

	<b>Política y Procedimiento</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Corporativo	<input checked="" type="checkbox"/> SLCH
		<input checked="" type="checkbox"/> GSRMC	<input checked="" type="checkbox"/> SNLH
		<input checked="" type="checkbox"/> SAGH	<input checked="" type="checkbox"/> SPCH
Página 1 de 5	N° de revisión: 4		
Propietario: Oficina de Finanzas	Autorizado por: Consejo de Administración de SHS		
Financial Assistance/Asistencia Financiera			

## SOLICITUD

Todas las entidades de SHS (incluyendo el Centro Médico Regional del Buen Samaritano, el Hospital General Samaritano de Albany, el Hospital Comunitario Samaritano de Lebanon, el Hospital Samaritano del Norte de Lincoln, el Hospital Samaritano Comunidades del Pacífico y el Grupo Médico SHS).

## POLITICA

De acuerdo con la misión de caridad sin fines de lucro de Samaritan Health Services (SHS) se proporcionará asistencia financiera a los pacientes no asegurados y asegurados con necesidad financiera demostrada y verificada.

Se proporcionará atención médica a las personas que presenten condiciones médicas de emergencia, sin discriminación, independientemente de su capacidad para pagar esos servicios o su elegibilidad para recibir asistencia financiera.

## PROCEDIMIENTO

### DEFINICIONES:

1. **Asistencia financiera:** se refiere a un programa a través del cual los servicios médicamente necesarios son proporcionados por SHS a un costo reducido o sin cargo cuando se ha determinado que el pago de esos servicios no puede obtenerse a través de seguros, agencias externas o medios privados.
2. **Necesidad Médica:** se refiere a la atención que, de acuerdo con parámetros clínicamente aceptados, es razonablemente necesaria para:
  - a. Prevenir la aparición o el empeoramiento de una enfermedad, condición o discapacidad.
  - b. Establecer un diagnóstico.
  - c. Proporcionar tratamiento paliativo, curativo o restaurador para las condiciones físicas, de comportamiento y/o de salud mental, y/o
  - d. Ayudar al individuo a lograr o mantener la capacidad funcional en la realización de las actividades diarias, teniendo en cuenta tanto la capacidad funcional del individuo como las capacidades funcionales que son apropiadas para personas de la misma edad.

Cada servicio se realiza de acuerdo con las normas nacionales de práctica médica, generalmente aceptadas en el momento en que se prestan los servicios y debe ser suficiente en cantidad, duración y alcance, para lograr razonablemente su propósito. El curso del tratamiento puede incluir solamente la observación o, cuando sea apropiado, ningún tratamiento en absoluto. Existen ciertas exclusiones de servicios que normalmente no son elegibles para asistencia financiera, incluyendo, pero no limitado a servicios cosméticos,

procedimientos bariátricos u otros servicios que no se consideran médicamente necesarios.

3. **Los ingresos** se refieren al total de los ingresos en efectivo antes de impuestos derivados de los salarios, pagos de asistencia social, pagos de Seguro Social, beneficios de huelga, desempleo o beneficios por discapacidad, manutención de hijos, pensión alimenticia y ganancias brutas de negocios e inversiones pagadas a los miembros del hogar.
4. **Familia (Definición de la Oficina del Censo):** Un grupo de dos o más personas que residen juntos y que están relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las reglas del Servicio de Rentas Internas, si el paciente reclama a alguien como dependiente en su declaración de impuestos, puede ser considerado un dependiente para propósitos de proporcionar asistencia financiera.
5. **La Cantidad Generalmente Facturada (AGB):** se refiere al monto promedio aceptado como pago completo por la combinación de Medicare y los pacientes asegurados comercialmente. La AGB se calcula anualmente usando un método de revisión para los 12 meses anteriores e incluye reclamos para todos los pacientes cubiertos por Medicare tradicional, reemplazo de Medicare (o Cuidado administrativo de Medicare) y todos los planes de salud comerciales. El porcentaje AGB se calcula dividiendo la suma de las reclamaciones pagadas en su totalidad (incluyendo los pagos del seguro y el coseguro del paciente, los copagos y los deducibles) por los cargos brutos correspondientes para esas reclamaciones. AGB puede ser diferente entre las instalaciones de SHS debido a que los porcentajes de pacientes que son Medicare y/o asegurados comercialmente varían por ubicación.
6. **Acciones de Recaudación Extraordinarias (ECA):** se refiere a las siguientes acciones: poner un gravamen en la propiedad, adjuntar cuentas bancarias, presentar una acción civil en virtud del derecho contractual, embargar los salarios, informar a una agencia de crédito / oficina. SHS o sus agencias de cobranza contratadas pueden tomar las acciones alistadas para cuentas no pagadas sujetas a cualquier aprobación requerida por el tribunal.
7. **Pacientes sin seguro médico:** se definen como personas que no están aseguradas o no califican para ningún programa gubernamental o privado que proporcione cobertura para cualquiera de los servicios prestados.

### **IMPLEMENTACIÓN:**

1. Se dispone de letreros y folletos que informan a los pacientes sobre la asistencia financiera de Samaritan Health en las áreas de acceso apropiadas, incluyendo el registro, y también están disponibles en el sitio web: [www.samhealth.org](http://www.samhealth.org).
2. Se proporciona información de asistencia financiera por lo menos anualmente a agencias comunitarias tales como: departamentos de salud locales, oficinas de Medicaid, agencias de servicios sociales y oficinas de médicos.
3. Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera antes, durante o después del tratamiento, o en cualquier momento durante el proceso de facturación y hasta 240 días después de que se envió el primer estado de cuenta.
4. La atención de urgencias nunca se retrasa por una determinación de asistencia o por solicitudes de información financiera u otra información relacionada con la

- capacidad de pago.
5. La asistencia financiera es secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, incluyendo, pero no limitado a: seguros, contribuyentes de responsabilidad civil, programas gubernamentales, programas de agencias externas, saldos de cuentas de ahorro de salud y recursos personales.
  6. La asistencia financiera no se concede a los pacientes que no cooperan con los esfuerzos para determinar la elegibilidad para el gobierno u otros programas de seguros.
  7. La asistencia financiera se otorga sólo para atención médicamente necesaria basada en evidencia. Los servicios que son cosméticos o de naturaleza electiva o se ha demostrado que carecen de eficacia clínica no son elegibles para la cobertura bajo esta política.
  8. Los proveedores que no sean empleados por los servicios de salud de Samaritan, que pueden proveer cuidado a un paciente dentro de una instalación de SHS, pueden o no aceptar la determinación de asistencia financiera de SHS. Una lista de estos proveedores está disponible en el sitio web de SHS: [www.samhealth.org](http://www.samhealth.org).

### **ELEGIBILIDAD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

1. Cualquier persona que busque asistencia financiera puede solicitar una solicitud de asistencia financiera.
2. Las solicitudes de asistencia financiera están disponibles por solicitud en todas las áreas de inscripción, poniéndose en contacto con el servicio de atención al cliente o en el sitio web: [www.samhealth.org](http://www.samhealth.org).
3. Mientras una solicitud de asistencia financiera está pendiente de revisión, SHS no inicia esfuerzos de recolección, siempre y cuando la parte responsable coopere con los esfuerzos para obtener el pago de otras fuentes.
4. Las solicitudes de revisión de asistencia financiera pueden ser propuestas por fuentes distintas del paciente, como el médico del paciente, miembros de la familia, grupos comunitarios o religiosos, servicios sociales o personal del hospital.
5. Además de una solicitud de crédito, el paciente que solicita ayuda financiera debe presentar una prueba de ingresos anuales, que puede consistir en:
  - a. La declaración de impuestos federales más recientemente presentada, cuando corresponda.
  - b. Copias de los talones de pago, de los últimos 3 meses.
  - c. Verificación escrita de los ingresos del empleador.
  - d. Declaraciones de la Administración del Seguro Social.
  - e. Otros documentos que el representante del paciente considere necesarios.
6. El ingreso anual consiste en:
  - a. Salarios ganados por miembros del hogar durante el año pasado y/o posibles salarios futuros.
  - b. Ingresos por intereses y dividendos.
  - c. Ingreso de trabajo por cuenta propia.
  - d. Manutención de hijos o pensión alimenticia, que puede requerir una copia

- del expediente judicial.
  - e. Beneficios de desempleo.
  - f. Compensación de trabajadores.
  - g. El beneficio de seguro de vida.
  - h. Pagos de pensiones o reparto de utilidades.
  - i. Pagos del Seguro Social.
  - j. Otros ingresos.
7. Todas las posibles fuentes de pago deben ser consideradas antes de que se otorgue una asignación de asistencia financiera, e incluirán:
    - a. Cualquier cobertura de seguro que el paciente pueda tener.
    - b. Cualquier cobertura de terceros; es decir, víctimas de delitos.
    - c. Solicitud al plan de salud de Oregon, servicios para personas mayores o discapacitadas u otros programas estatales/federales.
  8. El paciente y el cónyuge deben presentar toda la documentación requerida y firmar la solicitud de crédito antes de ser considerados para asistencia financiera. Si no se presenta toda la documentación solicitada en los plazos establecidos, se producirá una denegación automática de la solicitud.
  9. Una verificación de crédito puede ser solicitada por SHS.
  10. La asignación de asistencia financiera se determina utilizando una tabla de ingresos basada en las Guías Federales de Pobreza. La tabla se actualiza anualmente e incluye determinantes del ingreso y el tamaño de la familia y se basa en el nivel federal de pobreza. (Las guías para la pobreza están disponibles en la Oficina Regional de Negocios.)

### **Porcentajes de Pobreza Federal**

1. Ajuste de asistencia financiera
  - 0 a 225%
  - 226 a 300%
2. Paciente no asegurado
  - 100%
  - 50%
3. Paciente asegurado
  - 100%
  - 0%
11. A los pacientes que califican bajo el programa de asistencia financiera no se les cobra más que el AGB por los servicios que son elegibles para asistencia financiera.
12. Se enviará una carta al paciente/garante después de que se haya aprobado la ayuda de asistencia financiera.
13. Se enviará una carta de denegación si el paciente no califica para la ayuda de asistencia financiera.
14. El paciente/garante puede volver a presentar una solicitud en un plazo de 30 días para su consideración o reducción adicional.  
Si un paciente está buscando ayuda con las facturas médicas, pero no cumple con los requisitos de ingresos para la asistencia financiera bajo las pautas de la escala, él/ella puede solicitar una revisión de descuento a base de una

consideración catastrófica. Si el saldo del paciente excede el 20% de su ingreso anual, él/ella puede ser elegible para asistencia financiera catastrófica. Las aprobaciones catastróficas requieren la aprobación del vicepresidente.

### **Prácticas de recolección:**

1. SHS enviará un mínimo de tres (3) estados de cuentas al paciente, que informa al paciente de la cantidad adeudada y de la oportunidad del paciente de completar una solicitud de asistencia financiera. SHS puede intentar comunicarse con el paciente por teléfono, al número proporcionado por el paciente (si existe), para informar al paciente de la cantidad adeudada y de la oportunidad del paciente de completar una solicitud de asistencia financiera, e indicando que la finalización de tal solicitud puede proporcionar al paciente atención gratuita o de costo reducido.
2. Si hay un saldo adeudado después de la determinación de asistencia financiera y el paciente no cumple con los arreglos de pago acordados, SHS hará dos intentos de notificar al paciente por correo. Si la situación financiera del paciente ha cambiado, se le dará al paciente la oportunidad de elaborar nuevos arreglos de pago.
3. Si el paciente no hace los arreglos de pago, o si el paciente no cumple con los arreglos de pago hechos, SHS puede remitir el saldo de la cuenta pendiente a una agencia de cobro.
4. SHS y/o sus agencias de cobro pueden participar en una rutina de prácticas de cobro, incluyendo, pero no limitándose a: reportar a agencias de crédito, presentar gravámenes voluntarios, embargar salarios y tomar acciones legales para cobrar saldos adeudados.
5. SHS y/o sus agencias de cobro pueden colocar gravámenes en bienes raíces, después de un juicio final en una demanda presentada, para cobrar el saldo de la cuenta. En la ausencia de circunstancias especiales, SHS instruirá a sus agencias de cobro a no ejecutar embargos de gravámenes sobre las residencias primarias hasta que la residencia sea vendida o el paciente y su cónyuge hayan muerto o hayan dejado la residencia de otro modo.
6. Determinación presuntiva de asistencia financiera- SHS entiende que ciertos pacientes no pueden completar una solicitud de asistencia financiera, cumplir con las solicitudes de documentación, o de lo contrario no responden al proceso de solicitud. Como resultado, puede haber circunstancias bajo las cuales la calificación de un paciente para asistencia financiera se establece sin completar la solicitud de asistencia formal. Bajo estas circunstancias, SHS puede utilizar otras fuentes de información para hacer una evaluación individual de la necesidad financiera. Esta información permitirá a SHS tomar una decisión informada sobre la necesidad financiera de pacientes que no responden, utilizando las mejores estimaciones disponibles en ausencia de información proporcionada directamente por el paciente.  
SHS puede utilizar a un tercero para realizar una revisión electrónica de la información del paciente, para evaluar la necesidad financiera. La revisión electrónica se desplegará antes de la asignación de deudas incobrables, después de que se hayan agotado todas las demás fuentes de elegibilidad y

pago. Esto permite que SHS investigue a todos los pacientes, para recibir asistencia financiera, antes de emprender acciones extraordinarias de recaudación. Los datos obtenidos de esta revisión electrónica de elegibilidad constituirán la documentación adecuada de la necesidad financiera bajo esta política.

Cuando se utilice la inscripción electrónica como base para la supuesta elegibilidad, se otorgará el descuento más alto de la atención gratuita completa para servicios elegibles para fechas retrospectivas de servicio solamente. Si un paciente no califica bajo el proceso de inscripción electrónica, el paciente podría ser considerado bajo el proceso de solicitud de ayuda financiera tradicional. Las cuentas de pacientes que reciben supuesta elegibilidad se reclasificarán bajo la política de asistencia financiera. No serán enviados a cobro, no estarán sujetos a nuevas acciones de cobro, no serán notificados de su calificación y no serán incluidos en el gasto de la deuda incobrable del hospital.

### **Comunicación del Programa de Asistencia Financiera a los Pacientes y dentro de la Comunidad.**

Notificación sobre asistencia financiera disponible de SHS, que incluirá un número de contacto (800-640-6339), y la información será difundida por SHS por varios medios, que incluirán, pero no se limitan a:

1. Los pacientes registrados en el Departamento de Emergencias o en la Oficina de Admisión recibirán un aviso, notificando al paciente que el hospital ofrece descuentos, asistencia financiera y otros programas alternativos de pago;
2. El registro de pacientes ambulatorios proporcionará la misma notificación a todos los pacientes que no hayan sido previamente tratados en SHS;
3. Publicar avisos en varias áreas, incluyendo la sala de emergencias, la oficina de facturación y las áreas de registro para pacientes ambulatorios; y
4. En otros lugares públicos como SHS pueda escoger. SHS también imprimirá y publicará ampliamente un resumen de esta política de asistencia financiera en los sitios web de las instalaciones, en los folletos disponibles en los sitios de acceso de los pacientes y en otros lugares dentro de la comunidad atendidos por el hospital como SHS pueda escoger. Dichos avisos y un resumen de información se proporcionarán en los idiomas primarios hablados por la población atendida por SHS.

### **REFERENCIAS**

- Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos

### **REVISION/HISTORIA DE LA REVISIÓN**

Fecha de Revisión	Revisión #	Revisión	Descripción de la revisión	Colaborado con (Es decir, Comité de Normalización, VP's, Calidad, Riesgo)
Fecha de publicación	0	Nuevo		
12/22/2015	0-1	Revisión	Archivado	
12/22/2015	2	Revisión	Actualizado para incluir el lenguaje presuntivo de elegibilidad	Financiar
6/21/2016	3	Revisión	Lenguaje de la consideración de activos eliminado	Financiar

11/7/2016	4	Revisión	Lenguaje de cálculo AGB actualizado. Especifique las ubicaciones aplicables para la publicación pública. Formato menor	Financiar
12/29/2017	5	Revisión	Gramática actualizada	Financiar