

NORMATIVA HOSPITALARIA PARA TODO EL SISTEMA DE EMH EMRMC, EMFLH Y EMJBH		N.º de Normativa: EMH SWH 044
TÍTULO: NORMATIVA DE ASISTENCIA FINANCIERA		
FIRMAS DE APROBACIÓN:		
V.P./C.F.O. Ejecutivo:		
Fecha de creación: 10/01/2016		Fecha de aprobación: 05/26/2020

I FINALIDAD

- A. Ephraim McDowell Health (“EMH”) se compromete a ofrecer un entorno de curación en las comunidades a las que servimos. Como organización libre de impuestos 501(c) 3, EMH reconoce la responsabilidad de ofrecer asistencia financiera a aquellos Pacientes que no se pueden permitir el pago de los servicios. El objetivo de esta normativa es identificar cómo Ephraim McDowell Health ofrece atención médica de calidad, asequible y accesible a todas las personas, independientemente de su capacidad para pagar o de ser elegibles para obtener asistencia financiera o la disponibilidad de cobertura por parte de terceros. Esta normativa proporciona el marco básico para el Programa de Asistencia Financiera (PAF) que se aplicará a todos los hospitales que sean propiedad de y/o estén dirigidos por EMH.
- B. Esta normativa está concebida para cumplir la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas (*Internal Revenue Code*) y los reglamentos relacionados. Esta normativa describe: (1) los criterios de elegibilidad para obtener asistencia financiera y si dicha ayuda incluye atención médica gratuita o con descuento, (2) la base para calcular las cantidades que se cobran a los Pacientes, y (3) el método para solicitar asistencia financiera. Existe una normativa aparte, disponible a través de Internet en <http://www.emhealth.org> o solicitándola a un asesor de los Servicios Financieros para Pacientes, que contiene las medidas que puede adoptar el Hospital para el cobro en caso de que no se hagan los pagos, incluidas demandas civiles de cobro y el envío de reportes de los Pacientes no elegibles para obtener ayuda económica a agencias de informe de crédito del consumidor.
- C. Esta normativa entrará en vigor al ser adoptada por el Comité Financiero de la Junta Directiva de cada hospital respectivo, actuando en su capacidad de órgano de gobierno para cada hospital, y constituirá la Normativa de Asistencia Financiera oficial (dentro del significado de la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas [*Internal Revenue Code*]) para cada uno de

dichos hospitales. El comité revisará esta normativa anualmente en nombre de cada una de las entidades de EMH.

II DEFINICIONES

- A. Cantidades Facturadas Generalmente (*Amounts Generally Billed, AGB*) se refiere a los cargos usuales y habituales por los Servicios Cubiertos (como se definen más adelante) proporcionados a los individuos elegibles según el Programa de Asistencia Financiera, multiplicado por el porcentaje de AGB específico del Hospital (como se define más adelante) aplicable a dichos servicios.
- B. Activo se refiere al dinero en efectivo o su equivalente (p. ej., certificados de depósito) y a las inversiones no destinadas a la jubilación.
- C. Normativa de Facturación y Cobros se refiere a la normativa de organización de EMH cuyo título es “Normativa de Facturación y Cobros” (N.º de Normativa: EMH SWH 045) para las cuentas a pagar por el propio individuo.
- D. Servicios Cubiertos se refiere a los servicios para pacientes ambulatorios e ingresados que ofrece un hospital y que son médicamente necesarios conforme a los estándares del intermediario fiscal de Medicare para EMH.
- E. Situación de Emergencia se refiere a una afección médica consecuencia de la aparición súbita de un problema de salud con síntomas agudos y que, en ausencia de atención médica inmediata, sea razonablemente probable que provoque un peligro grave para la salud del paciente (o en el caso de una mujer embarazada, la salud del futuro bebé), un impedimento grave para las funciones del organismo o una disfunción grave de algún órgano o parte del cuerpo. Se considera que una mujer embarazada con contracciones está en Situación de Emergencia.
- F. Servicios de Emergencia se refiere a los servicios necesarios y adecuados para tratar una Situación de Emergencia.
- G. Individuo Elegible para el PAF se refiere a un individuo elegible para obtener asistencia financiera según esta normativa, conforme a la Sección III.C de la misma.
- H. Asistencia Financiera se refiere a los Servicios Cubiertos gratuitos o con descuento que se brindan a los Individuos Elegibles para el PAF.
- I. Hospital se refiere a cada uno de los centros hospitalarios con licencia estatal (incluidos sus departamentos para pacientes ambulatorios) dirigidos por EMH o por entidades corporativas en las que EMH es el único miembro, incluidos Ephraim McDowell Regional Medical Center, Ephraim McDowell Fort Logan Hospital y Ephraim McDowell James B Haggin Hospital, en los que sus Juntas Directivas respectivas tienen autoridad gobernante sobre las operaciones de cada hospital.

- J. Porcentaje de AGB Específico para el Hospital se refiere a, para cada hospital, un porcentaje que se obtiene de dividir (1) la suma de todos los pagos recibidos por los servicios médicamente necesarios prestados en dicho Hospital durante el periodo relevante de la “tarifa por servicio” de Medicare, entre (2) los cargos brutos habituales y acostumbrados por dichos servicios médicamente necesarios. Los Porcentajes de AGB Específicos para el Hospital se calcularán para el periodo relevante inicial antes del 30 de septiembre de 2016. A partir de ese momento, el Porcentaje de AGB Específico para el Hospital se calculará antes del 30 de septiembre de cada año. Cada Porcentaje de AGB Específico para el Hospital tendrá vigor hasta el siguiente cálculo anual del Porcentaje de AGB Específico para el Hospital en función del periodo relevante más reciente. El cálculo de cada Porcentaje de AGB del Hospital cumplirá con el “método de mirar hacia atrás” descrito en el Reglamento de Tesorería § 1-501(r)(1)(B). El Porcentaje de AGB Específico para el Hospital del año actual y la información por escrito que describe cómo se calcula se podrán obtener por escrito y de forma gratuita llamando al 859-239-2333.
- K. Tamaño del Núcleo Familiar hace referencia al esposo, la esposa (si corresponde) y a los hijos o familiares que puedan contarse como dependientes a efectos fiscales.
- L. Medicaid se refiere a todos los Programas Estatales y Federales que incluyen (entre otros) a Medicaid y a las organizaciones para la atención administrada por Medicaid.
- M. Médicamente Necesario o Atención Médicamente Necesaria se refiere a aquellos servicios necesarios para identificar o tratar una enfermedad o lesión que, o bien se diagnostica o bien se sospecha de forma razonable que es médicamente necesaria, teniendo en cuenta el nivel de atención más adecuado. En función de la situación médica del Paciente, el entorno más adecuado para prestar atención médica puede ser su hogar, un consultorio médico, un centro para pacientes ambulatorios, la rehabilitación a largo plazo o una cama de hospital. Para que un servicio sea médicamente necesario debe:
1. ser necesario para identificar, tratar o prevenir una enfermedad o lesión;
 2. ser consecuente con el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del Paciente;
 3. ajustarse a los estándares de la buena práctica médica de la comunidad;
 4. ser prestado por razones médicas y no principalmente por la conveniencia del Paciente, del cuidador del Paciente o del médico del Paciente; y

5. ser el nivel de atención más adecuado para el Paciente, según quede determinado por la situación médica del Paciente y no por su situación económica o familiar.

Medicamento Necesario **NO** incluye los siguientes casos:

1. cirugía plástica opcional (pero no la cirugía plástica diseñada para corregir una desfiguración causada por una lesión, enfermedad, o defecto/deformidad congénita);
2. procedimientos quirúrgicos para perder peso;
3. procedimientos experimentales, incluido cualquier procedimiento, dispositivo o implante no aprobado por la FDA;
4. servicios para los que la compañía aseguradora del Paciente haya denegado una autorización previa;
5. coste de reemplazar lentes especiales;
6. audífonos y reparación de audífonos;
7. tratamientos de fertilidad; y
8. servicios o procedimientos para los que existe una alternativa razonable, o si la compañía aseguradora del Paciente proporciona un servicio o procedimiento que está cubierto.

- N. Paciente se refiere a la persona que recibe o que está registrada para recibir tratamiento médico.
- O. PFS (*Patient Financial Services*) se refiere a los Servicios Financieros para Pacientes, la unidad operativa de EMH responsable de la facturación y el cobro de las cuentas a pagar por el propio individuo por los servicios clínicos/hospitalarios.
- P. Resumen en Lenguaje Sencillo se refiere al resumen que comunica a un individuo que EMH ofrece asistencia financiera según el Programa de Asistencia Financiera en un lenguaje que es claro, conciso y fácil de comprender. El Resumen en Lenguaje Sencillo se adjunta en el **Anexo A** de esta normativa.
- Q. Periodo Relevante se refiere al periodo de 12 meses que va desde el 1 de octubre hasta el 30 de septiembre.
- R. Paciente Sin Seguro se refiere a un Paciente sin el beneficio de un seguro médico o programas gubernamentales a los que se puedan facturar los servicios cubiertos prestados por los servicios médicos, servicios hospitalarios y/o servicios de atención a domicilio, y que no se vea, de otro modo, excluido de esta normativa según la Sección III.C a continuación.
- S. Cargos Habituales y Acostumbrados se refiere a las tarifas de los Servicios Cubiertos, como está establecido en los cargos maestros para ese Hospital en el momento en que se prestan los Servicios Cubiertos.

III NORMATIVA

Descripción: EMH se compromete a ofrecer atención médica de calidad a todos los pacientes, independientemente de la edad, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, la raza, el color, la religión, la discapacidad, la condición de veterano, la nacionalidad de origen y/o la capacidad para pagar. Esta normativa establece el Programa de Asistencia Financiera disponible para los Pacientes Sin Seguro y para los Pacientes con un saldo adeudado tras el pago del seguro y los copagos, si corresponde, en caso de que dicho Paciente cumpla los criterios de elegibilidad establecidos en la Sección III.C a continuación. Todos los pacientes identificados como Pacientes Sin Seguro serán dirigidos a un representante de EMH que los evaluará para ver si son elegibles para el Programa de Asistencia Financiera. Si el Paciente Sin Seguro es elegible para Medicaid u otros programas estatales o federales, se pedirá al Paciente que presente una solicitud para obtener estos programas. Si el paciente no es un candidato para dichos programas estatales o federales, se entregará al Paciente una solicitud para el Programa de Asistencia Financiera de EMH.

- A. Exclusiones: Las clínicas de Ephraim McDowell Health se consideran departamentos para pacientes ambulatorios del hospital. Debido a esa clasificación, esta normativa y el Programa de Asistencia Financiera a continuación son válidos para la mayoría de los servicios prestados o facturados por los médicos o los proveedores a nivel intermedio de dichas clínicas. Sin embargo, esta normativa **no es válida** para los cargos por los servicios de otros proveedores cuyos servicios coinciden con los prestados por EMH. Por ejemplo, los servicios prestados por radiólogos, patólogos, anesthesiólogos, hospitalistas y médicos de la sala de emergencias contratados no están cubiertos por esta normativa. Para obtener una lista de los proveedores incluidos en esta Normativa de Asistencia Financiera, consulte el **Anexo D**. Los proveedores que no aparezcan en la lista del **Anexo D** no siguen esta Normativa.
- B. Métodos para solicitar Asistencia Financiera: Los pacientes pueden solicitar el uso del Programa de Asistencia Financiera mediante uno de los métodos siguientes:
1. Comunicar al personal de PFS antes de registrarse, o en el momento de hacerlo, que no tienen seguro o que su seguro es insuficiente.
 - a) El personal de PFS ofrecerá al Paciente una solicitud para la asistencia financiera.
 - b) El personal del PFS ofrecerá ayuda al Paciente para solicitar Medicaid o lo enviará a la persona adecuada para que lo ayude a completar la solicitud para Medicaid.
 2. Descargar e imprimir el formulario de solicitud en el sitio web de Ephraim McDowell Health y enviar por correo a los Asesores Financieros dicho formulario de solicitud completado a la dirección

que figura en el mismo. El enlace para el sitio web de Ephraim McDowell Health es el siguiente: <http://www.emhealth.org>.

3. Pedir un formulario de solicitud por teléfono: 859-239-2333. La solicitud para el Programa de Asistencia Financiera (con instrucciones) y el Resumen en Lenguaje Sencillo serán enviados por correo, de forma gratuita, a la persona solicitante.

C. Criterios de elegibilidad y determinación: Excepto si aquí se estipula de otro modo, un Paciente Sin Seguro o un Paciente con un saldo adeudado tras el pago del seguro, normalmente será elegible para el Programa de Asistencia Financiera si él o ella cumple cada uno de los requisitos siguientes:

1. completa la solicitud para el Programa de Asistencia Financiera que se adjunta en el **Anexo B** en esta normativa (que se debe completar cada 6 meses y que se aplicará de forma retroactiva a los saldos de las cuentas durante un periodo de 8 meses a partir de la fecha de la solicitud de asistencia financiera, si no hay una solicitud anterior en el expediente);
2. tiene unos ingresos familiares anuales (incluidos los Activos) iguales o inferiores al 300% del Nivel Federal de Pobreza;
3. si EMH le ha pedido que solicite Medicaid u otro programa estatal o federal, coopera totalmente en el proceso de solicitud y determinación de elegibilidad;
4. se le ha denegado la cobertura de Medicaid; y
5. cumple con todas las responsabilidades del Paciente que figuran en la Sección III.E.

Conforme al Programa de Asistencia Financiera, los Pacientes Sin Seguro y los Pacientes con un saldo adeudado tras el pago del seguro que tengan unos ingresos familiares (incluidos los Activos tales como cuentas corrientes o de ahorro) iguales o inferiores al 125% de las Directrices Federales de Pobreza, son elegibles para obtener el 100% de asistencia.

Se dispone de una escala variable de cargos con descuento para los Pacientes Sin Seguro y para los Pacientes con un saldo adeudado tras el pago del seguro que tienen unos ingresos familiares de hasta un máximo del 300% de las Directrices Federales de Pobreza, conforme al **Anexo C**. Los descuentos que se establecen en la escala variable se calculan multiplicando el porcentaje de descuento de la escala variable por los cargos brutos asociados a la Atención Médicamente Necesaria y de emergencia que se prestó.

Para los individuos que sean elegibles para el PAF, los cargos por los Servicios de Emergencia o por cualquier otra Atención Médicamente Necesaria no serán superiores a la cantidad que normalmente se factura a los individuos que tienen la cobertura de un seguro para dicha atención. Para el resto de la atención médica que se presta a los Individuos Elegibles

para el PAF, EMH limitará los cargos de tal modo que sean inferiores a los cargos brutos.

- D. Responsabilidades del paciente: Para ser elegible para obtener Asistencia Financiera, los Pacientes deben completar de forma veraz el formulario de solicitud necesario y presentar toda la documentación correspondiente. Los Pacientes deben responder de manera oportuna a las peticiones de información o documentación por parte del Hospital. El Paciente al que se le pida que solicite Medicaid o algún otro programa estatal o federal y que no coopere totalmente con el proceso de solicitud y determinación de elegibilidad, puede no ser elegible para participar en el Programa de Asistencia Financiera. Los Pacientes deben notificar sin demora al Hospital los cambios en la situación financiera, para que el Hospital pueda evaluar el efecto del cambio en la elegibilidad de ese individuo para obtener Asistencia Financiera. Si un Paciente deliberadamente proporciona información que no es veraz, él o ella no será elegible para obtener asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que ya se haya otorgado podrá ser anulada y el individuo puede incluso ser responsable de pagar su factura completa.
- E. Descuentos y Ajustes: Los Servicios Cubiertos podrán tener descuentos, en su totalidad o en parte, si el individuo elegible para el PAF recibe la aprobación para participar en el Programa de Asistencia Financiera, al presentar de forma satisfactoria la solicitud para el Programa de Asistencia Financiera y los documentos necesarios, conforme a la Sección III.C de esta normativa. Una vez aprobados, los Descuentos y Ajustes se procesarán sin demora de conformidad con los procedimientos de PFS.
- F. Autoridad para Descuentos: Los descuentos para el Programa de Asistencia Financiera se otorgarán siguiendo los siguientes límites de aprobación:
1. Hasta \$5,000 – Asesor Financiero
 2. Hasta \$50,000 – Supervisor /Gerente de la Oficina Administrativa
 3. Hasta \$100,000 – Director de la Oficina Administrativa
 4. Más de \$100,000 – Director Financiero
- G. Planes de pago: EMH ofrece a los Pacientes planes de pago sin intereses para las cantidades que deban pagar por ser su responsabilidad personal después de aplicar los reembolsos por parte de las aseguradoras o los descuentos según esta normativa. Para participar en los planes de pago de EMH, el Paciente debe pagar el saldo restante en cantidades de \$100 al mes como mínimo y debe poder pagar el total en 12 meses o menos. Ejemplos: 1) el saldo restante de una cuenta es \$1,000: el pago mínimo mensual de \$100 cumpliría el criterio de pagar el total en un plazo de 12 meses; 2) el saldo restante de una cuenta es \$1,500: un pago mínimo mensual de \$125 cumpliría el criterio de pagar el total en un plazo de 12 meses.
- H. Normativa para el Descuento en el Lugar Donde se Ofrece el Servicio: EMH ofrece un descuento en el lugar donde se ofrece el servicio si el

cálculo de lo que sería responsabilidad del Paciente se paga por completo en la fecha del servicio o del alta hospitalaria. No se aplicarán otros descuentos adicionales.

- I. Cobro de Saldos Adeudados por los Pacientes: Normativa para Facturación y Cobros: Los hospitales de EMH pueden tomar ciertas medidas, incluso medidas para cobrar o enviar reportes a las agencias de crédito, contra los Pacientes, incluidos los Individuos Elegibles para el PAF, si no pagan las cantidades de las que son responsables como se describe en la Normativa de Facturación y Cobros aparte. De conformidad con la Normativa de Facturación y Cobros, EMH no promoverá ciertas medidas de cobro hasta haber hecho los esfuerzos razonables para determinar si un Paciente que tiene un saldo sin pagar es elegible para obtener Asistencia Financiera según esta normativa. La Normativa de Facturación y Cobros está disponible en el sitio web de EMH en <http://www.emhealth.org>. Además, cualquier ciudadano puede obtener una copia gratuita de la Normativa de Facturación y Cobros si la solicita a un Asesor de Servicios Financieros para los Pacientes o llamando al 859-239-2333.

IV. Disponibilidad de los Documentos para el Programa de Asistencia Financiera:

Cada hospital dará a conocer ampliamente este programa en la comunidad a la que sirve. Con ese fin, EMH tomará las siguientes medidas para garantizar que los miembros de las comunidades a las que sirven sus Hospitales conocen la normativa y tienen acceso a ella.

- A. EMH publicará el Resumen en Lenguaje Sencillo en su página web, así como copias que se podrán descargar de esta Normativa de Asistencia Financiera, la Normativa de Facturación y Cobros y el formulario de Solicitud de Asistencia Financiera y sus instrucciones. No habrá ningún cargo por acceder a estos materiales. El sitio web de EMH (www.emhealth.org) incluirá enlaces visibles para estos materiales o tendrá un enlace visible a otra página web con los enlaces para estos materiales.
- B. EMH facilitará a los Pacientes y a sus familiares, si lo solicitan y sin cargo alguno, copias en papel de la normativa, el Resumen en Lenguaje Sencillo, el formulario de solicitud y la Normativa de Facturación y Cobros en lugares públicos de sus Hospitales (incluidas, entre otras, el área de admisión y el departamento de emergencias).
- C. EMH enviará por correo copias en papel de esta Normativa de Asistencia Financiera, la Normativa de Facturación y Cobros, el Resumen en Lenguaje Sencillo y el formulario de Solicitud de Asistencia Financiera y sus instrucciones, si se solicita y sin cargo alguno. Las copias se pueden enviar electrónicamente si el Paciente lo solicita.
- D. EMH hará que estén disponibles, tanto en papel como de forma electrónica, esta Normativa de Asistencia Financiera, la Normativa de Facturación y

Cobros, el Resumen en Lenguaje Sencillo y el formulario de solicitud de Asistencia Financiera y sus instrucciones, en inglés y en español.

- E. Cada estado de cuenta incluirá un aviso escrito visible que notifique e informe a la persona que lo reciba sobre la disponibilidad de Asistencia Financiera según esta normativa, e incluirá el número de teléfono del departamento o la oficina del hospital que puede proporcionar información sobre el Programa de Asistencia Financiera o el proceso de solicitud, y la dirección del sitio web o URL donde se pueden encontrar copias de esta Normativa de Asistencia Financiera, la Normativa de Facturación y Cobros, el Resumen en Lenguaje Sencillo y el formulario de Solicitud de Asistencia Financiera y sus instrucciones.
- F. Cada hospital incluirá información sobre la disponibilidad de asistencia financiera en las Guías para el Paciente que se entregan a los Pacientes al registrarse.
- G. EMH facilitará información relativa a esta normativa a las agencias gubernamentales correspondientes y a las organizaciones sin fines lucrativos que están involucradas en la salud pública de las zonas a las que sirve EMH, para hacer llegar el mensaje a aquellas personas de la comunidad que probablemente tengan mayor necesidad de Asistencia Financiera.
- H. EMH informará y notificará a los visitantes que acuden a los Hospitales sobre el Programa de Asistencia Financiera mediante medios públicos visibles u otras medidas razonablemente calculadas para atraer la atención de los visitantes en lugares públicos (incluidos, entre otros, las áreas de admisión y los departamentos de emergencias) de los Hospitales, lo cual puede incluir poner carteles y exhibir folletos sobre el Programa de Asistencia Financiera en lugares públicos de los Hospitales.