

NORMATIVA HOSPITALARIA PARA TODO EL SISTEMA DE EMH EMRMC, EMFLH Y EMJBH		N.º de Normativa: EMH SWH 044
TÍTULO: PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA		
FIRMAS DE APROBACIÓN: V.P./C.F.O. Ejecutivo:		
Fecha de creación:	10/01/2016	Fecha de aprobación: 3/21/2019

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 de la disponibilidad de cobertura por parte de terceros. Esta normativa aporta el marco básico para el Programa de Asistencia Financiera que se aplicará a todos los Hospitales que sean propiedad de y/o estén dirigidos por EMH.

B. Esta normativa está concebida para cumplir con 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 asistencia 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 trata las medidas que el Hospital puede adoptar para el cobro en caso de que no se hagan los pagos, incluidas las demandas civiles de cobro y el envío de informes de Pacientes no elegibles para obtener asistencia financiera 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) 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 Normalmente (*Amounts Generally Billed, AGB*), se refiere a los cargos usuales y habituales por los Servicios Cubiertos (como se definen a

continuación) prestados a los individuos elegibles según el Programa de Asistencia Financiera, multiplicados por el porcentaje de AGB específico del Hospital (como se define más adelante) aplicable a dichos servicios.

- B. Activos, 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, es razonablemente probable que provoque un peligro grave para la salud del Paciente (o en el caso de una mujer embarazada, la salud del bebé en gestación), 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 la FAP, se refiere a un individuo elegible para obtener asistencia financiera según esta normativa, conforme a la Sección III.C.
- H. Asistencia Financiera, se refiere a los Servicios Cubiertos gratuitos o con descuento que se brindan a los Individuos Elegibles para la FAP.
- 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, para cada Hospital, al 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 usuales y habituales 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 del Porcentaje de AGB de cada 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 puede obtener por escrito y de forma gratuita llamando al 859-239-2333.

- K. Tamaño del Núcleo Familiar, se refiere al esposo y a 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 médica gestionada por Medicaid.
- M. Medicamento Necesario o Atención Medicamento 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 medicamento necesario, 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, rehabilitación a largo plazo o una cama de Hospital. Para que un servicio sea Medicamento 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, determinado por la situación médica del Paciente y no por su situación financiera o familiar.

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

1. cirugía plástica opcional (pero no la cirugía plástica para corregir una desfiguración causada por una lesión, enfermedad, o defecto/deformidad congénita);
2. procedimientos quirúrgicos para perder peso;
3. procedimientos experimentales, incluidos los procedimientos y dispositivos o implantes no aprobados por la FDA;
4. servicios para los que la compañía aseguradora del Paciente denegó 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, se refiere a los Servicios Financieros para Pacientes (*Patient Financial Services*), 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.
- R. Periodo Relevante, se refiere al periodo de 12 meses que va desde el 1 de octubre hasta el 30 de septiembre.
- S. 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.
- T. Cargos Usuales y Habituales, 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 obtener Medicaid u otro programa estatal o federal, se pedirá al Paciente que solicite esos 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, anestesiólogos, 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 aparecen en la lista del **Anexo D** no siguen esta normativa.

- B. Métodos para solicitar Asistencia Financiera: los Pacientes pueden solicitar el Programa de Asistencia Financiera mediante uno de los siguientes métodos:
1. Comunicando al personal de PFS, antes o en el momento de registrarse, que no tienen seguro o que su seguro es insuficiente.
 - a) El personal de PFS ofrecerá al Paciente una solicitud para obtener asistencia financiera.
 - b) El personal de PFS ofrecerá ayuda al Paciente para solicitar Medicaid o lo enviará a la persona adecuada para ayudarlo a completar la solicitud para Medicaid.
 2. Descargando e imprimiendo el formulario de solicitud del sitio web de Ephraim McDowell Health, y enviando 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. Pidiendo 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 se enviarán por correo al solicitante, sin cargo alguno.
- C. Criterios y Determinación de Elegibilidad: excepto cuando aquí se indique lo contrario, un Paciente Sin Seguro, o con un saldo adeudado tras el pago del seguro, normalmente será elegible para el Programa de Asistencia Financiera si cumple cada uno de los siguientes requisitos:
1. completa la solicitud para el Programa de Asistencia Financiera que se adjunta como **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 3 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 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 tienen unos ingresos familiares

(incluidos 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 de emergencia y Medicamento Necesaria prestada.

Un Individuo Elegible para la FAP no tendrá un cargo por los Servicios de Emergencia o cualquier otra Atención Medicamento Necesaria por una cantidad superior a la cantidad que normalmente se factura a los individuos que tienen cobertura de seguro para dicha atención. Para el resto de la atención médica que se presta a los Individuos Elegibles para la FAP, EMH limitará los cargos de manera 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 podrá 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 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 calificar para tener descuentos, en su totalidad o en parte, si el individuo elegible para la FAP recibe la aprobación para participar en el Programa de Asistencia Financiera mediante la cumplimentación satisfactoria de la solicitud del Programa de Asistencia Financiera y la aportación de los documentos necesarios, conforme a la Sección III.C de esta normativa. Una vez aprobados, los Descuentos y Ajustes se procesarán sin demora según los procedimientos de PFS.
- F. Autoridad para Descuentos: los descuentos para el Programa de Asistencia Financiera se otorgarán sujetos a los siguientes límites de aprobación:
1. Hasta \$5,000 – Asesor Financiero
 2. Hasta \$50,000 – Supervisor 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 de las que son personalmente responsables, después de aplicar los reembolsos del seguro o los descuentos según esta normativa. Para participar en los planes de pago de EMH, el saldo restante del Paciente se debe pagar en cantidades de \$100 al mes como

mínimo, y se 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 de Descuento en el Punto de Servicio: EMH ofrece un descuento en el punto de servicio si la responsabilidad estimada del Paciente se paga por completo en la fecha del servicio o del alta hospitalaria.
- I. Cobro de Saldos Adeudados por los Pacientes: Normativa de Facturación y Cobros: los Hospitales de EMH pueden tomar ciertas medidas, incluidas medidas de cobro o de envío de informes a agencias de crédito, contra los Pacientes, incluidos los Individuos Elegibles para la FAP, si no pagan las cantidades de las que son responsables como se describe en una 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 con un saldo sin pagar es elegible para obtener asistencia financiera según esta normativa. La Normativa de Facturación y Cobros se encuentra 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.

1. EMH publicará el Resumen en Lenguaje Sencillo en su página web, así como copias descargables 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 enlaces para estos materiales.
2. 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, las áreas de admisión y el departamento de emergencias).
3. 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.
4. EMH facilitará, tanto en versión impresa como por Internet, 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.

5. Cada estado de cuenta incluirá un aviso escrito visible que notifique e informe al destinatario 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.
6. Cada Hospital incluirá información sobre la disponibilidad de asistencia financiera en las Guías para el Paciente que se entregan a los Pacientes al registrarse.
7. EMH facilitará información relativa a esta normativa a las agencias gubernamentales correspondientes y a las organizaciones sin fines lucrativos que tratan con la salud pública en las zonas que sirve EMH, para hacer llegar el mensaje a aquellas personas de la comunidad que probablemente tengan mayor necesidad de asistencia financiera.
8. 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 los lugares públicos (incluidos, entre otros, las áreas de admisión y los departamentos de emergencias) de los Hospitales. Esto puede consistir en poner carteles y distribuir folletos sobre el Programa de Asistencia Financiera en los lugares públicos de los Hospitales.