como en la señalización en las áreas de pacientes hospitalizados y ambulatorios, incluidas las áreas donde los pacientes son admitidos o registrados y en el departamento de emergencias. Las traducciones estarán disponibles en cualquier idioma hablado por más del diez por ciento de la población en el área de servicio del hospital. Providence conservará la información utilizada para determinar la elegibilidad de acuerdo con sus prácticas 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 se solicita la asistencia y se envía con documentación completa; por correo, o visitando [www.providence.org/obp](http://www.providence.org/obp), descargando y enviando la solicitud completa con la documentación. A una persona que solicite asistencia financiera se le realizará una



evaluación preliminar, que incluirá una revisión de si el paciente ha agotado o no es elegible para fuentes de pago de terceros y si puede cumplir con los criterios para la atención caritativa.

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 seguros financiados por el gobierno, si corresponde. Los servicios de interpretación están disponibles para responder 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 sus ingresos están por debajo del Nivel Federal de Pobreza (FPL) mínimo según las regulaciones Federales y Estatales pertinentes. 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.

Providence reconoce que se puede hacer una determinación de elegibilidad de asistencia financiera o descuento en cualquier momento al enterarse de que los ingresos de una de las partes están por debajo del 400% del estándar federal de pobreza, ajustado por el tamaño de la familia. Además, Providence puede optar por otorgar asistencia financiera únicamente en función de una determinación inicial del estado del paciente como persona indigente. En estos casos, es posible que no se requiera documentación.

**Situación Financiera Individual:** Los ingresos, ciertos bienes y gastos del paciente se utilizarán para evaluar la situación financiera individual del paciente. 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. Los activos considerados al hacer una determinación de elegibilidad para asistencia financiera no incluirán: (A) para una sola persona, los primeros \$100.000 de los activos monetarios de un paciente y el 50% de los activos monetarios de un paciente sobre los primeros \$100.000; (B) para una familia de dos o más, los primeros \$100.000 de los activos monetarios de la familia y el 50% de los activos monetarios de la familia sobre los primeros \$100.000; (C) cualquier capital en una residencia principal; (D) planes de jubilación o compensación diferida calificados bajo el Código de Rentas Internas o planes de compensación diferida no calificados; (E) un vehículo motorizado y un segundo vehículo motorizado si es necesario para fines laborales o médicos; (F) cualquier contrato de funeral o lote de entierro prepago; y (G) 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. Si no hay documentación disponible, Providence se basará en una declaración escrita y firmada por la parte responsable. Cualquier información de activos obtenida por el hospital al evaluar a un paciente para atención caritativa no se utilizará para actividades de cobro y los activos no se considerarán para hogares por debajo del 300% del nivel federal de pobreza.

**Calificaciones de Ingresos:** Los criterios de ingresos, basados en el FPL, se usarán para determinar la elegibilidad para recibir 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 14 días posteriores a la presentación de la Solicitud de Asistencia Financiera completa y la documentación necesaria. Cualquier determinación de inelegibilidad incluirá una explicación de los motivos para la denegación. 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. El hospital no determinará la elegibilidad para recibir asistencia en base a información que el hospital crea razonablemente que es incorrecta o poco confiable.

**Resolución de Conflictos:** El paciente puede apelar una determinación de inelegibilidad para recibir asistencia financiera proporcionando la documentación adicional pertinente al hospital 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 garante 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 del hospital. Se puede enviar una apelación a Providence Regional Business Office, apartado postal 3268, Portland, OR 97208-3395.

**Presunta Caridad:** Providence puede aprobar a un paciente para un ajuste de caridad en el saldo de su cuenta por distintos medios a una Solicitud de Asistencia Financiera completa. Dichas determinaciones se realizarán 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 u otros registros disponibles públicamente, incluidos, entre otros, los ingresos del hogar, el tamaño del hogar y el historial crediticio y de pago.

**Otras Circunstancias Especiales:** Los pacientes que son elegibles para programas calificados por FPL, como Medicaid y otros programas de asistencia para personas de bajos ingresos patrocinados por el gobierno, también pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera. Los saldos de las cuentas de los pacientes resultantes de cargos que no son reembolsables por Medicaid y otros programas de asistencia para personas de bajos ingresos patrocinados por el gobierno pueden ser elegibles para la cancelación total o parcial de caridad, incluidos, entre otros, cargos no reembolsables por servicios médicamente necesarios relacionados con la siguiente:

- Estancias de hospitalización denegadas



- Días de hospitalización denegados
- Servicios no cubiertos
- Denegaciones de Autorización de Tratamiento Previo
- Denegaciones por cobertura restringida

**Gastos Médicos de Urgencia:** Providence, a su discreción, puede otorgar caridad en caso de un gasto médico de urgencia. Estos pacientes serán tratados 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 antes mencionadas será personalmente responsable por más del porcentaje de los Montos Generalmente Facturados (AGB) de los cargos brutos, como se define a continuación.

**Plan de Pago Razonable:** Una vez que se aprueba la asistencia financiera parcial de un paciente, pero todavía tiene un saldo adeudado, Providence negociará un acuerdo de plan de pago. El plan de pago razonable consistirá en pagos mensuales (sin intereses ni recargos por pagos atrasados) que no superen el 10 por ciento 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 de Asistencia Financiera.

**Facturación y Cobros:** Los saldos impagos adeudados por los pacientes o garantes después de la aplicación de los descuentos disponibles, si los hubiere, podrán ser referidos a cobranzas. Los esfuerzos de cobro de saldos impagos cesarán hasta que se determine la elegibilidad de FAP. Providence no realiza, permite ni permite que las agencias de cobro realicen acciones extraordinarias de cobro. Para obtener información sobre las prácticas de facturación y cobro de los montos adeudados por los pacientes de Providence, consulte la política del Hospital de Providence, que está disponible sin cargo en la mesa de registro de cada hospital de Providence, o en: [www.providence.org/obp](http://www.providence.org/obp).

**Reembolsos del Paciente:** En caso de que un paciente o garante haya realizado un pago por los servicios y posteriormente se determine que es elegible para recibir atención gratuita o con descuento, se reembolsará cualquier pago realizado relacionado con esos servicios durante el período de tiempo elegible para FAP que exceda la obligación de pago, de acuerdo con las regulaciones estatales.

**Revisión Anual:** Esta Política de Asistencia Financiera de Providence (Atención Caritativa) será revisada anualmente por el liderazgo designado del Ciclo de Ingresos.

**EXCEPCIONES:**

Ver Alcance 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. Cantidades Generalmente Facturadas (AGB): Las cantidades generalmente facturadas por atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria a pacientes que tienen seguro médico se denominan en esta política como AGB. Providence determina el porcentaje AGB aplicable para cada hospital de Providence multiplicando los cargos brutos del hospital por cualquier atención de emergencia o médicamente necesaria por un porcentaje fijo que se basa en los reclamos permitidos por Medicare y los pagadores comerciales. 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/obp](http://www.providence.org/obp) 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, involucran la venta de una deuda a otra parte o el reporte de información adversa a las agencias o agencias de crédito. Las acciones que requieren proceso legal o judicial para este fin incluyen el gravamen; ejecución hipotecaria de bienes inmuebles; embargo o incautación de una cuenta bancaria u otra propiedad personal; inicio de una acción civil contra un individuo; acciones que causan el arresto de una persona; acciones que hacen que una persona esté sujeta al apego corporal; 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>Washington Administrative Code (WAC) Chapter 246-453</i>
<i>Revised Code of Washington (RCW) Chapter 70.170.060</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 Instalaciones Cubiertas**

<b>Hospitales de Providence en Washington</b>	
Providence Centralia Hospital	Providence St. Joseph's Hospital
Providence Mount Carmel Hospital	Providence Regional Medical Center Everett
Providence St. Peter Hospital	Providence Sacred Heart Medical Center and Children's Hospital
Providence Holy Family Hospital	Providence St. Mary Medical Center

Para mayor claridad, esta política también se aplica a todos los departamentos y clínicas para pacientes hospitalizados y ambulatorios de las instalaciones cubiertas. Además, esta política se aplica a los empleados de las instalaciones cubiertas, 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 Washington

<b>Si...</b>	<b>Entonces...</b>
El ingreso familiar anual, ajustado según el tamaño de la familia, es igual o inferior al 300% de las pautas actuales de FPL,	Se determina que el paciente es económicamente indigente y califica para asistencia financiera 100% de cancelación de los montos de responsabilidad del paciente.
El ingreso familiar anual, ajustado según el tamaño de la familia, está entre el 301 y el 400% de las pautas actuales de FPL,	El paciente es elegible para un descuento del 75% de los cargos originales en los montos de responsabilidad del paciente.
Si el ingreso familiar anual, ajustado según el tamaño de la familia, es igual o inferior al 400% del FPL <u>Y</u> el paciente ha incurrido en gastos médicos totales en los hospitales de Providence en los 12 meses anteriores que superan el 20% de su ingreso familiar anual, ajustado según el tamaño de la familia, para los servicios sujetos a esta política,	El paciente es elegible para un beneficio de caridad del 100% en los montos de responsabilidad del paciente.