



<b>Título del asunto:</b>	<b>Asistencia financiera</b>	<b>Departamento:</b>	Patient Financial Services (Servicios Financieros para Pacientes)
<b>Fecha de entrada en vigencia:</b>	26 de julio de 2021	<b>Iniciador del Departamento:</b>	Kim Hixson, director financiero
<b>Distribución:</b>	Intranet: Patient Financial Services (Servicios Financieros para Pacientes)	<b>Política N.º:</b>	PFS: 0003.04
<b>Reemplaza a:</b>	ADM-049_2, PFS-0003.00, PFS-0003.01, PFS-0003.02, PFS-0003.03	<b>Autor:</b>	Brittany Peters

## I. PROPÓSITO

- A. Providence Medical Center (PMC) es un hospital sin fines de lucro exento de impuestos. PMC se compromete a proporcionar atención médica de alta calidad a los pacientes que necesitan servicios, incluidas aquellas personas que no tienen medios para pagar la atención médicamente necesaria y los servicios de emergencia. Esta política establece el proceso y las pautas por las cuales dichos pacientes pueden acceder a la asistencia financiera.

## II. POLÍTICA

- A. PMC cumplirá su misión caritativa al proporcionar servicios de atención médica a todas las personas, sin tener en cuenta su capacidad de pago. PMC proporcionará asistencia financiera equitativa a los pacientes con seguro insuficiente o sin seguro que cumplan con los criterios de elegibilidad establecidos en esta política. PMC utilizará prácticas de recolección uniformes y equitativas para todos los pacientes.
- B. Esta política cubre los servicios de atención médica que sean médicamente necesarios y de emergencia proporcionados por PMC, tal como se define a continuación. Esta política no incluye los servicios proporcionados por proveedores externos, incluidos, entre otros, médicos independientes. Los pacientes que deseen solicitar un descuento por dichos servicios deben llamar directamente al médico o proveedor externo.
- C. Los pacientes pueden obtener una lista actualizada de proveedores sujetos a esta política sin cargo en Patient Financial Services (Servicios Financieros para Pacientes), personalmente en 1200 Providence Rd Wayne, NE 68787, llamando al 402-375-7670 o ingresando a [www.providencemedical.com](http://www.providencemedical.com)
- D. Todos los pacientes serán tratados con respeto y equidad, independientemente de su capacidad de pago.

## III. EQUIPO NECESARIO

- A. N/A

## IV. PROCEDIMIENTO

- A. Definiciones:

1. “Monto generalmente facturado” o “AGB” es el monto que PMC generalmente factura a los pacientes asegurados. PMC utiliza el “método prospectivo” para establecer el AGB. En consecuencia, el AGB equivale al monto que Medicare permitiría por la atención



<b>Título del asunto:</b>	<b>Asistencia financiera</b>	<b>Política N.º:</b>	PFS-0003.04
---------------------------	------------------------------	----------------------	-------------

brindada si el paciente fuera un beneficiario de la tarifa por servicio de Medicare, incluidos todos los copagos y deducibles.

2. El “Período de solicitud” comienza en la fecha en que se brinda atención al paciente y termina (i) el día 240 después de la fecha en que se le entrega al paciente el primer estado de cuenta posterior al alta (ya sea que se trate de un paciente hospitalizado o ambulatorio) O (ii) al menos 30 días después de la fecha en que PMC le entrega al paciente la notificación final requerida para iniciar las acciones de cobro extraordinario (“ECA”), según lo ocurra en último lugar.
3. “Paciente sin seguro”: un paciente que (i) no cuenta con seguro de salud o cobertura bajo programas gubernamentales de atención médica, y (ii) no es elegible para ningún otro pago de terceros, como compensación del trabajador o reclamos contra terceros que involucren accidentes.
4. “Paciente con seguro insuficiente”: un paciente que (i) tiene una cobertura de seguro de salud limitada que no cubre los servicios hospitalarios u otra atención médicamente necesaria o la atención de emergencia proporcionada por PMC, (ii) ha superado la responsabilidad máxima de su cobertura de seguro, o (iii) tiene un copago o deducible calculado en virtud del contrato de seguro del paciente. Pueden otorgarse exenciones o descuentos de los copagos o deducibles de Medicare o Medicaid según la necesidad financiera.
5. “Ingreso familiar”: ingresos totales de todos los miembros que viven en el hogar del paciente durante los doce (12) meses previos a la solicitud de asistencia en virtud de esta política, incluidas las parejas casadas tradicionales y los hijos mayores de 19 años que viven en el hogar durante más de 6 meses del año. Esto también puede abarcar a otros dependientes que viven en la misma residencia, como los parientes dependientes que viven dentro del hogar y las parejas que conviven. (En el caso de las personas casadas o las parejas que conviven, las partes deben presentarse como pareja y compartir los gastos, ya sean hombre y mujer o personas del mismo sexo). También puede incluir a aquellos que son responsables de los pagos de los dependientes, incluso si no viven en el mismo hogar. Las pruebas de ingresos que sean por un período menor a 12 meses pueden anualizarse si es razonable hacerlo. Se considerará la variación en los ingresos durante el período más reciente de 12 meses antes de la solicitud.
6. El “Nivel de pobreza federal” se establece utilizando las Pautas Federales de Pobreza, las cuales se actualizan anualmente a partir de las actualizaciones publicadas por el United States Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos).
7. La “atención médicamente necesaria” se definirá en las pautas aplicables de Medicaid. Para fines de claridad, los siguientes programas de PMC no se considerarán “Atención médicamente necesaria” dentro de esta política.
  - a. Cirugía estética/procedimientos estéticos;
  - b. Programa de síndrome de dolor musculoesquelético amplificado;
  - c. Programa de desvío para adictos a drogas y alcohol ordenado por un Tribunal; y
  - d. Consejería de drogas y alcohol.



<b>Título del asunto:</b>	<b>Asistencia financiera</b>	<b>Política N.º:</b>	PFS-0003.04
---------------------------	------------------------------	----------------------	-------------

- B. PMC se compromete a satisfacer las necesidades de todas las personas de la comunidad, incluidos aquellas que no pueden pagar por su atención. Del mismo modo, los pacientes que pueden pagar tienen la obligación de pagar y los proveedores tienen el deber de solicitar el pago a las personas.
1. **Criterios de elegibilidad.** Para reunir los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de esta política, el paciente no debe tener seguro o tener un seguro insuficiente y calificar como financieramente indigente o médicamente indigente.
    - a. Para calificar como financieramente indigente, el paciente debe tener un ingreso familiar igual o inferior al 300 % del Nivel de pobreza federal.
      - i. En la medida en que un paciente haya sido autorizado previamente a recibir asistencia financiera, es posible que no sea necesario realizar una nueva solicitud para las fechas de servicio transcurridas hasta seis (6) meses después de la última fecha de aprobación de la solicitud; siempre y cuando el paciente haya recibido menos de un 100 % de descuento, PMC deberá:
        - a) Notificar al paciente sobre la base de la presunta asistencia financiera;
        - b) Notificar al paciente sobre cómo solicitar más asistencia financiera;
        - c) Darle al paciente un plazo de tiempo razonable para solicitar una asistencia más generosa antes de iniciar las ECA; y
        - d) Si la persona presenta una solicitud completa solicitando asistencia financiera adicional durante el período de solicitud o el tiempo de respuesta establecido en el aviso, según lo que ocurra en último lugar, PMC deberá procesar la solicitud de acuerdo con esta política.
      - ii. Sin embargo, si PMC toma conocimiento de algún cambio en las circunstancias financieras, podría solicitarle al paciente que presente una nueva solicitud de asistencia financiera.
    - b. Para calificar como “médicamente indigente”, las facturas médicas de PMC deben superar el 15 por ciento de los ingresos familiares del paciente (por ejemplo, debido a costos o condiciones catastróficas).
    - c. Los pacientes que podrían ser elegibles para Medicaid u otras fuentes de pago y no solicitan cobertura y beneficios dentro de los treinta (30) días posteriores a la solicitud de PMC no se consideran elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de esta política, incluso si reúnen los requisitos para ser considerados financieramente indigentes o médicamente indigentes.
    - d. *Elegibilidad presunta:* los pacientes que reúnen los requisitos y reciban beneficios de alguno de los siguientes programas, o en el caso de que el personal de PMC pueda documentar de manera suficiente tales circunstancias, calificarán para recibir asistencia financiera como presuntamente elegibles: personas sin hogar, hogares que no tienen ingresos, pacientes que han calificado para otros programas de asistencia financiera como cupones de alimentos o WIC, y en el caso de que las bases de datos de terceros muestren ingresos iguales o inferiores al 150 % del Nivel de pobreza federal.
  2. **Asistencia financiera.** La asistencia financiera estará disponible solo para la atención médicamente necesaria o la atención de emergencia proporcionada a las personas que



<b>Título del asunto:</b>	<b>Asistencia financiera</b>	<b>Política N.º:</b>	PFS-0003.04
---------------------------	------------------------------	----------------------	-------------

cumplan con los criterios de elegibilidad establecidos en esta política. Si un paciente califica para recibir asistencia financiera, la asistencia financiera se proporcionará de acuerdo con los siguientes criterios:

- a. Indigencia financiera. En virtud de la Sección B2d que está a continuación, se proporcionará asistencia financiera a los pacientes que sean financieramente indigentes de la siguiente manera:

Ingresos como un porcentaje de las Pautas Federales de Pobreza	Descuento
301 % y más	No se permite ningún descuento
271-300 %	15 %
251-270 %	25 %
221-250 %	35 %
181-220 %	50 %
151-180 %	75 %
0-150 %	100 %

- b. Elegibilidad presunta. Los pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad presunta en virtud de la Sección B1d recibirán atención de caridad completa (100 % de descuento) sin completar la solicitud de asistencia financiera. Se debe obtener documentación que respalde la calificación o participación del paciente en un programa y la misma debe conservarse en el expediente. La documentación puede incluir una copia de una tarjeta emitida por el gobierno u otra documentación que indique la elegibilidad o las calificaciones, o una captura de pantalla de una página web que indique la elegibilidad del paciente. A menos que se indique lo contrario, una persona que se presume elegible en virtud de estos criterios presuntos seguirá siendo elegible durante los seis meses posteriores a la fecha de aprobación inicial, excepto que el personal del centro tenga razones para creer que el paciente ya no cumple con los criterios presuntos.
- c. Indigencia médica. En virtud de la Sección B2d que está más abajo, los pacientes que califiquen para recibir asistencia financiera como Médicamente indigentes serán responsables del pago de sus facturas médicas por un monto de hasta el 15 % del ingreso familiar. Cualquier monto restante se considerará asistencia financiera en virtud de esta política.
- d. A los pacientes que se consideren elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de esta política no se les cobrará por la atención cubierta por esta política ni tampoco por el Monto generalmente facturado. Si después de que el paciente recibe asistencia financiera y se aplica al saldo del paciente, el costo total de bolsillo que deba pagar el paciente genera que el paciente sea personalmente responsable del pago de un monto que supera el AGB, se le proporcionará asistencia financiera adicional para que el paciente no sea personalmente responsable de un monto superior al AGB. Al determinar si a un paciente elegible se le ha cobrado un monto superior al AGB, PMC considera solo aquellos montos



<b>Título del asunto:</b>	<b>Asistencia financiera</b>	<b>Política N.º:</b>	PFS-0003.04
---------------------------	------------------------------	----------------------	-------------

que el paciente pagó o deba pagar como obligación personal. Los montos recibidos de terceros pagadores no se consideran pagados por el paciente.

e. Los descuentos se tomarán de los costos brutos.

3. **Proceso de solicitud/responsabilidades del paciente con respecto a la asistencia financiera.** Excepto en el caso de elegibilidad presunta, antes de ser considerado para asistencia financiera, el paciente o la familia debe cooperar con PMC y presentar una solicitud de asistencia financiera mediante el formulario de solicitud de PMC dentro del Período de solicitud. Las solicitudes completadas deben ser enviadas a Providence Medical Center Attn: Patient Financial Services 1200 Providence Rd Wayne, NE 68787.

El paciente deberá proporcionar la documentación solicitada en la solicitud para respaldar su estado financiero y, si corresponde, deberá proporcionar la información y documentación necesaria para solicitar otros recursos financieros existentes que puedan estar disponibles para pagar la atención médica del paciente, como Medicaid, Medicare, responsabilidad de terceros, etc.

- a. Solicitudes completadas. Al recibir una solicitud completada, PMC suspenderá cualquier ECA tomada contra el paciente y procesará, revisará y tomará una determinación sobre las solicitudes de asistencia financiera completadas y presentadas durante el Período de solicitud. Para que se considere “completada”, una solicitud de asistencia financiera debe proporcionar toda la información solicitada en el formulario y en las instrucciones del formulario. PMC puede, a su entera discreción, aceptar solicitudes de asistencia financiera completadas y presentadas después del Período de solicitud.
- b. La determinación de la elegibilidad para la asistencia financiera será realizada por la(s) siguiente(s) persona(s):
- | <b>Posible monto de ajuste</b> |           | <b>Autoridad de aprobación</b> |
|--------------------------------|-----------|--------------------------------|
| \$0,00                         | -\$25,000 | Director de Ciclo de ingresos  |
| \$25,001                       | -o más    | Director financiero            |
- c. Salvo que se produzca un retraso, como se establece en este documento, dicha determinación se realizará dentro de los 21 días posteriores a la presentación de una solicitud completada oportunamente. Los pacientes serán notificados de la determinación
- d. Si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera para servicios que no sean de atención gratuita, PMC deberá:
- e. Entregarle al paciente una factura revisada que indique: (i) el monto que el paciente debe pagar por la atención después de la asistencia financiera, (ii) cómo se determinó el monto revisado; y (iii) el AGB por la atención brindada o instrucciones sobre cómo el paciente puede obtener información sobre el AGB por la atención brindada;
- f. Reembolsarle al paciente cualquier monto que haya pagado que supere el monto adeudada a PMC (salvo que dicho monto sea menor a \$5); y



<b>Título del asunto:</b>	<b>Asistencia financiera</b>	<b>Política N.º:</b>	PFS-0003.04
---------------------------	------------------------------	----------------------	-------------

- g. Tomar medidas razonables para revertir cualquier ECA tomada contra el paciente.
- i. PMC no considerará que una solicitud está incompleta ni denegará la asistencia financiera por el hecho de no proporcionar cierta información que no se haya solicitado en la solicitud o en las instrucciones que la acompañan. Sin embargo, PMC puede tener en cuenta información proporcionada por el paciente que no esté en la solicitud al momento de tomar su determinación (y al momento de determinar si la solicitud del paciente está completa).
  - ii. En el caso de que el paciente no califique inicialmente para la atención de caridad o asistencia financiera después de proporcionar la información y documentación solicitadas, el paciente puede volver a solicitar en el caso de que se produzca algún cambio en sus ingresos o responsabilidades familiares.
  - iii. Si se considera que un paciente no es elegible para recibir asistencia financiera, puede apelar esa decisión por escrito ante el director financiero dentro de los treinta (30) días posteriores a recibir la denegación de asistencia financiera. En caso de que el paciente no presente una apelación, la decisión será definitiva. La decisión del director financiero no está sujeta a nuevas apelaciones.
  - iv. Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera completada durante el Período de solicitud y PMC determina que el paciente puede ser elegible para participar en Medicaid o tiene acceso a otras fuentes de pago, PMC notificará al paciente por escrito dicha posible elegibilidad y le solicitará al paciente que tome las medidas necesarias para inscribirse en dicho programa. En tales circunstancias, PMC retrasará el procesamiento de la solicitud de asistencia financiera del paciente hasta que el paciente complete la solicitud para Medicaid u otra fuente de pago, se presente ante la autoridad requerida y se haya tomado una determinación. Si el paciente no presenta una solicitud dentro de los treinta (30) días posteriores a la solicitud de PMC, PMC procesará la solicitud de asistencia financiera completada y la asistencia financiera será denegada debido al incumplimiento de los criterios de elegibilidad establecidos en este documento.
- h. Solicitudes incompletas. Las solicitudes incompletas no serán procesadas. Si un paciente presenta una solicitud incompleta, PMC suspenderá las ECA y le enviará al paciente una notificación por escrito que indique la información o documentación adicional requerida para completar la solicitud. La notificación por escrito incluirá la información de contacto (número de teléfono y ubicación física de la oficina) de la asistencia financiera del paciente. En la notificación se indicará que el paciente tiene al menos 10 días hábiles para proporcionar la información requerida; sin embargo, si el paciente presenta una solicitud completada antes de finalizar el Período de solicitud, PMC aceptará y procesará la solicitud como completada.



<b>Título del asunto:</b>	<b>Asistencia financiera</b>	<b>Política N.º:</b>	PFS-0003.04
---------------------------	------------------------------	----------------------	-------------

- i. Si desea realizar preguntas o necesita asistencia para completar una solicitud de asistencia financiera, el paciente puede comunicarse con Patient Financial Services (Servicios Financieros para Pacientes) en Providence Medical Center, por teléfono al 402-375-7670 o por correo electrónico a [patient.accounts@providencemedical.com](mailto:patient.accounts@providencemedical.com)

**4. Lineamientos para el cobro.**

- a. PMC puede remitir la factura de un paciente a una agencia de cobro de terceros (que no sea una ECA) o tomar alguna o todas las siguientes ECA en caso de falta de pago de las facturas pendientes:
  - Informes crediticios
  - Demanda legal
  - Embargo
  - Venta de deuda/compra de cuentas por cobrar (factoraje)
- b. PMC no tomará ECA contra un paciente o cualquier otra persona que haya aceptado o a la cual se le exija aceptar la responsabilidad financiera de un paciente, a menos que y hasta que PMC haya realizado “esfuerzos razonables” para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera en virtud de esta política. Las partes enumeradas en la Sección B3b que está más arriba serán las responsables de determinar que se hayan realizado esfuerzos razonables.
- c. Falta de presentación de una solicitud. Si un paciente no ha presentado una solicitud de asistencia financiera, se considerará que PMC ha realizado “esfuerzos razonables” siempre que:
- d. PMC no tome ECA contra el paciente durante al menos 120 días a partir de la fecha en que PMC le envíe al paciente la primera factura de atención posterior al alta; y
- e. PMC le envíe al paciente una notificación por escrito con al menos treinta (30) días de antelación, en la que:
  - i. Notifique al paciente la disponibilidad de asistencia financiera;
  - ii. Identifique la(s) ECA específica(s) que PMC tiene la intención de iniciar contra el paciente;
  - iii. Establezca un plazo después del cual se pueden iniciar ECA, que no puede ser menor a 30 días después de la fecha en que se le envía la notificación al paciente;
  - iv. Proporcione un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera;
- f. Realice un esfuerzo razonable para notificar oralmente al paciente sobre la posible disponibilidad de asistencia financiera al menos 30 días antes de iniciar las ECA contra el paciente y describa la forma en la que la persona puede obtener asistencia mediante el proceso de solicitud de asistencia financiera.
- g. Solicitud incompleta. Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera incompleta durante el Período de solicitud, se considerará que PMC ha realizado “esfuerzos razonables” si PMC:



<b>Título del asunto:</b>	<b>Asistencia financiera</b>	<b>Política N.º:</b>	PFS-0003.04
---------------------------	------------------------------	----------------------	-------------

- h. Proporciona al paciente una notificación por escrito que indique la información o documentación adicional requerida para completar la solicitud, como se describe en la Sección B3h que está más arriba; y
  - i. Suspende las ECA que se hayan tomado contra el paciente, si corresponde, por no menos durante el período de respuesta establecido en la notificación.
  - j. Si el paciente no presenta la información solicitada dentro del período de respuesta asignado, las ECA pueden reanudarse; sin embargo, si el paciente presenta la información solicitada durante el Período de solicitud, el Hospital deberá suspender las ECA y tomar una determinación sobre la solicitud.
  - k. Solicitudes completadas. Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera completada, se considerará que PMC ha realizado “esfuerzos razonables” si PMC:
    - l. Suspende todas las ECA tomadas contra el individuo, si corresponde;
  - m. Determina la elegibilidad para recibir asistencia financiera de acuerdo con las disposiciones de esta política; y
  - n. Le envía una notificación por escrito al paciente que (i) establezca la asistencia financiera para la cual el paciente es elegible o (ii) deniegue la solicitud. La notificación debe incluir la base para la determinación.
  - o. Si el Hospital ha solicitado que el paciente presenta una solicitud para Medicaid u otras fuentes de pago de terceros, PMC suspenderá cualquier ECA que haya tomado contra el paciente hasta que procese la solicitud del paciente o se haya denegado la solicitud de asistencia financiera del paciente debido a la falta de solicitud oportuna de cobertura.
5. **Pacientes de sala de emergencias.** Todos los pacientes recibirán tratamiento de acuerdo con los requisitos de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA). Todos los pacientes de sala de emergencias serán sometidos a un examen médico de detección por parte del personal del Emergency Department (Departamento de Emergencias) y recibirán tratamiento dentro de las capacidades de PMC antes de registrarse u obtener información sobre la cobertura del seguro. PMC no tomará ninguna medida que pueda interferir con la prestación de tratamiento médico de emergencia, por ejemplo, exigiendo el pago antes de recibir tratamiento para afecciones médicas de emergencia o permitiendo actividades de cobro de deudas que interfieran con la prestación de atención médica de emergencia en el Emergency Department (Departamento de Emergencias).
- a. El tratamiento médico de emergencia se proporcionará de acuerdo con las políticas de PMC que regulan e implementan la ley EMTALA. PMC proporcionará atención médica de emergencia a todas las personas, sin discriminación e independientemente de su elegibilidad en virtud de la Política de Asistencia Financiera.
6. **Obtención de documentos e información.** Los pacientes pueden obtener una copia de esta política, un resumen en lenguaje sencillo de esta política y una solicitud de asistencia financiera de forma gratuita (i) por correo postal, si llaman al 402-375-7670, (ii) por correo electrónico (a elección del paciente) si envían un mensaje de correo electrónico a



<b>Título del asunto:</b>	<b>Asistencia financiera</b>	<b>Política N.º:</b>	PFS-0003.04
---------------------------	------------------------------	----------------------	-------------

patient.accounts@providencemedical.com, (iii) mediante descarga de la página www.providencemedical.com, o (iv) en persona en (a) la sala de emergencias, (b) cualquier área de admisión, o (c) en Patient Financial Services (Servicios Financieros para Pacientes) ubicado en 1200 Providence Rd Wayne, NE 68787.

## V. REFERENCIAS

- A. Sección 501(r) del Código de Rentas Internas
- B. Plantilla de la Política de Asistencia Financiera de Baird Holm
- C. Lista de verificación de cumplimiento de Connance 501(r)
- D. PMC EMTALA

## VI. HISTORIAL DE REVISIONES

- A. PFS-0003.00:
  - 1. Contenido actualizado
- B. PFS-0003.01:
  - 1. Reemplaza a la versión .00
  - 2. Contenido actualizado y revisado de la versión .01 a .02. El contenido modificado refleja el cambio en la política de cobros, lo que permite un plazo de seis (6) meses para el pago completo en lugar de dieciocho (18).
- C. PFS-0003.02:
  - 1. Contenido actualizado para agregar instrucciones/información sobre los empleados que tienen un saldo de un paciente.
- D. PFS-0003.03:
  - 1. Contenido actualizado
- E. PFS-0003.04:
  - 1. Actualizado para que coincida con la Plantilla de la Política de Asistencia Financiera de Baird Holm

## VII. ANEXOS

- A. Anexo 1: Solicitud de Asistencia Financiera de Providence Medical Center (inglés)
- B. Anexo 2: Solicitud de Asistencia Financiera de Providence Medical Center (español)
- C. Anexo 3: Resumen en lenguaje sencillo de la asistencia financiera
- D. Anexo 4: Notificación publicada