

POLÍTICAS OPERATIVAS/ADMINISTRATIVAS POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Fecha de vigencia: Septiembre 1, 2017

Aprobación: Southwest Post-Acute Care Partnership, LLC, Junta de Gerentes

ALCANCE: Las disposiciones de esta política son aplicables a todos los hospitales no lucrativos, exentos del pago de impuestos, operados por Southwest Post-Acute Care Partnership, LLC y sus subsidiarias que se encuentren incluidos en el Adjunto A.

PROPÓSITO: Describir el Programa de asistencia financiera de Southwest Post-Acute Care Partnership, LLC (“la Compañía”), así como la manera en que los hospitales de la Compañía determinarán la elegibilidad de los pacientes para recibir, ya sea gratis o con descuento, la atención médicamente necesaria o de emergencia. Esta Política constituye la Política de asistencia financiera y la Política de atención médica de emergencia (dentro del significado que tiene en la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas) para cada hospital incluido en el Adjunto A.

POLÍTICA: La Compañía está comprometida a minimizar las barreras financieras en la atención médica, especialmente para aquellas personas de recursos económicos escasos o que han sido desatendidas, y aquellas que no estén cubiertas por ningún seguro médico o programa de atención médica gubernamental. Basados en su misión y valores como ministerio de la Iglesia Católica, la Compañía proporcionará asistencia financiera a los pacientes que califiquen de acuerdo con esta Política. Los hospitales de la Compañía proporcionan, sin discriminación, atención para condiciones médicas de emergencia para pacientes independientemente de si son elegibles para recibir la asistencia financiera.

PROCEDIMIENTOS:

A. Elegibilidad para el programa

1. Para ser elegible para participar en el Programa de asistencia financiera de la Compañía bajo esta Política, el paciente no debe estar asegurado ni participar en ningún programa para personas sin hogar patrocinado por el gobierno, como los programas de asistencia de atención médica del condado.
2. A los pacientes interesados en recibir asistencia financiera, la Compañía les proporcionará asesoría financiera gratis para identificar programas potenciales de cobertura médica privada o pública para atender sus necesidades de atención médica a largo plazo.
3. A menos que se describa lo contrario en esta Política, los pacientes que no tengan seguro o que sean personas sin hogar, que presenten una solicitud para participar en el Programa de asistencia financiera, calificarán si su ingreso familiar bruto está en o por debajo del 400% de los Criterios federales de pobreza vigentes al momento de su ingreso. También calificarán para recibir asistencia bajo esta Política, los pacientes que no tengan seguro médico que presenten una solicitud para participar en el Programa de asistencia financiera, independientemente del nivel de ingresos que tengan, si tuvieran facturas médicas u hospitalarias que excedan el 10% de sus ingresos familiares brutos.

4. La Compañía se reserva el derecho de denegar la asistencia a los pacientes que cumplan con los criterios de nivel de ingresos si, a juicio de la Compañía, dichos pacientes cuenten con activos netos suficientes para pagar los Servicios Cubiertos (como se definen en la Sección B.1) según los costos usuales y habituales. Cuando se analicen los bienes disponibles del paciente, la Compañía no tomará en cuenta el valor de la residencia principal, el vehículo principal o la cuenta de jubilación del paciente. Los pacientes que no estén de acuerdo con la denegación pueden apelar como se describe abajo en la Sección D.8.
5. Antes de que a un paciente se le considere elegible bajo esta Política, la Compañía puede requerirles a los pacientes que presenten una solicitud para ingresar a un programa de cobertura de salud pública para los cuales la Compañía supone que son elegibles, como lo hayan indicado los asesores financieros de la Compañía. La Compañía puede denegar la elegibilidad para participar en el Programa de asistencia financiera a los pacientes cuya elegibilidad para un programa de cobertura de salud pública ya haya sido evaluada y para el que se supone que son elegibles, pero no están cooperando con el proceso para presentar una solicitud para ingresar al programa de cobertura médica. Como condición para participar en el Programa de asistencia financiera, la Compañía puede pedirles a los pacientes que soliciten cobertura de atención médica futura a través del intercambio federal de atención médica, si la persona es elegible para primas subsidiadas.
6. Los pacientes no serán elegibles para participar en el Programa de asistencia financiera si se benefician o se espera que se beneficien de un acuerdo financiero con un tercero, que incluya un pago para el paciente como compensación por gastos relacionados con la atención médica proporcionada por un centro médico de la Compañía. Se espera que el paciente use el importe de liquidación para cubrir cualquier saldo que tenga pendiente.
7. Al hacer determinaciones de elegibilidad, la Compañía puede tomar en cuenta factores como: el nivel de ingresos del paciente y de su familia, sus fuentes de ingresos y sus bienes, la naturaleza y el alcance de sus responsabilidades, su capacidad para conseguir crédito adicional, el monto de las facturas médicas y el tamaño de la familia del paciente.
8. La Compañía evaluará a los pacientes para determinar si cumplen con los criterios de la presunta elegibilidad para participar en el Programa de asistencia financiera incluso sin que los pacientes hayan llenado una solicitud. Por lo general, se supone que los pacientes que no tengan seguro médico son elegibles para recibir la asistencia financiera bajo las siguientes circunstancias:
 - a. el paciente no tiene hogar;
 - b. al paciente no se le solicitó llenar una declaración de impuestos federales para el año calendario recién finalizado; o

- c. los dispositivos electrónicos de elegibilidad que utilizan datos del paciente como: información demográfica, informes crediticios y otra información pública disponible indican que los ingresos familiares son menos que el 200% de los Criterios Federales de Pobreza;

Es posible que se le solicite a un paciente, que presuntamente sea elegible, que verifique alguna información financiera básica antes de que reciba asistencia financiera.

B. Servicios cubiertos

1. Los beneficios del Programa de asistencia financiera pueden aplicarse para cualquier servicio de atención médica de emergencia y médicamente necesaria proporcionado en los hospitales enumerados en el Adjunto A (“Servicios cubiertos”). Esta Política utiliza la definición “médicamente necesario” de Medicare, que son “servicios o suministros que son necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una dolencia, lesión, afección, enfermedad o sus síntomas y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica”.
2. Algunos servicios no son elegibles para obtener beneficios y no se consideran Servicios cubiertos bajo el Programa de asistencia financiera de la Compañía. Estos incluyen, entre otros, los siguientes:
 - a. los servicios que respondan al estilo de vida del paciente o sean electivos y que no se consideren como una emergencia o no sean médicamente necesarios de acuerdo con lo que determine un médico en un centro médico de la Compañía;
 - b. los servicios de atención proporcionados como compensación de los trabajadores o cuando un tercero sea responsable de las lesiones o enfermedades que necesiten atención médica; y
 - c. los servicios proporcionados fuera del entorno hospitalario, incluyendo los centros de atención urgente, los centros de cirugía ambulatoria, la clínica del médico, la atención médica en el hogar y los centros de cuidado paliativo.
3. Los hospitales de la Compañía no cuenta con servicio de emergencia. Si una persona necesitar atención de emergencia en el hospital, el personal del hospital evaluará la emergencia y proporcionará el tratamiento inicial de acuerdo con la calificación del personal. El hospital transferirá al paciente a un centro de emergencia apropiado. La evaluación, el tratamiento inicial y la transferencia son proporcionados sin discriminación alguna, de acuerdo a las regulaciones federales, sin tener en cuenta si las personas son elegibles para asistencia en el marco de esta política.

C. Cómo solicitar asistencia financiera

1. Para solicitar asistencia financiera, el paciente o su fiador deberán completar y entregar una solicitud del Programa de asistencia financiera.
 - a. Los pacientes y sus fiadores pueden pedir solicitudes como sigue:
 - i. solicitar al Administrador del hospital en cualquier hospital de la Compañía;
 - ii. llamar a las oficinas de negocios al 479-314-4900, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora centro);

- iii. enviar por correo una solicitud escrita a la Compañía Oficina de Negocios, 7301 Rogers Ave, 4th Piso, Fort Smith, AR 72903;
 - iv. descargar el formulario en www.christushealth.org/patient-resources/financial-assistance.
- b. La solicitud detalla toda la información o documentos personales, financieros y de otro tipo que una persona debe entregar para que se considere su elegibilidad para participar en el Programa de asistencia financiera de la Compañía.
 - c. La Compañía puede presuntamente calificar a algunos pacientes para los descuentos más generosos que se ofrecen dentro del Programa de asistencia financiera basado en fuentes externas de información y en dispositivos electrónicos de elegibilidad que utilizan información del paciente como: información demográfica, informes crediticios y otra información pública disponible. Los pacientes que presuntamente no califiquen pueden solicitar ingresar al Programa de asistencia financiera usando la solicitud.
2. La solicitud para el Programa de asistencia financiera se debe entregar a la Compañía dentro de los 8 meses siguientes a la fecha de emisión del primer estado de cuenta posterior al alta que corresponda con la atención por la cual el paciente o su fiador está buscando asistencia financiera.
3. Las solicitudes llenas, incluyendo toda la información y documentos necesarios, deberán enviarse a la Compañía para que se determine la elegibilidad del solicitante. Las solicitudes llenas se pueden:
- a. enviar por correo postal a Servicio al cliente utilizando la dirección que se encuentra en la solicitud; o
 - b. entregar personalmente en el departamento de admisiones del hospital.
4. A los solicitantes se les notifica vía correo cuando sus solicitudes estén incompletas y se les da la oportunidad de completar los documentos o la información dentro de los 60 días que siguen a la fecha de la notificación. Las notificaciones por escrito a las personas cuyas solicitudes están incompletas incluirán:
- a. instrucciones sobre cómo enviar los documentos o la información solicitada;
 - b. un resumen en lenguaje sencillo de esta política;
 - c. información sobre las Acciones extraordinarias de cobro (ECA) que el hospital puede tomar si no recibe la información solicitada dentro del plazo de 60 días; e
 - d. información de contacto de un departamento de la Compañía que pueda ayudarlo durante el proceso de solicitud.

Además de la notificación por escrito, es posible que los solicitantes reciban una llamada telefónica si la solicitud está incompleta.

D. Determinaciones de elegibilidad

1. Para las solicitudes que estén completas, la Compañía tomará, de manera oportuna y consistente con esta Política, una determinación en cuanto a la elegibilidad del solicitante.
 - a. Si la Compañía considera que una persona que ha entregado una solicitud completa puede calificar para Medicaid, entonces es posible que la Compañía posponga la determinación sobre la elegibilidad para recibir asistencia financiera del solicitante hasta que se entregue una solicitud para Medicaid y ya se haya tomado la determinación de elegibilidad para Medicaid.
 - b. Luego de haber recibido la solicitud completa, es posible que la Compañía no inicie ni continúe ninguna ECA para obtener el pago de la atención en cuestión hasta que se haya tomado la determinación de elegibilidad.
2. Si la Compañía determina que el solicitante es elegible para recibir atención gratuita (100% de descuento), entonces la Compañía hará lo siguiente:
 - a. le dará al solicitante una notificación por escrito que indique que se determinó que la persona es elegible para recibir la atención gratuita;
 - b. le reembolsará a la persona cualquier cantidad de dinero que él o ella haya pagado con anterioridad por la atención recibida, a menos que la cantidad sea menor que \$5; y
 - c. tomará todas las medidas disponibles que sean razonables para revertir cualquier ECA que haya tomado contra la persona, incluyendo eliminar cualquier información adversa incluida en algún reporte crediticio que haya surgido como resultado de algún informe del crédito de la Compañía y que se haya hecho para el episodio de atención pertinente.
3. Si la Compañía determina que el solicitante es elegible para recibir otro tipo de atención que no sea gratuita, entonces la Compañía hará lo siguiente:
 - a. le dará al solicitante un estado de cuenta y una notificación por escrito que detalle: la cantidad que la persona adeuda con base en la asistencia financiera dada, cómo se determinó dicha cantidad y cómo puede obtener información sobre los montos generalmente facturados (AGB) para la atención recibida;
 - b. le reembolsará a la persona cualquier cantidad de dinero que haya pagado con anterioridad por la atención recibida y que exceda la cantidad por la que es personalmente responsable como persona elegible para recibir asistencia financiera, a menos que la cantidad sea menor que \$5; y
 - c. tomará todas las medidas disponibles que sean razonables para revertir cualquier ECA que haya tomado contra la persona, incluyendo eliminar cualquier información adversa incluida en algún reporte crediticio que haya surgido como resultado de algún informe del crédito de la Compañía y que se haya hecho para el episodio de atención pertinente.

4. Si la Compañía determina que el solicitante no es elegible para recibir asistencia, entonces le dará al solicitante un estado de cuenta y una notificación por escrito que detalle la cantidad que el solicitante debe y la bases para la determinación del solicitante como no elegible para recibir asistencia financiera. La carta de denegación también incluirá información para el solicitante sobre cómo puede apelar la decisión, como se describe en la Sección D.10 a continuación.
5. la Compañía puede revocar, terminar o modificar la asistencia financiera proporcionada, bajo las siguientes circunstancias:
 - a. si el paciente o su fiador cometen fraude, robo o falsedad de hechos u otras acciones que socaven la integridad del Programa de asistencia financiera; o
 - b. si se identifica que hay un tercero pagador, incluyendo un programa público o privado de cobertura médica, la compensación de los trabajadores o un seguro con cobertura de responsabilidad a terceros.
6. Si un solicitante a quien se le envió una denegación cree que su solicitud no fue considerada de forma adecuada, él o ella puede enviar una solicitud por escrito para que se reconsidere la denegación dentro de los 60 días posteriores a la fecha de la determinación. La solicitud debería incluir información que no fue enviada con la solicitud original que respalde el motivo por el cual el solicitante está apelando la determinación. La carta de denegación proporciona mayor información sobre el proceso de apelación. Personal designado del hospital revisa las apelaciones y las resoluciones de las apelaciones son definitivas.
7. Las determinaciones de elegibilidad no se basarán en información de la que la Compañía tenga razones para creer que es poco fidedigna o incorrecta, o en información que el solicitante haya dado bajo coacción o a través del uso de prácticas coercitivas. Las prácticas coercitivas incluyen retrasar o no brindar atención médica de emergencia a una persona hasta que esta persona haya proporcionado la información solicitada necesaria para determinar si es elegible para recibir la asistencia incluida en esta Política.

E. Duración de la determinación de elegibilidad

A discreción de la Compañía, la elegibilidad para participar en el Programa de asistencia financiera aplicará:

- a. en un episodio específico de atención médica o en las fechas específicas en que se haya recibido un servicio; o
- b. hasta por un período de 12 meses desde la determinación de elegibilidad inicial.

Si se espera que la determinación de elegibilidad dure por un período después de la fecha de la determinación, la Compañía, a su discreción, puede pedir una solicitud actualizada o hacer un ajuste a la asistencia financiera para atenciones futuras basado en los cambios de las necesidades financieras demostradas por el paciente o su fiador.

F. Descuentos disponibles bajo el Programa de asistencia financiera

1. Luego de una determinación de elegibilidad bajo esta Política de asistencia financiera, ya no se le cobrará a un paciente considerado elegible para recibir asistencia financiera (“Paciente elegible”) ninguna atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria, pero sí se cobrarán los montos generalmente facturados (“AGB”) a las personas que tengan la cobertura de un seguro médico para dicha atención.
2. En general, los pacientes elegibles que tengan un ingreso familiar bruto igual o menor que el 200% del Nivel federal de pobreza calificarán para un 100% de descuento (atención gratuita) en todos los servicios cubiertos.
3. En general, los pacientes elegibles que tengan un ingreso familiar bruto entre el 200% y el 400% del Nivel federal de pobreza calificarán para un descuento escalonado en todos los servicios cubiertos, el cual va desde el 50% hasta el 100% de descuento en servicios elegibles.
4. Es posible que existan circunstancias en las que la Compañía le haya facturado al paciente cargos adicionales a los AGB, antes de que el paciente haya entregado una solicitud completa o antes de que la Compañía determine si el paciente era un paciente elegible. Si un paciente elegible ha pagado montos superiores a los AGB, el hospital le reembolsará la cantidad que haya pagado por la atención recibida y que exceda el monto del que se haya determinado que es personalmente responsable de pagar, como persona elegible para recibir asistencia financiera, a menos que la cantidad que haya pagado en exceso sea menor que \$5.
5. Las determinaciones de elegibilidad y los descuentos se harán sin importar la raza, el credo, el color, la religión, el sexo, la orientación sexual, la nacionalidad o las discapacidades físicas de la persona.

G. Cálculo de los montos generalmente facturados

La Compañía utiliza el Método prospectivo de Medicare para determinar los AGB, al utilizar el proceso de códigos y facturación que utilizaría si una persona fuera beneficiaria de la cuota por servicio de Medicare y estableciendo los AGB para la atención en el monto que se determine que juntos, Medicare y el beneficiario de Medicare, se esperarían que pagaran por la atención recibida.

H. Acciones en caso de falta de pago

1. Los saldos pendientes con descuento de los pacientes que califiquen para participar en el Programa de asistencia financiera se consideran como deudas incobrables.
2. Tal como lo define el Código de Rentas Internas en la Sección 501(r), la Compañía no lleva a cabo acciones extraordinarias de cobro (ECA), ni autoriza a ninguna agencia de cobro para que las haga en su nombre, contra cualquier persona sin antes haber emprendido todas las iniciativas razonables para determinar si el paciente es elegible para participar en el Programa de asistencia financiera. Dentro de las iniciativas razonables se incluye que el

hospital determine si el paciente no es elegible para participar en el Programa de asistencia financiera porque está cubierto por el plan de Medicare o por un seguro comercial.

3. El director del sistema de los Servicios financieros para pacientes supervisa y es responsable de determinar si la Compañía ha emprendido las iniciativas razonables y si corresponde llevar a cabo alguna ECA. Si un paciente considera que se ha iniciado una ECA de manera incorrecta, él o ella deberá llamar a la Línea de Integridad de la Compañía al 1-888-728-8383 y proporcionar su información de contacto para que se dé seguimiento a su caso.
4. Bajo ninguna circunstancia la Compañía iniciaría una ECA hasta que hayan pasado 120 días de la fecha de emisión del primer estado de cuenta posterior al alta por la atención médica en cuestión.
5. Como mínimo 30 días antes de que inicie una ECA, la Compañía:
 - a. le entregará a la persona una notificación por escrito que informe que la asistencia financiera está disponible para personas elegibles, que identifique las ECA que el hospital piensa iniciar para obtener el pago por la atención proporcionada y que indique que las ECA se iniciarán 30 días después de la fecha de la notificación escrita;
 - b. le entregará a la persona un resumen en lenguaje sencillo de esta política; **y**
 - c. emprenderá iniciativas razonables para informarle verbalmente a la persona sobre esta política y sobre la manera como puede obtener ayuda con el proceso de solicitud.
6. Según lo autoriza la ley federal y estatal, la Compañía podría presentar un derecho de retención del hospital sobre la indemnización que se obtenga de un juicio, arreglo o acuerdo adeudado a un paciente (o su representante) como resultado de lesiones personales para las cuales un hospital de la Compañía haya proporcionado atención. Este tipo de derecho de retención no se considera una ECA y no es necesario que se le notifique al paciente por adelantado. Para notificarle de este derecho de retención, la Compañía actuará de conformidad con la ley estatal.

I. Proveedores que participan en el Programa de asistencia financiera

Los hospitales de la Compañía podrán contratar a grupos de médicos y a otros contratistas independientes que proporcionen atención médicamente necesaria, pero que no participen en el Programa de asistencia financiera de la Compañía. Por tanto, un paciente que sea elegible para participar en el Programa de asistencia financiera no

recibirá, necesariamente, asistencia financiera de aquellos proveedores que no participen en el programa. El Adjunto B detalla a estos proveedores contratados e indica si participan o no en esta Política. A los pacientes que reciban atención de alguno de los proveedores no participantes se les aconseja ponerse en contacto directo con el proveedor para establecer si este cuenta con su propio programa de asistencia financiera.

J. Divulgación de la Política

1. Cada hospital de la Compañía ofrecerá un resumen en lenguaje sencillo de esta política como parte del proceso de ingreso al hospital o del alta. Los asesores financieros de la Compañía también distribuirán, como consideren necesario, el resumen de esta Política a los pacientes durante las sesiones de la asesoría.
2. Cada estado de cuenta de la Compañía incluirá una notificación escrita visible informando a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera, incluyendo un número de teléfono y dirección del sitio web en los que el paciente pueda obtener información adicional y copias del resumen en lenguaje sencillo de esta Política.
3. Cada hospital tendrá avisos visibles en el departamento de emergencias y en las áreas de admisión notificando a los pacientes sobre el Programa de asistencia financiera.
4. Esta Política, el resumen en lenguaje sencillo y la solicitud para participar en el Programa de asistencia financiera estarán disponibles en www.christushealth.org/patient-resources/financial-assistance y también podrán solicitarse sin ningún cargo adicional en cada departamento de emergencias y en cada área de admisión del hospital.
5. Esta Política, el resumen en lenguaje sencillo y la solicitud para participar en el Programa de asistencia financiera serán traducidos al idioma que hable cada grupo que tenga un manejo limitado del inglés y que constituya un grupo menor a 1,000 personas o el 5% de la comunidad a quienes sirven el hospital y sus instalaciones.

Adjunto A
Hospitales Participantes

CHRISTUS Dubuis Hospital of Hot Springs
CHRISTUS Dubuis Hospital of Fort Smith
CHRISTUS Dubuis Hospital of Alexandria
CHRISTUS Dubuis Hospital of Beaumont
Dubuis Hospital of Paris

Adjunto B
Lista de Proveedores

Los servicios hospitalarios médicamente necesarios proporcionados por empleados del hospital de la Compañía están cubiertos bajo la Política de asistencia financiera de la Compañía. Sin embargo, algunos servicios que brindan los hospitales de la Compañía no son proporcionados por empleados de la Compañía sino que son proporcionados por médicos, grupos o entidades independientes. Los arreglos para el pago de estos servicios se deben hacer directamente con esas personas y grupos.

Los siguientes tipos de proveedores y líneas de servicios han sido identificados como esos servicios que no participan bajo la Política de asistencia financiera. Un listado más extenso de los proveedores no cubiertos por entidad se puede obtener en forma gratuita electrónicamente o en papel llamando al 479-317-4900.

Cardiología
Equipamiento Médico Durable
Laboratorio Externo
Patólogo
Radiólogo
Médicos Tratantes

