

# Providence Hospital

---

## Servicios financieros para pacientes

NÚMERO:	9.09
DEPARTAMENTO:	Finanzas
FECHA DE VIGENCIA:	19 de agosto de 2004
ÚLTIMA MODIFICACIÓN:	31 de enero de 2019
PRÓXIMA FECHA DE VENCIMIENTO:	1 de enero de 2020
<u>APLICABLE A:</u>	<u>Providence Hospital y Providence Health System</u>

## POLÍTICA/PRINCIPIOS

Es política de Providence Hospital (en adelante, la “Organización”) garantizar una práctica socialmente justa para proporcionar atención de emergencia u otra atención necesaria por razones médicas en las instalaciones de la Organización. Esta política está diseñada específicamente para abordar la elegibilidad para recibir asistencia financiera por parte de los pacientes que la necesiten y reciben atención de la Organización.

1. Toda la asistencia financiera reflejará nuestro compromiso y respeto de la dignidad humana individual y el bien común, nuestra especial preocupación y solidaridad con las personas que viven en la pobreza y otras personas vulnerables y nuestro compromiso con la justicia y la gestión distributivas.
2. Esta política se aplica a todos los servicios de emergencia y otros servicios necesarios por razones médicas brindados por la Organización, incluidos servicios de médicos empleados y salud conductual. Esta política no se aplica a acuerdos de pago de procedimientos electivos u otra atención que no sea de emergencia o necesaria por razones médicas.
3. La Lista de proveedores cubiertos por la Política de Asistencia Financiera, utilizando un formato similar al adjunto en el Anexo A, proporciona una lista de proveedores que prestan servicios de atención dentro de las instalaciones de la Organización; en ella se especifica cuáles están cubiertos por la Política de asistencia financiera y cuáles no.

## DEFINICIONES

A los efectos de esta Política, se aplican las siguientes definiciones:

- “**501(r)**” se refiere a la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y los reglamentos promulgados en virtud de este.
- “**Cantidad generalmente facturada**” o “**AGB**” hace referencia, con respecto a la atención de emergencia u otro tipo de atención necesaria por razones médicas, a la cantidad facturada por lo general a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.
- “**Comunidad**” hace referencia a los residentes de Maryland, Virginia, y a los límites de la ciudad de Washington, D. C.
- “**Atención de emergencia**” significa que el paciente requiere intervención médica inmediata debido a una afección grave, que pone en peligro la vida o potencialmente

# Providence Hospital

## Servicios financieros para pacientes

- incapacitante. Generalmente, al paciente se lo atiende y/o admite en la sala de emergencias.
- **“Atención necesaria por razones médicas” hace referencia a la atención que se determina como médicamente necesaria** tras una determinación de mérito clínico de un proveedor matriculado. En caso de que un médico revisor determine que la atención solicitada por un Paciente cubierto por esta política no es necesaria por razones médicas, dicha determinación también debe ser confirmada por el médico que realizó la admisión o la derivación.
- **“Organización” hace referencia a Providence Hospital, Washington, DC.**
- **“Paciente”** hace referencia a aquellas personas que reciben atención de emergencia o necesaria por razones médicas en la Organización y a las personas que sean financieramente responsables de la atención del paciente.

## Asistencia financiera brindada

1. Los Pacientes con ingresos familiares menores o iguales al 250 % del Nivel federal de pobreza (en adelante, el “FPL”) serán elegibles para recibir atención de caridad al 100 % deducida en proporción a la porción de los cargos por servicios de la cual sean responsables tras el pago de la compañía de seguro, si corresponde.
2. Como mínimo, los Pacientes con ingresos familiares por encima del 250 % del FPL, pero que no superen el 400 % de ese índice, recibirán un descuento de escala móvil sobre la porción de los cargos por servicios prestados de la cual sean responsables tras el pago de la compañía de seguro, si corresponde. A un Paciente elegible para el descuento de escala móvil no se le cobrará un importe superior a los cargos calculados de la AGB. El descuento de escala móvil es el siguiente:

### Guías anuales

Descuento	100 %	90 %	80 %	70 %
FPL	< 250 %	300 %	350 %	400 %

3. Los Pacientes con necesidades financieras demostradas cuyos ingresos familiares sean mayores al 400 % del FPL pueden ser elegibles para que se los considere mediante una “prueba de medios” para recibir un descuento de los cargos por los servicios de la Organización en función de una evaluación sustancial de su capacidad de pago. Providence Hospital considerará que los solicitantes que superen el 400 % del FPL se encuentran en indigencia médica. Cuando la deuda pendiente total por los servicios médicos supere los ingresos familiares brutos del último año, el paciente será elegible para recibir asistencia financiera que no supere la cancelación del 95 %. A los Pacientes elegibles para el descuento mediante la “Prueba de medios” no se les cobrará un importe superior a los cargos calculados de la AGB.
4. Para un paciente que participa en determinados planes de seguro que consideran que la Organización está “fuera de la red”, la Organización puede reducir o denegar la asistencia financiera que, de otro modo, estaría a disposición del paciente según una

# Providence Hospital

## Servicios financieros para pacientes

- revisión de la información del seguro del paciente y otros hechos y circunstancias pertinentes.
5. A los Pacientes que sean elegibles para recibir atención de caridad equivalente al 100 % se les podría cobrar una tarifa plana nominal de hasta \$20.00 por servicios recibido en Providence Hospital y/o Providence Health Services.
  6. La elegibilidad para asistencia financiera puede determinarse en cualquier punto del ciclo de ingresos y puede incluir el uso de la calificación presunta para determinar la elegibilidad, independientemente de que el solicitante no complete una solicitud de asistencia financiera ("Solicitud de FAP").
  7. La elegibilidad para recibir asistencia financiera debe determinarse para cualquier saldo del que sea responsable el paciente.
  8. El proceso para que los Pacientes y familiares apelen las decisiones de la Organización con respecto a la elegibilidad para recibir asistencia financiera es el siguiente:
    - a. Los pacientes/garantes pueden apelar una determinación de asistencia financiera mediante la provisión de información adicional como verificación de ingresos familiares o una explicación de circunstancias atenuantes al Departamento de Asesoramiento Financiero.
    - b. Todas las apelaciones serán consideradas por el Comité de apelaciones de atención de caridad al 100 % y asistencia financiera de Providence Hospital, y las decisiones del Comité se enviarán por escrito al Paciente o familiar que haya presentado la apelación.

### **Otra asistencia para los pacientes no elegibles para recibir asistencia financiera**

Los pacientes que no son elegibles para recibir asistencia financiera, según se describió anteriormente, aún pueden calificar para recibir otros tipos de asistencia ofrecida por la Organización. Con el objetivo de brindar información completa, se enumeran estos otros tipos de asistencia aquí, a pesar de no basarse en las necesidades y no estar sujetos al 501(r), pero se incluyen aquí para conveniencia de la comunidad a la que Providence Hospital brinda sus servicios.

1. Los pacientes no asegurados que no son elegibles para recibir asistencia financiera recibirán un descuento en función del descuento aplicado a quien más pague por dicha Organización. El pagador que más pague debe ser responsable de, al menos, el 3 % de la población de la Organización conforme a la medición del volumen o de los ingresos brutos provenientes de pacientes. Si un solo pagador no representa este nivel mínimo de volumen, más de un contrato pagador debe promediarse de modo que las condiciones de pago que se utilizan para promediar representen al menos el 3% del volumen de las actividades comerciales de la Organización para ese año determinado.
2. Descuento para pacientes no asegurados: el monto de descuento aplicado a los Cargos minoristas (brutos) incurridos por Pacientes no asegurados o el 65 % por servicios prestados.

# Providence Hospital

---

## Servicios financieros para pacientes

### Limitaciones de los cargos de los Pacientes elegibles para recibir asistencia financiera

A los Pacientes elegibles para recibir asistencia financiera no se les cobrarán de manera individual montos que superen la AGB por atención de emergencia y otro tipo de atención necesaria por razones médicas, ni montos superiores a los cargos brutos por el resto de la atención médica. La Organización calcula uno o más porcentajes de AGB por el método "retroactivo" y que incluye el cargo por servicios de Medicare y todas las compañías de seguros médicos privados que pagan los reclamos a la Organización, todo ello de acuerdo con el 501(r). Se puede solicitar al Departamento de Asesoramiento Financiero (Anexo B) una copia gratuita de la descripción del cálculo de la AGB y los porcentajes.

### Solicitud de asistencia financiera y otros tipos de asistencia

Los Pacientes pueden calificar para recibir asistencia financiera mediante una elegibilidad por puntuación presunta o solicitando asistencia financiera mediante la presentación de una Solicitud de FAP completa. Puede denegarse la asistencia financiera a un Paciente si proporciona información falsa en la Solicitud de FAP o en relación con el proceso de elegibilidad por puntuación presunta. Se encuentran disponibles las Instrucciones de Presentación de Solicitud de FAP y la Solicitud de FAP. A continuación, se detallan las instrucciones específicas:

Providence Hospital:

Las Instrucciones de Presentación de Solicitud de FAP y la Solicitud de FAP pueden obtenerse:

- Ingresando a <http://www.provhosp.org/patients-guests>
- Enviando correspondencia a Providence Hospital, ATENCIÓN: Financial Counseling & Eligibility Services (Ground Flr), 1150 Varnum St., NE, Washington, DC 20017
- Contacto directo con la Oficina de Asesoramiento Financiero al (202) 854-4081.
- Visitando la Oficina de Asesoramiento Financiero de Providence Hospital.

Las solicitudes completas deben presentarse en la Oficina de Asesoramiento Financiero.

Providence Health Services:

- Efectuando una solicitud en el consultorio de su médico
- Enviando correspondencia al Representante de Asistencia Financiera de NRSC, 10330 N. Meridian Street, 2N PFS, Indianápolis, Indiana 46290
- Contacto directo con el Representante de Asistencia Financiera de NRSC al 800-566-5050.

### Facturación y cobro

Las medidas que la Organización pueda tomar en caso de falta de pago se describen en una política de facturación y cobro separada. Puede obtener una copia gratuita de la política de facturación y cobro si lo solicita a la Oficina de Asesoramiento Financiero:

# Providence Hospital

---

## Servicios financieros para pacientes

### **Interpretación**

Esta política está destinada a cumplir con el Artículo 501(r), excepto que se indique expresamente lo contrario. Esta política, junto con todos los procedimientos aplicables, deberá interpretarse y aplicarse de conformidad con el 501(r) excepto que se indique expresamente lo contrario.