

Número de  
póliza:  
CS-8211-  
02

# DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

Regional Health es una organización sin fines de lucro comprometida con dar servicios de atención médica compasivos, económicos y de gran calidad a las comunidades que atendemos. Como parte de esta misión, Regional Health reconoce su obligación de dar atención médica a todas las personas que la necesiten, sin importar su capacidad de pago. El Programa de asistencia financiera de Regional Health ayuda a los pacientes con saldos a su cargo por atención médica episódica. Esta política proporciona información sobre los servicios cubiertos. La asistencia financiera puede consistir en una cancelación total o parcial de la deuda.

Esta política establece las normas y las directrices con las que Regional Health determina la elegibilidad para el Programa de asistencia financiera. Las personas que viven dentro del área de servicio definida de Regional Health, que necesitan atención médica y que no son elegibles para inscribirse en un programa gubernamental, o que, de otro modo, no puedan pagar **atención médica de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria**, pueden ser elegibles para recibir esta asistencia financiera. Los servicios electivos que **no** son médicamente necesarios **no** se incluyen en el Programa de asistencia financiera.

## Anexos a la política:

- A- Exclusiones del Programa de asistencia financiera
- B- Definiciones del Programa de asistencia financiera
- C- Asistencia financiera en la residencia de medicina familiar
- D- Asistencia financiera en remisiones de organizaciones de beneficencia y 501c3
- E- Códigos postales de áreas de servicio de asistencia financiera

## Visite [regionalhealth.org](http://regionalhealth.org) para obtener información sobre lo siguiente:

- Solicitud para el Programa de asistencia financiera
- Matriz de ingresos y de reducción deudas de la Política de asistencia financiera
- Resumen de la Política de asistencia financiera en un lenguaje sencillo
- Proveedores cubiertos por la Política de asistencia financiera
- Proveedores no cubiertos por la Política de asistencia financiera

# DIRECTRICES

Aviso sobre el Programa de asistencia financiera para los servicios hospitalarios:

- I. Proceso de acceso del paciente
  - A. En cada punto de entrada, habrá disponibles folletos que explican la política del Programa de asistencia financiera, una copia de la política y formularios de solicitud para recibir la asistencia financiera.
  - B. Se exhibirán anuncios de manera visible que adviertan a los pacientes sobre la disponibilidad de la asistencia financiera.
  - C. Un resumen que describe el Programa de asistencia financiera en un lenguaje sencillo acompañará la factura enviada al paciente por los servicios hospitalarios.
  - D. La Política de asistencia financiera, el resumen en un lenguaje sencillo y la solicitud para la asistencia financiera se proporcionarán gratis previa solicitud y también están disponibles en el sitio web del hospital, [www.regionalhealth.org](http://www.regionalhealth.org).

## II. Proceso de solicitud

- A. Los mismos pacientes o un familiar financieramente responsable pueden completar la solicitud de asistencia financiera antes o después de que se hayan prestado los servicios.
  - i. Las solicitudes y toda la documentación de respaldo obligatoria deben enviarse por correo a PO Box 6000, Rapid City, SD 57709, o pueden entregarse en cualquiera de los centros de atención de Regional Health.
- B. Se emprenderán todas las iniciativas razonables para determinar si una persona es elegible para participar en el Programa de asistencia financiera.
  - i. En el momento de la admisión/inscripción, se evaluarán la fuente del pago y la capacidad de pago del paciente en función de las obligaciones establecidas por la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA).
  - ii. Asistencia del gobierno: Al momento de determinar si una persona reúne los requisitos para recibir la asistencia financiera, se deben considerar primero otros programas gubernamentales o del condado.
    - 1. Regional Health ofrece y contrata defensores externos de pacientes (agentes de fondos) para ayudar a las personas a determinar su elegibilidad para recibir asistencia del gobierno u otro tipo de asistencia según corresponda.
  - iii. Se pedirá a los pacientes que soliciten y agoten todas las fuentes de pago para las que son o podrían ser elegibles, incluso la cobertura mediante terceros pagadores, Medicare, Medicaid o programas de seguro médico federales o estatales similares, antes de poder inscribirse en el Programa de atención médica de beneficencia. (Consulte el Anexo B: definiciones (a) Tercero pagador). Los proveedores de atención de Regional Health ayudarán a los pacientes o a las partes financieramente responsables a fijar modalidades de pago si no hay ningún tipo de ayuda disponible. La falta de participación o de inscripción en algunos o todos los planes o programas disponibles y considerados como fuentes de pago (es decir, federal, estatal, local o privada) impedirá que la persona sea considerada elegible para inscribirse en el Programa de atención de beneficencia de Regional Health.
- C. Se emprenderán todas las iniciativas razonables para informar a un paciente sobre el Programa de asistencia financiera, lo que incluye una notificación que informe que el período de solicitud finaliza a los 120 días de la fecha en que el centro emite la primera factura al paciente. Durante este período de notificación, Regional Health:
  - i. distribuirá un resumen en un lenguaje sencillo y ofrecerá una solicitud de asistencia financiera antes del alta.
  - ii. entregará un resumen en un lenguaje sencillo junto con una factura. entregará a los pacientes, al menos, un aviso por escrito donde se describen las acciones extraordinarias de cobro que podrían iniciarse si el paciente no completara la solicitud de asistencia financiera ni pagara el monto adeudado en el plazo determinado, que es de, al menos, 30 días luego de que se entrega el aviso por escrito, pero no antes del final del período de notificación de 120 días. Las acciones extraordinarias de cobro que podrían iniciarse se describen en la política de cobro de Regional Health, CS-8211-19. Se puede obtener una copia gratuita de esta política en el sitio web de Regional Health en [www.regionalhealth.org](http://www.regionalhealth.org) o comunicándose con Servicios Financieros para Pacientes.
- D. Además del período de notificación, las iniciativas razonables también incluirán un período de solicitud de 120 días adicionales, durante el cual el paciente aún podrá completar una solicitud de asistencia financiera. El período combinado de notificación y solicitud es de 240 días en total desde la fecha de la primera factura. Durante el período de solicitud, Regional Health puede iniciar acciones extraordinarias de cobro; sin embargo, si Regional Health recibe una solicitud para el Programa de asistencia financiera (FAP) durante el período de solicitud, las acciones extraordinarias de cobro se suspenderán hasta que se determine si el paciente es elegible o no para el Programa de asistencia financiera. En el caso de que se presente una solicitud de asistencia financiera incompleta durante este período, se proporcionará al paciente información para ayudarlo a completar la solicitud o la documentación necesaria para que se haga la revisión de la solicitud de asistencia

- financiera, lo que incluye un resumen de la Política de asistencia financiera en un lenguaje sencillo. Se entregará al paciente un aviso por escrito que informa que las acciones extraordinarias de cobro se reanudarán si no se completa la solicitud antes del plazo especificado, que es de, al menos, 30 días luego de que se entregue el aviso por escrito.
- E. Si el paciente no presenta la solicitud de asistencia financiera durante el período de notificación o dentro del plazo especificado en el aviso por escrito, se reanudarán las acciones extraordinarias de cobro.
- F. ***No se aceptará ninguna solicitud relacionada con servicios que excedan los 240 días desde la fecha de la primera factura.***

III. Directrices de procesamiento y criterios de calificación:

- A. Proceso de determinación de elegibilidad para la asistencia financiera (Atención médica de beneficencia):
- i. Regional Health se registrará por una metodología ya establecida para determinar la elegibilidad para el Programa de asistencia financiera. La metodología considerará si los servicios de atención médica cumplen con las definiciones de atención de emergencia u otros criterios de necesidad médica, y con los requisitos de ingresos, activos netos, tamaño del grupo familiar y recursos disponibles para pagar la atención médica. (Consulte el Anexo B: definiciones de [a] Residente, [b] Área de servicio, [c] Grupo familiar, [d] Ingreso del grupo familiar, [e] Ayuda financiera, [f] Activos líquidos).
  - ii. La información de la solicitud financiera del solicitante (consultar la Solicitud de asistencia financiera en el sitio web de Regional Health) y de la documentación de respaldo se usará en la matriz de ingresos, disponible en el sitio web de Regional Health, para determinar el monto de asistencia financiera calificada que se otorgará.
    1. La verificación podría incluir la declaración de impuestos federales más reciente del solicitante y los recibos de sueldo actuales de tres (3) meses, y los activos o el patrimonio neto del solicitante. (Consulte el Anexo B: definiciones de ingresos del grupo familiar).
  - iii. Las cancelaciones para reducción de deudas de la asistencia financiera se basarán en una matriz de ingresos, disponible en el sitio web de Regional Health, y se utilizarán las directrices actuales de ingresos del Nivel federal de pobreza (FPL). La matriz de ingresos se actualizará anualmente, a medida que se den a conocer las directrices del FPL. Al momento de determinar la elegibilidad, se considerarán los activos líquidos del paciente y se tratarán como ingresos.
  - iv. De conformidad con el Código de Impuestos Internos 501(r), el monto que se cobrará por la atención de emergencia u otros tipos de atención médicamente necesaria que se den a las personas elegibles para recibir la ayuda del Programa de asistencia financiera se determinará utilizando el método prospectivo de Medicare, en el que el monto generalmente facturado (AGB) es igual a la suma de los pagos que se esperan de Medicare y del beneficiario de Medicare. Se hará este cálculo para cada tipo de servicio. Puede obtener información sobre el modo en que se calcula el AGB comunicándose con Servicios financieros para el paciente.
  - v. A los pacientes elegibles no se les cobrará más del AGB por los servicios cubiertos.
- B. Notificación de elegibilidad para la asistencia financiera y período de cobertura para los pacientes que se determinan elegibles para inscribirse en el FAP:
- i. Se proporcionará al paciente una notificación que muestra el monto adeudado, si existiese alguno, una explicación de cómo el centro determinó el monto que el paciente adeuda como persona elegible para recibir la ayuda del FAP y una explicación del método utilizado para determinar el AGB por la atención médica prestada.
  - ii. El centro reembolsará al garante cualquier pago personal que exceda el monto adeudado como persona elegible para recibir la ayuda del FAP.
  - iii. El centro tomará las medidas razonables para revertir cualquier actividad extraordinaria de cobro.
  - iv. La elegibilidad se determina y aprueba para cada episodio de atención médica.

- C. Los pacientes/garantes que sufran una pérdida repentina de ingresos podrían reunir los requisitos del Programa de asistencia financiera en función de los recibos de sueldo de tres (3) meses o la documentación proveniente de fuentes como Servicios Sociales, The Midland Group, etc., que confirmen la declaración de pérdida de ingresos.
- D. Las circunstancias que podrían descalificar a un solicitante para recibir la asistencia financiera son:
- i. fraude (proporcionar información falsa en la Solicitud de asistencia financiera);
  - ii. no hay respuesta por parte del paciente o el representante legal/garante a las solicitudes de información;
  - iii. negarse a completar toda la Solicitud de asistencia financiera;
  - iv. negarse a presentar la documentación obligatoria sobre los ingresos y activos;
  - v. ingresos suficientes;
  - vi. retener pagos al seguro o fondos de liquidación para el seguro;
  - vii. no completar las solicitudes de admisión de Medicaid y de la Ayuda a los Pobres del Condado (County Poor Relief);
  - viii. no participar ni cooperar con los agentes de fondos;
  - ix. no inscribirse en algunos o todos los planes o programas de cobertura de seguro disponibles.
- E. Presunta beneficencia: Los pacientes/garantes pueden recibir la aprobación para la asistencia financiera mediante una solicitud formulada de forma verbal, sin completar una solicitud escrita o sin su conocimiento. La Presunta beneficencia se utiliza cuando el personal de Regional Health cree, con un alto grado de certeza, que el grupo familiar no tiene la capacidad de pagar por los servicios prestados. La Presunta beneficencia puede darse de las siguientes maneras:
- i. Garantes con un historial de deudas incobrables cerradas y devueltas por incapacidad de pago por nuestras agencias externas de cobro.
  - ii. Solicitantes cuya información socioeconómica indica claramente que no pueden pagar.
    1. Personas que residan en un albergue para personas sin hogar
    2. Difuntos sin patrimonio conocido
    3. Carta o registro de participación en los siguientes programas: Programa para mujeres, bebés y niños, TANF o SNAP
    4. El estado de salud del paciente, su edad, situación laboral, estado civil y el tamaño de la deuda se combinan para presentar una alta probabilidad de incapacidad de pago
    5. Otras circunstancias en las que una persona razonable concluiría que la deuda por la prestación de servicios no se pagará.
    6. Herramienta de puntuación de Experian
    7. Aprobación previa de beneficencia
- IV. Otras consideraciones del Programa de asistencia financiera:

La aprobación para la asistencia financiera y cualquier otra atención que se dé y que esté cubierta por el Programa de asistencia financiera no obliga a Regional Health a ofrecer atención médica continua, a menos que las leyes o normas estatales o federales exijan lo contrario.

**Factores no considerados:**

los siguientes factores no se tendrán en cuenta al hacer una recomendación de asistencia financiera o al otorgar asistencia: Deudas incobrables según la definición del anexo B, ajustes contractuales, pagos insuficientes percibidos por operaciones, casos pagados mediante un aporte de beneficencia, programas de servicios o extensión comunitarios, o la situación laboral. En otras palabras, estas fuentes monetarias no tienen ninguna relación con la elegibilidad del solicitante.

**Igualdad de oportunidades:**

Al momento de tomar decisiones sobre la asistencia financiera, Regional Health se compromete a hacer cumplir las diversas leyes federales y estatales que prohíben la discriminación por motivos de raza, sexo, edad, religión, país de origen, estado civil, orientación sexual, discapacidad, servicio militar o cualquier otra clasificación protegida por las leyes federales, estatales o locales.

**Las entidades no cubiertas por la Política del programa de asistencia financiera:**

atención a largo plazo, centro de vivienda asistida, HME/DME (salvo por suministros de terapia respiratoria) y cualquier otro servicio que el hospital tradicional de atención médica aguda generalmente no ofrezca no son elegibles para el Programa de asistencia financiera.

**Centro de cuidados paliativos:**

los pacientes que deseen ser admitidos en el Centro de cuidados paliativos, como paciente interno general o residente, pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera. Los servicios ofrecidos por un centro de se considerarán servicios que no son de emergencia; por lo tanto, pueden no estar incluidos en la elegibilidad para la asistencia financiera. El Director del Centro de Cuidados Paliativos y el Director de Ciclo de Ingresos revisarán todas las solicitudes de asistencia financiera antes de la admisión al centro de cuidados paliativos.

**Otras consideraciones**

El Director Financiero de Regional Health puede aprobar las reducciones de Asistencia financiera para los solicitantes que no cumplan con los requisitos específicos establecidos en esta política.

## RECURSOS

*(Los recursos usados durante la creación de la política).*

A. No aplica.

## REFERENCIAS

*(Los recursos usados durante la creación de la política).*

A. No aplica.

## REGLAMENTOS/ESTÁNDARES

A. No aplica.