

 CHESAPEAKE REGIONAL HEALTHCARE	Emitida por: Servicios Financieros para Pacientes	N. ° de póliza: 400.11
	Elaborada por: Comité Directivo de Ciclo de Ingresos	Fecha de entrada en vigor: 3/1/2020
Departamento de Servicios Financieros para Pacientes	Aprobado por: Steve McDonell	Fecha de revisión 6/30/2022
		Fecha de revisión: 6/30/2022
Asunto: Política de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés)		Página 1 de 14

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Propósito:

La política de Chesapeake Regional Medical Center (CRMC) es brindar servicios de emergencia y médicamente necesarios de otro tipo a todos los pacientes, independientemente de su posibilidad de pago, en todos los centros hospitalarios de CRMC (tal como se definen a continuación).

Según la Ley Federal de Tratamientos Médicos de Emergencia y Trabajo de 1986 ("EMTALA", por sus siglas en inglés) y sus reglamentos, los centros hospitalarios de CRMC brindarán, sin discriminación, atención de emergencia a condiciones médicas, independientemente de la elegibilidad de asistencia financiera o posibilidad de pago de los pacientes. Los pacientes que necesiten atención de emergencia no están sujetos a evaluación financiera antes de recibirla. Además, los centros hospitalarios de CRMC no desalentarán a las personas de solicitar atención médica de emergencia, con acciones como exigirles el pago antes de recibir el tratamiento a condiciones médicas de emergencia o permitir cobros de deuda en el departamento de emergencia u otras áreas en las que tales acciones podrían interferir con la atención de emergencia sin discriminación.

Esta póliza es congruente con los valores de CRMC de atención centrada en el paciente, respeto y compasión, calidad y servicio, mejora de salud comunitaria y administración financiera en cumplimiento con las leyes estatales y federales. CRMC brinda, sin discriminación, atención a condiciones médicas de emergencia y otros servicios médicamente necesarios (tal como se definen a continuación) a las personas, independientemente de su capacidad de pago o elegibilidad para recibir asistencia financiera. Al determinar el estado de persona sin recursos para pagar o caridad del paciente, CRMC considera muchos factores como el ingreso, los activos, los gastos mensuales y las deudas del mismo. Los pacientes sin seguro reciben automáticamente un descuento de 40 %. Se puede reemplazar el descuento con el componente de caridad de la política de asistencia financiera si es un monto mayor.

Esta póliza tiene los siguientes propósitos:

Establecer los criterios de elegibilidad para recibir asistencia financiera (tal como se define a continuación).

Describir las circunstancias y los criterios en las que los centros hospitalarios de CRMC brindarán atención gratuita o con descuento para los servicios elegibles (tal como se definen a continuación) a los pacientes que califiquen sin seguro, con seguro insuficiente o que de alguna manera no pueden pagar por los servicios. Establecer la base y los métodos de cálculo para cobrar los montos con descuentos a los pacientes y las medidas que tomará CRMC para publicar ampliamente esta política en las comunidades que reciben atención en los centros hospitalarios de CRMC.

Los centros hospitalarios de CRMC harán todo lo posible para garantizar que la información sobre el Programa de Asistencia Financiera (FAP) se comunique claramente y esté ampliamente disponible para el público. La solicitud de asistencia financiera, el Resumen en lenguaje claro, la Política de asistencia financiera (Política), la Política de facturación y cobro y la política de descuento para personas sin seguro están disponibles para su revisión o descarga en www.chesapeakeregional.com. A solicitud, CRMC también informará a las personas el sitio web de nuestra asistencia financiera. Las personas también pueden obtener y recibir ayuda para completar la Solicitud de asistencia financiera en cualquiera de nuestras áreas de registro, de nuestros asesores financieros o en la oficina de atención al cliente. Las oficinas de asesores financieros se encuentran en las áreas de registro de pacientes. Los pacientes pueden acudir a cualquiera de nuestros puntos de información en el primer piso del hospital para pedir ayuda para encontrar las oficinas de asesores financieros. Previa solicitud, las personas puede obtener una copia gratuita, por correo, de nuestra solicitud y Política de asistencia financiera, Resumen en lenguaje claro, Política de descuento para personas sin seguro y la Política de facturación y cobro, al llamar a nuestro Departamento de Atención al Cliente al 757-312-6281 o 757-312-6401, opción #2. La dirección postal para asistencia financiera es: Chesapeake Regional Medical Center, a la atención de: Financial Assistance, 736 Battlefield Blvd N, Chesapeake, VA 23320.

DEFINICIONES

Para los fines de esta Póliza, se definen a continuación los siguientes términos:

“Apelaciones”: los pacientes o garantes tienen el derecho de apelar la decisión original si existe un cambio de circunstancia o más información que se pueda considerar. Las apelaciones se deben hacer por escrito a los asesores de asistencia financiera de Chesapeake Regional Medical Center en los 30 días posteriores a la fecha de notificación de la denegación.

“Periodo de solicitud”: el periodo en el que una persona puede solicitar la asistencia financiera. El periodo comienza al inicio de la atención del paciente y finaliza a los doscientos cuarenta (240) días de la fecha de emisión de la primera factura de atención después del alta.

“Política de facturación y cobro”: la Política de facturación y cobro #PA0181 o la versión actualmente vigente.

“CRMC”: tiene el significado establecido anteriormente.

“Agencia de cobro”: una “agencia de cobro” es una agencia contratada por un centro hospitalario de CRMC para cobrar a pacientes o garantes.

“Servicios elegibles”: se refiere a los servicios (o cualquier producto relacionado) que preste CRMC y que sean elegibles para asistencia financiera de conformidad con esta Póliza, lo que incluye:

Servicios de emergencia brindados en una sala de emergencia.

Servicios médicos no electivos que se presten en respuesta a circunstancias de riesgo para la vida, diferentes a los servicios de emergencia que se prestan en una sala de emergencia.

Servicios médicamente necesarios.

(Los procedimientos cosméticos y otros procedimientos electivos en paquetes no se incluyen en esta póliza y pueden calificar para otros precios con descuentos)

Los servicios de emergencia o médicamente necesarios de otro tipo que se brinden en un centro hospitalario de CRMC pueden ser prestados por el mismo centro hospitalario, sus médicos empleados o proveedores independientes. Esta póliza no cubre los servicios prestados por médicos no empleados del centro o proveedores independientes.

“Condiciones Médicas de Emergencia”: tiene el mismo significado que se define en la Sección 1867 de la Ley del Seguro Social, según la enmienda (Artículo 42 del Código de EE. UU. [U.S.C., por sus siglas en inglés] §1395dd); se refiere a una condición médica, física o mental, que se manifiesta con síntomas de gravedad suficiente como dolor intenso, y para la que si no se recibe atención médica de inmediato, una persona prudente con conocimiento promedio de salud o medicina podría considerar que pondría la salud de esta persona u otra en serio peligro, produciría incapacidad de funciones corporales o disfunción grave de cualquier parte del cuerpo, o de mujeres embarazadas, tal como se define en el Artículo 42. U.S.C. Sección 1395dd(1)(B), u otra definición de las leyes vigentes. Por ejemplo, las condiciones médicas de emergencia incluyen, entre otros, desmayos, dificultad respiratoria, sangrado incontrolable, envenenamiento o huesos fracturados o dislocados.

“Servicios de emergencia”: atención o tratamiento suministrado por un centro hospitalario de CRMC para una “condición médica de emergencia” según su definición en la EMTALA.

“EMTALA”: Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo (42 del U.S.C. § 1395dd; 42 del Código de Regulaciones Federales [C.F.R., por sus siglas en inglés] § 489.24).

“Acciones extraordinarias de cobro (ECA, por sus siglas en inglés)”: brindar información adversa a agencias de notificación de crédito u oficinas de crédito, actividad legal o judicial a incluir; iniciar una acción civil en contra de una persona, presentar un gravamen sobre la propiedad de una persona y embargar el sueldo de una persona.

“Familiar”: se refiere a un grupo de dos (2) o más personas que viven juntos y están relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción, incluidos, entre otros, cualquier persona que se indique como dependiente en la declaración de ingreso federal de otra persona.

“Ingreso familiar”: se refiere al ingreso bruto de una persona y todos sus familiares, incluidos, entre otros, la compensación por servicios (sueldos, salarios, comisiones, etc.), intereses, dividendos, regalías, rentas, pensiones, ingresos de jubilación, compensación por desempleo, indemnización por accidente laboral, seguro social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública o gubernamental, pagos a veteranos, beneficios de sobreviviente, asistencia externa al hogar, alquileres, pensión alimenticia, manutención infantil, ingresos comerciales, herencias o fondos, becas u otras asistencias educativas, tarifas, seguro de vida o contratos de dotación financiera y cualquier otro ingreso bruto o remuneración, de cualquier fuente. En caso que una persona se considere dependiente legal de otra, se debe incluir en la solicitud el ingreso de este proveedor. Los trabajadores independientes deben proveer la declaración de ingresos del año anterior con los programas correspondientes.

“Pautas federales de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés)”: se refiere a las pautas de pobreza que actualiza anualmente el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en el Registro Federal que estén en vigencia al momento de la determinación. Visite <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm> para consultar las pautas actuales.

“Asistencia financiera”: se refiere a cualquier asistencia financiera en forma de atención gratuita o con descuento que se le preste a una persona elegible de conformidad con esta Póliza.

“Centro hospitalario”: se refiere a un centro al que la Mancomunidad de Virginia exija autorización, registro o reconocimiento similar como hospital.

“Activos líquidos”: monto total de activos líquidos del hogar disponibles que no excedan \$10,000.00, incluidos, entre otros: (efectivo, cuentas corrientes, de ahorros y de mercado monetario, certificados de depósito, fideicomisos, fondos mutuos y bonos que se puedan canjear sin recargo). Exclusiones de activos: dinero de pensión o planes de jubilación (p. ej., cuentas individuales de jubilación, 401(k), 403(b), y planes KEOGH) o de cuentas para gastos educativos (p. ej., Coverdell Savings y cuentas que califiquen de tutorías [Códigos de Impuestos Internos 529 y 530]).

“Sin recursos para pagos médicos”: se refiere a un paciente con seguro insuficiente de un centro hospitalario de CRMC que cumple con los siguientes criterios:

Después de que paguen todos los terceros, tiene la obligación de pagar al centro hospitalario de CRMC un monto excedente igual al veinticinco por ciento (25 %) de su ingreso bruto anual; se encuentra en o por debajo de 500 % del FPL y pasa la prueba de Activos líquidos tal como se determina en el Programa A que se adjunta y forma parte de esta póliza.

“Servicios médicamente necesarios”: tiene el significado de la definición de Medicare en el Artículo 42 del U.S.C. 1395y(a)(1)(A) (servicios o productos... razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión; o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo con deformidad...”).

“Deuda médica”: se define como desembolsos para costos médicos de tratamientos médicamente necesarios facturados por un centro de CRMC sin incluir copagos, coseguros o deducibles.

“Periodo de notificación”: 120 días desde la fecha de emisión de la primera factura posterior al alta, en los que no se pueden iniciar ECA en contra del paciente.

“Resumen en lenguaje claro (“PLS”): declaración escrita que notifica a los pacientes de un centro hospitalario de CRMC que la organización brinda asistencia financiera e información adicional de manera clara, precisa y fácil de entender.

“Póliza”: se refiere a esta Política de Asistencia Financiera#400.11 o su versión vigente, según enmiendas ocasionales.

“Paciente sin seguro”: se refiere a un paciente de un centro hospitalario de CRMC que no tiene ningún nivel de seguro médico, asistencia de tercero, cuenta de ahorros para gastos médicos o reclamaciones contra terceros con cobertura de seguro para pagar o ayudarlos a pagar por los servicios elegibles recibidos.

“Paciente con seguro insuficiente”: se refiere a un paciente de un centro hospitalario de CRMC que tiene cierto nivel de seguro o asistencia de tercero pero que debe hacer desembolsos de igual manera

para pagar los servicios elegibles, los cuales exceden su capacidad financiera, por lo que se considera sin recursos para pagar gastos médicos o cumple con los requisitos de ingresos y activos que se enumeran en el Programa A que incluye este documento.

PROCEDIMIENTOS

Elegibilidad

Después de determinar la necesidad financiera de conformidad con esta Póliza. CRMC brindará asistencia financiera para servicios elegibles a pacientes sin seguro, con seguro insuficiente, que no califican para asistencia pública o gubernamental, o que de alguna manera no pueden pagar por los servicios elegibles. De conformidad con esta póliza, la asistencia financiera se basará en la determinación de necesidad financiera de la persona, independientemente de su raza, sexo, edad, discapacidad, origen nacional, orientación sexual, estado social o migratorio, identidad de género, afiliación religiosa u otras clases protegidas designadas por las leyes o reglamentos. La asistencia financiera es el último recurso de pago, por lo que se deben agotar todas las otras fuentes de pago (p. ej., buscar otras formas de seguro como Medicaid o seguro adquirido a través del intercambio de seguro médico). Se deben suministrar cartas de exención o evidencia de rechazo de Medicaid como parte del proceso de solicitud.

Se le puede exigir a un paciente que agote todas las otras opciones de pago, incluida la cobertura privada, programas de asistencia médica federales, estatales y locales y otras formas de asistencia de terceros antes de recibir la aprobación de asistencia financiera. Se le puede pedir a una persona que solicita asistencia financiera que solicite programas públicos que también ayudan a cubrir los costos de pacientes. También se puede esperar que el paciente considere opciones de pago de seguro público o privado para pagar la atención recibida en un centro hospitalario de CRMC. También se puede exigir la cooperación plena del paciente para solicitar programas y fuentes de financiamiento identificables, incluida la cobertura de la Ley de Reconciliación de Presupuesto Integral Consolidado (COBRA, por sus siglas en inglés) (una ley federal que permite la extensión por tiempo limitado de los beneficios de atención médica de los empleados). Si un centro hospitalario de CRMC determina la disponibilidad potencial de cobertura COBRA y que el paciente no es beneficiario de Medicare o Medicaid, dicho centro le puede pedir al paciente que suministre la información necesaria para determinar su prima mensual de COBRA. El paciente debe cooperar con el personal del centro hospitalario de CRMC para determinar si califica para la asistencia de prima COBRA, que se le puede ofrecer por tiempo limitado para asegurar la cobertura de seguro. Con frecuencia, el centro hospitalario de CRMC se hace todo lo posible para ayudar a que los pacientes soliciten programas públicos y privados. El centro hospitalario de CRMC le pedirá al paciente que suministre toda la información necesaria y exigida oportunamente para calificar de conformidad con esta Póliza.

Sin recursos para gastos médicos

Los paciente que no califiquen para asistencia financiera de conformidad con las normas pautas de FPL, pero que tengan una deuda hospitalaria considerable, pueden calificar para un descuento por no tener recursos para gastos médicos. El paciente o los garantes recibirán un descuento de porcentaje por no tener recursos para gastos médicos si, después de que paguen todos los terceros, el paciente o garante tiene la obligación de pagar al centro hospitalario de CRMC un monto excedente igual al veinticinco por ciento (25 %) de su ingreso bruto anual; se encuentra en o por debajo de 500 % del FPL y pasa la prueba de Activos líquidos tal como se determina en el Programa A que se adjunta y forma parte de esta póliza. Las exclusiones de criterios de deuda hospitalaria de una persona sin recursos para gastos médicos son, entre otras, las siguientes: Pacientes que optan voluntariamente a pagar por sí mismos, copagos de seguro, deducibles y montos de coseguro.

Solicitud de asistencia financiera

CRMC revisará toda la información solicitada e incluida en una solicitud de asistencia financiera, según enmiendas ocasionales y en todos los documentos que incluya y suministre (la solicitud y tales documentos se consideran grupalmente una "solicitud"), así como cualquier otro documento con la siguiente información, para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera:

- Datos externos públicamente disponibles que brinden información sobre la capacidad de pago de una persona (p. ej., informes, puntuaciones o calificaciones crediticias; las pautas federales de pobreza, normas federales o estatales pertinentes publicadas, solicitudes u órdenes de bancarrota).
- Información sobre la participación o el registro de la persona o recibo de beneficios por formar parte de un programa de asistencia estatal o federal (p. ej., Seguridad de Ingreso Suplementario, Medicaid, cupones de alimentos/SNAP, programas para mujeres, infantes y niños (WIC, por sus siglas en inglés), asistencia para niños dependientes (AFDC, por sus siglas en inglés), Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés), vivienda para personas de bajos ingresos, beneficios por discapacidad, compensación de desempleo, almuerzo escolar subsidiado, Programa de Acceso Comunitario a la Salud (HCAP, por sus siglas en inglés).
- Información que corrobore los activos que tiene o mantiene la persona y sus deudas u obligaciones.
- Información que corrobore si la persona es o ha sido indigente, discapacitado, declarado incompetente mentalmente o con otra discapacidad que afecte de manera negativa su capacidad financiera para pagar; y que ha solicitado o está solicitando beneficios de otras fuentes de financiamiento disponibles para las que es elegible, incluido el seguro, Medicaid u otros programas estatales o federales.

El proceso de solicitud de asistencia financiera debe ajustarse a la misión de CRMC, y este se esforzará por evitar que los pacientes no reciban la atención debido a su capacidad financiera.

El periodo de solicitud de asistencia financiera en el que CRMC acepta una solicitud completa de asistencia financiera comienza al inicio de la atención del paciente y finaliza a los doscientos cuarenta (240) días de la fecha de emisión de la primera factura después del alta. En caso de ser aprobada, la asistencia financiera tendrá una validez de 240 días desde la fecha de firma de la solicitud y podrá aplicarse en cuentas previas con saldos abiertos de hasta 240 días previos a la fecha de firma de la solicitud. El jefe financiero y el director de los Servicios Financieros para Pacientes pueden hacer una excepción individual por deudas incobrables o cuentas de cobro que no entran en el periodo de solicitud de asistencia financiera aprobado en el expediente. Aunque la aprobación de asistencia financiera es válida por 240 días, entendemos que las circunstancias del paciente pueden cambiar en este tiempo. Se alienta a los pacientes de los centros hospitalarios de CRMC a que vuelvan a solicitar la asistencia financiera si sus circunstancias cambian y son elegibles para un nivel superior de asistencia. De ser aprobado, se aplicará el descuento de manera prospectiva. Durante el periodo de aprobación de 240 días, el solicitante deberá volver a presentar, en las siguientes visitas, documentos financieros e informativos para evaluar su elegibilidad para planes de seguro de salud con asistencia gubernamental. También se puede usar la información para evaluar y verificar nuevamente la elegibilidad en el periodo de solicitud aprobado. Estos documentos incluyen, entre otros: evidencia de ingreso, tamaño del hogar, activos, deudas y gastos.

Se pueden encontrar las solicitudes en cualquier área de registro de CRMC, contabilidad de pacientes/servicios para clientes, por teléfono o en línea. Se pueden entregar las solicitudes completas en cualquier oficina de registro, contabilidad de pacientes, servicios para clientes o enviarlas por correo a la dirección que se encuentra en la solicitud. Se procesarán las solicitudes de asistencia financiera de inmediato; CRMC hará todo lo posible por enviar una notificación escrita de la determinación al paciente o solicitante en los treinta (30) días posteriores a la recepción de la solicitud completa y toda la información requerida.

Si una persona entrega una solicitud completa en el periodo de solicitud, CRMC:

- ♦ Pondrá la cuenta en espera para evitar que se hagan cobros hasta la determinación de la elegibilidad para recibir asistencia financiera.
- ♦ Procesará la solicitud y hará todo lo posible para notificar a la persona sobre la aprobación o denegación en los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud completa.

Si la persona califica para asistencia financiera parcial, CRMC brindará lo siguiente:

- ♦ Una carta de aprobación que indique el nivel de asistencia financiera aprobado y el monto de descuento que recibirá el paciente o garante.
- ♦ Una factura que indique el monto que el paciente o garante debe por los servicios.

Si la persona entrega una solicitud de asistencia financiera incompleta y no se puede determinar de inmediato su elegibilidad, los asesores financieros solicitarán información adicional del solicitante.

CRMC brindará al solicitante lo siguiente:

- ♦ Aviso escrito de la información adicional y los documentos necesarios para hacer la determinación de elegibilidad.
- ♦ Tiempo razonable (30 días) para entregar los documentos solicitados.
- ♦ CRMC o terceros que actúen en su nombre suspenderán cualquier ECA hasta que se haga la determinación de elegibilidad.

Si una persona no entrega una solicitud en el periodo de solicitud, los pacientes o garantes recibirán declaraciones y cartas de ciclo de facturación con información sobre el FAP. CRMC y sus socios de agencia de cobro podrán realizar una ECA para obtener el pago por los servicios recibidos.

En los casos en los que el paciente no pueda proveer la información solicitada como parte del proceso de solicitud, CRMC aceptará lo siguiente como verificación de la misma:

La explicación por escrito del paciente o solicitante del motivo por el que no puede suministrar la información y una declaración de la información solicitada firmada por el paciente o solicitante en la que se da fe de la precisión y exhaustividad de la información suministrada.

Asistencia financiera presunta

Existen circunstancias en las que un paciente o garante parece ser elegible para recibir asistencia financiera, pero no existe una solicitud en el expediente porque el paciente o garante no la puede completar o la información está incompleta. En consecuencia, puede haber circunstancias en las que se establezca la calificación para asistencia financiera del paciente o garante sin completar la solicitud formal de asistencia. Con frecuencia, existe un registro de información suministrada por el paciente o de otras fuentes que puede proveer evidencia suficiente para que el paciente reciba asistencia financiera. En caso de que no haya evidencia que apoye la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera, el centro hospitalario de CRMC se reserva el derecho de usar agencias externas para determinar los montos estimados de ingreso y los activos líquidos con el fin de determinar la elegibilidad para la asistencia financiera y las tasas potenciales de descuento u otras fuentes de información para evaluar la necesidad individual. Cualquier modelo de uso de terceros considera criterios múltiples de decisión diseñados para evaluar a cada paciente o garante con los mismos estándares que se definen en esta póliza.

Después de la determinación, debido a la naturaleza de las circunstancias presuntas, la única asistencia financiera que se puede otorgar es la condonación parcial o del 100 % del saldo de la cuenta que depende del ingreso del hogar, los niveles de FPL y activos líquidos. La aprobación de la elegibilidad de asistencia financiera presunta solo aplicará a la fecha de servicio en las cuentas evaluadas. La elegibilidad no aplicará en cuentas de fechas pasadas o futuras. Con el fin de ser considerado elegible para recibir asistencia financiera para servicios elegibles, el paciente o garante

debe cumplir con uno (1) de los siguientes criterios, o el centro hospitalario de CRMC puede usar otras fuentes de información para hacer una evaluación individual de necesidad financiera.

Participar, estar inscrito o recibir beneficios de un programa estatal o federal de asistencia como Medicaid, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés). Elegibilidad para el programa de Asistencia Complementaria de Alimentación (SNAP, por sus siglas en inglés) o cupones de comida; Mujeres, Infantes y Niños (WIC); discapacidad; compensación de desempleo; almuerzo escolar subsidiado o gratuito; vivir en una vivienda para personas de bajos ingresos o subsidiada; indigencia o recibir atención en una clínica o refugio para indigentes o gratuita; estar declarado como mentalmente incompetente por un tribunal o profesional autorizado; o fallecido sin patrimonio conocido. Los pacientes sin seguro deben participar en clínicas estatales y locales de atención como Chesapeake Care Clinic para recibir servicios médicos. Participar en programas estatales y locales patrocinados de despistaje de senos para residentes de la comunidad sin seguro o con seguro insuficiente, incluidos, entre otros: Every Woman's' Life, Mobile Mammogram y Bra-ha-ha de CRMC.

Servicios de Medicaid sin cobertura:

CRMC puede aplicar la aprobación de elegibilidad presunta para brindar 100 % de descuento a pacientes que califican para Medicaid y que reciben servicios que no cubre Medicaid como pagador tercero. Tipos de servicios sin cobertura de Medicaid que se brindan a pacientes elegibles para Medicaid (u otros programas de atención para personas sin recursos) que califican para asistencia financiera Algunos ejemplos de servicios sin cobertura son, entre otros:

- Servicios prestados a beneficiarios de Medicaid con Medicaid limitado (p. ej., pacientes que solo tienen beneficios de embarazo o emergencia, pero que reciben otra atención del hospital).
- Denegación de Medicaid u otros programas de atención para personas sin recursos.
- Cargos por exceder el límite de días de estadía.
- Reclamos de Medicaid fuera del estado, sin pago.
- Cargos retroactivos a una solicitud aprobada de Medicaid y que se considera que no califican para pago por estar en el rango de caducidad.

Otra elegibilidad presunta de asistencia financiera:

En el caso de pacientes o garantes que no pueden responder el proceso de solicitud de CRMC, se puede usar otras fuentes de información para hacer una evaluación individual de necesidad financiera. Esta información le permitirá al centro hospitalario de CRMC tomar una decisión informada sobre la necesidad financiera de los pacientes o garantes que no responden, usando los mejores cálculos disponibles a falta de información brindada directamente por el paciente o garante.

Para ayudar a pacientes o garantes que no tienen recursos, CRMC puede pedirle a un tercero que revise la información del paciente o garante con el fin de evaluar la necesidad financiera. En esta revisión se usa un modelo de predicción reconocido por la industria de la atención médica que se basa en bases de datos públicas. El modelo incorpora datos públicos para calcular una puntuación de capacidad socioeconómica y financiera. El conjunto de reglas del modelo está diseñado para evaluar a cada paciente o garante con los mismos estándares y tomando en consideración aprobaciones históricas de asistencia financiera de CRMC. Esto le permite a CRMC evaluar si un paciente o garante tiene las características de otros pacientes o garantes que históricamente han calificado para recibir asistencia financiera de conformidad con el proceso tradicional de solicitud.

Al usar el modelo, se implementará antes de la asignación de deuda incobrable y después de haber agotado todas las otras fuentes de elegibilidad y pago. Esto permite a los asesores financieros de CRMC evaluar a todos los pacientes o garantes para la asistencia financiera antes de tomar cualquier

acción extraordinaria de cobro. Los datos que deriven de esta revisión constituirán documentos adecuados de necesidad financiera de conformidad con esta Póliza. El resultado emulará la aceptación de un paciente (garante) que ha demostrado un nivel de FPL o activos de o por debajo del nivel indicado en la póliza del centro hospitalario de CRMC en el nivel más generoso disponible de conformidad con el FAP.

En caso de que el paciente o garante no califique para la elegibilidad completa presunta según este modelo, el mismo podrá calificar para la elegibilidad parcial presunta o puede brindar información para ser considerado según el proceso tradicional (a través de una solicitud) de asistencia financiera.

Se reclasificarán las cuentas a las que se le otorgue elegibilidad completa presunta según este modelo de predicción con asistencia financiera y se condonará cualquier saldo restante. Solo se otorgarán reembolsos en estas cuentas si el paciente del centro hospitalario de CRMC completa el proceso de solicitud y cumple el nivel caridad al 100 %. La aprobación de la elegibilidad presunta solo aplicará a la fecha de servicio en las cuentas evaluadas. La elegibilidad no aplicará en cuentas de fechas de servicio pasadas o futuras. Esta decisión no constituirá un estado de atención gratuita disponible a través del proceso tradicional de solicitud. Estas cuentas serán consideradas elegibles para asistencia financiera de conformidad con esta Póliza. No serán enviadas a cobro; no estarán sujetas a otras acciones de cobro ni se incluirán en los gastos de deudas incobrables de CRMC.

Solo se notificará a los pacientes o garantes de caridad presunta si el modelo de predicción muestra que se encuentran entre 201 a 400 % del FPL, por lo que se les otorga un descuento según el Programa A.

Se les enviará una carta para informarles de esta decisión y brindarles 30 días para solicitar la caridad completa.

La evaluación presunta brinda un beneficio comunitario dado que permite al centro hospitalario de CRMC identificar sistemáticamente a los pacientes que no tienen recursos financieros para pagar; reducir las cargas administrativas; y brindar asistencia financiera a pacientes y sus garantes que quizás no pueden responder al proceso de solicitud de asistencia financiera. Solo se otorgarán reembolsos en estas cuentas si el paciente o garante completa el proceso de solicitud y cumple el nivel de asistencia financiera al 100 %. La aprobación de la elegibilidad presunta solo aplicará a la fecha de servicio en las cuentas evaluadas.

Crterios de elegibilidad y montos que se cobran a pacientes.

Los pacientes o garantes que se consideren elegibles recibirán asistencia financiera según su necesidad individual de conformidad con las pautas federales de pobreza.

No obstante cualquier disposición contraria en esta póliza, no se le cobrará a ningún paciente o garante elegible para recibir asistencia financiera para servicios elegibles más del monto apropiado con descuento de acuerdo con las pautas federales de pobreza y los activos líquidos (consultar Programa A). Este porcentaje de descuento se calcula dividiendo la diferencia entre los cargos brutos y los pagos realizados de los mismos con la tarifa de servicio de Medicare y todos los seguros privados de salud. El cálculo usa un periodo previo de 12 meses para los servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios. Actualizaremos periódicamente este porcentaje de descuento.

La base para determinar y calcular los montos que facturará el centro hospitalario de CRMC a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente debe cumplir con las normas de límite de ingreso del FPL según el tamaño del hogar y el ingreso anual, así como con el límite de activos líquidos que se define en el Programa A de esta póliza.

Comunicación de información sobre la póliza a pacientes y el público.

Todos los centros hospitalarios de CRMC tomarán medidas para informar y notificar a sus pacientes y visitantes y a los residentes de la comunidad que atiendan (en particular a aquellos que probablemente necesiten la asistencia financiera). Tales medidas incluirán, entre otras, que el centro hospitalario (1) ofrezca a los pacientes copias impresas gratis del resumen en lenguaje claro de la Póliza como parte del proceso de admisión; (2) incluya un aviso escrito notorio en las facturas notificando e informando a los beneficiarios sobre la disponibilidad de la asistencia financiera de conformidad con la Póliza e incluyendo el teléfono de la oficina o departamento del centro hospitalario que puede brindar información sobre la Póliza y su proceso de solicitud y el sitio web directo o URL donde pueden encontrar copias de los documentos de la Póliza; (3) hacer exhibiciones públicas y notorias (u otras medidas razonablemente ideadas para atraer la atención de los pacientes) donde se notifique e informe a los pacientes sobre la Póliza en lugares públicos del centro hospitalario que incluyan, como mínimo, la sala de emergencia, las áreas de admisión o registros y salas de espera asociadas; o por correo.

Cualquier miembro del personal del centro hospitalario de CRMC o del personal médico, incluidos los médicos, enfermeros, asesores financieros, trabajadores sociales, gestores de caso, capellanes y patrocinadores religiosos pueden derivar pacientes para asistencia financiera. El paciente o un familiar, amigo o asociado del mismo puede hacer la solicitud de asistencia financiera, sujetos a las leyes vigentes de privacidad.

La Póliza de asistencia financiera, la solicitud y el resumen en lenguaje claro de CRMC están disponibles en inglés y el idioma materno de la población con dominio limitado en inglés (“LEP”, por sus siglas en inglés) que constituya menos de 1,000 personas o el 5 % de la comunidad atendida en el área de servicio principal. Todas y cada una de las informaciones escritas o impresas sobre esta Póliza, incluida la solicitud, deben estar disponibles en todos los idiomas que hable por lo menos el 5 % de la población atendida en cada centro hospitalario. Actualmente, estos idiomas son español, tagalo, vietnamita, árabe, francés, chino (mandarín), coreano y urdu. CRMC hará todo lo posible para garantizar que la información sobre esta Póliza esté disponible y se comunique de manera clara a los pacientes que no sepan leer o escribir o que hablen idiomas diferentes al de la impresión o publicación de la información de la póliza.

Procedimientos de retención de documentos. El centro hospitalario de CRMC mantendrá los documentos de conformidad con las políticas de retención y suficientes para identificar a los pacientes considerados elegibles para la asistencia financiera incluidos, entre otros, la solicitud del paciente, cualquier información obtenida o considerada para determinar su elegibilidad para asistencia financiera (incluida la información sobre sus ingresos y activos), el método utilizado para verificar sus ingresos, el monto adeudado, el método y cálculo de cualquier asistencia financiera para la que haya calificado y recibido y la persona que aprobó la determinación de su elegibilidad para asistencia financiera.

Acciones extraordinarias de cobro (ECA)

CRMC y sus socios de agencia de cobro pueden realizar las siguientes ECA:

- Brindar información adversa a las agencias u oficinas crediticias que informan créditos al consumidor.
- Algunas acciones legales son: demandas civiles, gravámenes sobre propiedades y retención de salario para cuentas con saldos agregados superiores a \$1,000.

Notificación de ECA a pacientes o garantes:

- ♦ Notificar por escrito 30 días antes de que el socio de la agencia de cobro realice una ECA, incluido el periodo asociado para el que se iniciará la misma.

- ♦ Brindar notificación por escrito de la disponibilidad de asistencia financiera para las personas elegibles antes de iniciar una ECA.
- ♦ Solo se iniciará una ECA después de al menos 150 días de la fecha en la que el centro hospitalario de CRMC emita la primera factura de atención después del alta.
- ♦ Brindar una copia del resumen en lenguaje claro de la Póliza 30 días antes de iniciar una ECA.

Los socios de agencia de cobro de CRMC harán todo lo posible para informar al paciente o garante sobre la Póliza y cómo podrían obtener asistencia. Todas las cuentas tendrán hasta 240 días desde la fecha de emisión de la primera factura después del alta para solicitar asistencia financiera. El periodo de solicitud puede ser más largo dado que el centro hospitalario de CRMC o sus socios de agencia de cobro deben notificar al paciente o garante al menos 30 días antes de iniciar una o más ECA para obtener el pago de la atención.

CRMC y sus socios de agencia de cobro no pueden iniciar una ECA para un paciente o garante que ha presentado una solicitud de asistencia financiera. Si se determina que un paciente o garante califica para asistencia financiera y el mismo ha realizado un pago, CRMC investigará para identificar si existen otras cuentas asociadas con el paciente o garante que tienen un saldo pendiente que no califique para asistencia financiera. Si se encuentra un saldo pendiente, CRMC enviará una carta al paciente o garante para informarle que el pago que se hizo a la cuenta aprobada para asistencia financiera se transferirá a la cuenta con saldo pendiente. Si el paciente o garante no está de acuerdo con transferir los fondos, se reembolsará al mismo cualquier monto pagado. Si el paciente o garante califica para asistencia financiera parcial, el saldo restante estará sujeto a todos los esfuerzos de ciclo de facturación. Si el paciente o garante no entrega una solicitud de asistencia financiera y le aprueban asistencia financiera presunta, esta última solo aplicará al saldo actual del paciente o garante para la fecha de servicio para la que se evalúa la cuenta y no se reembolsarán pagos previos o futuros que se realicen.

Relación con la Política de facturación y cobro. Para cualquier paciente o garante que no pague oportunamente la totalidad o cualquier parte del monto adeudado, solicite asistencia financiera o cumpla presuntamente los requisitos para recibir asistencia financiera para tal cuenta, la instalación hospitalaria de CRMC seguirá las normas establecidas en su Política de facturación y cobro; siempre y cuando no inicie o establezca una acción extraordinaria de cobro contra un paciente o garante por no pagar oportunamente la totalidad o cualquier parte de su cuenta sin hacer primero todo lo posible para determinar si el mismo califica para recibir asistencia financiera. Tales esfuerzos razonables se encuentran establecidos en la Política de facturación y cobro, la cual está disponible, gratis, en el sitio web de CRMC, incluidos los relacionados con las comunicaciones a los pacientes y las acciones requeridas, periodos y avisos relacionados con la entrega de una solicitud completa o incompleta.

Previa solicitud, las personas puede obtener una copia gratuita, por correo, de nuestra Política de facturación y cobro, llamando a nuestro Departamento de Atención al Cliente al 757-312-6281 o 757-312-6401, opción #2. La dirección de correo para asistencia financiera es: Chesapeake Regional Medical Center, a la atención de: Financial Assistance, 736 Battlefield Blvd N, Chesapeake, VA 23320.

Nulidad sobre otras políticas hospitalarias. Póliza sujeta a las leyes vigentes. Esta póliza no alterará ni modificará otras políticas de CRMC relacionadas con los esfuerzos para obtener pagos de terceros, transferencias o atención de emergencia. Esta Póliza y cualquier disposición de asistencia financiera que contenga estarán sujetas a todas las leyes federales, estatales y locales vigentes.

Excepciones a esta Póliza. El director de los Servicios Financieros para Pacientes y el director financiero del centro hospitalario de CRMC tienen la autoridad para determinar la elegibilidad y excepciones de determinación a esta póliza, individualmente y según corresponda de conformidad con la realidad y las circunstancias de cada paciente particular. Bajo ninguna circunstancia se le negará

a un paciente la asistencia financiera si cumple con los requisitos de elegibilidad y determinación para servicios elegibles que se establecen en esta póliza.

Departamento responsable: Comité de Ciclo de Ingresos, Acceso a Pacientes, Contabilidad para Pacientes

Políticas relacionadas: Política de Descuento del Departamento para Personas sin Seguro, Política de Facturación y Cobro

Programa A Cuadro de niveles federales de pobreza y porcentajes de descuento

INGRESO ANUAL								
2022	Descuento del 100 %				Descuento del 66 %	Descuento del 66 %	Descuento del 66 % para personas sin recursos para gastos médicos	Activo líquido Límite
Tamaño del hogar	100%	133%	138%	200%	300%	400%	500%	
1	\$13.590	\$18.075	\$18.754	\$27.180	\$40.770	\$54.360	\$67.950	\$10.000
2	\$18.310	\$24.352	\$25.268	\$36.620	\$54.930	\$73.240	\$91.550	\$10.000
3	\$23.030	\$30.630	\$31.781	\$46.060	\$69.090	\$92.120	\$115.150	\$10.000
4	\$27.750	\$36.908	\$38.295	\$55.500	\$83.250	\$111.000	\$138.750	\$10.000
5	\$32.470	\$43.185	\$44.809	\$64.940	\$97.410	\$129.880	\$162.350	\$10.000
6	\$37.190	\$49.463	\$51.322	\$74.380	\$111.570	\$148.760	\$185.950	\$10.000
7	\$41.910	\$55.740	\$57.836	\$83.820	\$125.730	\$167.640	\$209.550	\$10.000
8	\$46.630	\$62.018	\$64.349	\$93.260	\$139.890	\$186.520	\$233.150	\$10.000
Adicional por persona	\$ 4.720							