

<b>Política:</b> Política de ayuda financiera	<b>Fecha original:</b> Agosto de 2003
<b>División:</b> Finanzas corporativas	<b>Fecha de entrada en vigor de la evaluación o revisión:</b> Junio 2019
<b>Departamento:</b> Finanzas corporativas	<b>Aprobada en septiembre de 2015 por:</b> La junta directiva de Martha Jefferson Hospital
<b>Categoría:</b> Cumplimiento normativo	<b>Propietario:</b> Servicio de facturación a pacientes
<b>Ubicación o ubicaciones:</b> Ver abajo	

Fechas anteriores de evaluación o revisión: enero de 2009, marzo de 2013, enero de 2016

### Declaración de políticas:

Como parte de la misión de Sentara Healthcare (“Sentara”) de mejorar la salud cada día, los centros hospitalarios se comprometen a brindar servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios a todos los pacientes en sus comunidades respectivas sin importar la capacidad del paciente de pagar por dichos servicios.

### Objetivo:

Esta política de ayuda financiera (“Política”) establece la política que cada centro hospitalario debe seguir al: (1) determinar la elegibilidad para ayuda financiera de los pacientes que reciben servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios; (2) calcular las cantidades que se cobran a los pacientes que pueden recibir ayuda financiera; y (3) facilitar el proceso de solicitud de ayuda financiera del paciente. Además, esta política describe las prácticas de facturación y cobros de Sentara en cuanto a servicios de atención médica proporcionados por los centros hospitalarios, incluyendo los esfuerzos que hará un centro hospitalario para determinar la elegibilidad del paciente para recibir ayuda financiera antes de tomar medidas extraordinarias de cobro en caso de falta de pago.

### Definiciones:

**Montos facturados por lo general (AGB, por sus siglas en inglés):** los montos que un centro hospitalario cobra por lo general por servicios de emergencia o servicios médicamente necesarios a las personas que tienen seguro que cubre dicha atención médica; estos montos se determinan según la Sección 1.501(r)-5(b) de las Regulaciones del Departamento del Tesoro.

**Plazo para presentar la solicitud:** período de tiempo que empieza al principio de la atención médica continua de un paciente hasta 240 días después de haberle presentado la primera factura una vez que se le ha dado de alta.

**Servicios cubiertos:** servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios que brinda un centro hospitalario.

**Servicios de emergencia:** atención médica o tratamiento que brinda un centro hospitalario para una “afección que requiere tratamiento de urgencia”, tal y como se define el término en la EMTALA.

**EMTALA:** Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (42 U.S.C. § 1395dd; 42 C.F.R. § 489.24).

**Medidas extraordinarias de cobro (ECA, por sus siglas en inglés):** medidas extraordinarias de cobro tal y como se definen en la Sección 1.501(r)-6(b) de las Regulaciones del Departamento del Tesoro.

**Pautas federales para determinar el índice de pobreza:** pautas federales para determinar el índice de pobreza según las publica anualmente el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. *Consultar* las pautas actuales en <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm>.

**Ayuda financiera:** una reducción del monto bruto que un centro hospitalario cobra a los pacientes que cumplen con los requisitos de ayuda financiera según esta política.

**Costos brutos:** el precio completo y establecido por un centro hospitalario por servicios de atención médica que el centro hospitalario cobra sistemática y uniformemente a los pacientes antes de hacer concesiones, descuentos o deducciones contractuales.

**Centro hospitalario:** una instalación hospitalaria administrada por Sentara que requiere acreditación como hospital de acuerdo al Artículo 32.1, Capítulo 5 del Código de Virginia. Esta política es aplicable a los siguientes centros hospitalarios de Martha Jefferson Hospital, una organización hospitalaria de caridad, en virtud de la sección 501(c)(3) del código de impuestos internos:

Sentara Martha Jefferson Hospital	

**Organización hospitalaria:** una organización reconocida, o que busca reconocimiento, según se describe en virtud de la sección 501(c)(3) del código de impuestos internos y que administra uno o más centros hospitalarios.

**Ingresos familiares:** los ingresos brutos anualizados de un paciente y todos los miembros de su hogar que se declaran en la misma declaración de renta federal.

**Pacientes asegurados:** personas que tienen cualquier tipo de seguro médico del gobierno, comercial, de atención administrada o privado.

**Servicios médicamente necesarios:** servicios razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad, lesión o afección relacionada con el embarazo que se llevan a cabo de acuerdo a normas reconocidas de atención médica en el momento del servicio y que no son principalmente para la comodidad del paciente o del médico u otro proveedor de atención médica del paciente.

**Centro no hospitalario:** una instalación que no requiere acreditación como hospital de acuerdo al Artículo 32.1, Capítulo 5 del Código de Virginia, incluyendo, entre otros, el consultorio de un médico bajo propiedad y administración de una organización hospitalaria exenta de los requisitos de acreditación como hospital en virtud de la Sección 32.1-124 del Código de Virginia.

**Entidad considerablemente relacionada:** con respecto a un centro hospitalario administrado por una organización hospitalaria, una entidad que se trata como una sociedad con fines de impuestos federales sobre la cual la organización hospitalaria es propietaria de capital o devenga intereses, o una entidad excluida de la cual la organización hospitalaria es miembro o propietaria única, que brinda servicios cubiertos en ese centro hospitalario.

**Reclamos de responsabilidad civil a terceros:** cualquier reclamo que un paciente pueda tener contra otra persona, aseguradora o entidad responsable de cubrir los costos del paciente por servicios médicos.

**Pacientes sin seguro:** personas que no tienen seguro médico del gobierno, comercial, de atención administrada o privado o cuyos beneficios del seguro se han agotado.

### Servicios cubiertos:

Solo se considera como servicios que cubren los requisitos de atención médica del paciente bajo esta política a los servicios cubiertos proporcionados por un centro hospitalario o su entidad considerablemente relacionada. Ningún centro hospitalario tiene la autoridad de ofrecer ayuda financiera con respecto a los cobros de los médicos u otros profesionales de la salud que no están empleados por el centro hospitalario.

Una lista de los proveedores, además del centro hospitalario en sí, que brindan servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios en cada centro hospitalario, y sea que los servicios estén cubiertos por esta política o no, se mantiene en un documento por separado, el cual se puede obtener, gratuitamente: (1) en las áreas de registro de los pacientes de cada centro hospitalario; (2) llamando al número de teléfono que aparece en esta política; (3) enviando una solicitud por escrito a la dirección que aparece en esta política; o (4) visitando [www.sentara.com/financialassistance](http://www.sentara.com/financialassistance).

Los servicios proporcionados en centros no hospitalarios no están cubiertos por esta política.

#### **Descalificación de la ayuda financiera:**

La ayuda financiera no está disponible para pacientes que no cumplen razonablemente con los requisitos correspondientes del pagador, incluyendo, entre otros, obtener autorizaciones, recomendaciones u otros requisitos para la adjudicación del reclamo.

La ayuda financiera no está disponible cuándo un reclamo relacionado de responsabilidad civil a terceros está disponible para el paciente. El centro hospitalario correspondiente determina las excepciones caso por caso en base a los datos y las circunstancias particulares.

Se negará la ayuda financiera si el paciente, el tercero responsable del paciente o el fiador brindan información falsa con respecto a sus ingresos, el tamaño de la familia, los activos, los pasivos, los gastos u otros recursos disponibles que puedan indicar la capacidad financiera de pagar los servicios cubiertos.

#### **Criterios de elegibilidad y determinación del monto de la ayuda financiera:**

Los pacientes tienen derecho a solicitar ayuda financiera para pagar los servicios cubiertos en virtud de esta política en cualquier momento durante el plazo para presentar la solicitud. Al determinar el nivel de ayuda financiera para el cual un candidato llena los requisitos en virtud de esta política se evalúan los ingresos familiares de cada paciente teniendo en cuenta hechos y circunstancias relevantes, tales como los ingresos declarados, los activos, los pasivos, los gastos y otros recursos a disposición del paciente o de la persona responsable del paciente.

Teniendo en cuenta todos estos factores, se usan los siguientes criterios de ingresos familiares para determinar la cantidad, dado el caso, que se deducirá como ayuda financiera del saldo pendiente en la cuenta del paciente con relación a sus servicios cubiertos:

- Los pacientes que no tienen seguro y tienen ingresos familiares del 200% o menos de las pautas federales del momento para determinar el índice de pobreza reúnen los requisitos para una deducción total o del 100% del monto bruto que cobra el centro hospitalario con relación a los servicios cubiertos en virtud de esta política.
- Los pacientes asegurados que tienen ingresos familiares del 200% o menos de las pautas federales del momento para determinar el índice de pobreza reúnen los requisitos para una deducción total o del 100% de cualquier saldo restante que sea responsabilidad del paciente después de que el seguro haya pagado por los servicios cubiertos en virtud de esta política.
- Los pacientes que no tienen seguro y tienen ingresos familiares de más del 200%, pero de menos del 400% de las pautas federales del momento para determinar el índice de pobreza reúnen los requisitos para un descuento del 75% del monto bruto que cobra el centro hospitalario con relación a los servicios cubiertos en virtud de esta política.
- Los pacientes que no tienen seguro y tienen ingresos familiares superiores al 400% de las pautas federales del momento para determinar el índice de pobreza no reúnen los requisitos para recibir ayuda financiera en virtud de esta política. En el caso de los pacientes que no tienen seguro y están excluidos de la ayuda financiera en virtud de esta política, se hará un ajuste administrativo del 30% del monto bruto que cobra el centro hospitalario.

Quienes solicitan ayuda financiera en virtud de esta política tal vez tengan que presentar cualquiera de los siguientes documentos como verificación de los ingresos familiares durante el plazo para presentar la solicitud: tres recibos de pago más recientes en el momento de hacer la solicitud; la declaración de renta federal anual o formulario W-2 más reciente en el momento de hacer la solicitud; comprobante del empleador; documentos de ayuda del gobierno, cartas del seguro social, del seguro de indemnización al trabajador o de determinación de compensación de desempleo; extractos bancarios; o cualquier otro documento que sirva de prueba de ingresos familiares. Un centro hospitalario también puede utilizar los datos de ingresos, activos, pasivos, gastos y otros recursos de consultas de crédito de terceros, así como fuentes de datos disponibles al público, como prueba para determinar y validar los ingresos familiares del solicitante que determinan la elegibilidad en cuanto a ayuda financiera en virtud de esta política.

Un centro hospitalario puede hacer una determinación hipotética utilizando recursos de consultas de crédito de terceros y fuentes de datos disponibles al público para determinar si un paciente reúne los requisitos para recibir ayuda financiera en virtud de esta política. Si los datos sugieren que los ingresos familiares de dicho paciente son del 200% o menos de las pautas federales del momento para determinar el índice de pobreza, el paciente podría reunir los requisitos para que se le descuenta la totalidad de su balance por servicios cubiertos.

No se supone que las determinaciones anteriores de elegibilidad de un paciente con respecto a la ayuda financiera se apliquen a casos nuevos de tratamiento de dicho paciente. Hay que llenar una solicitud nueva de ayuda financiera.

Una vez que se determina que el paciente reúne los requisitos de ayuda financiera en virtud de esta política, no se le cobrará más que los montos facturados por lo general por los servicios cubiertos en virtud de esta política. Los montos facturados por lo general se determinan multiplicando el monto bruto relacionado con los servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios por un porcentaje de los montos facturados por lo general del centro hospitalario, los cuales se basan en todos los reclamos permitidos de acuerdo a Medicare y al seguro médico privado. Una hoja de información que presenta los porcentajes de los montos facturados por lo general para cada centro hospitalario cubierto por esta política y cómo se calcularon estos porcentajes se puede obtener gratuitamente: (1) en las áreas de registro de los pacientes de cada centro hospitalario; (2) llamando al número de teléfono que aparece en esta política; (3) enviando una solicitud por escrito a la dirección que aparece en esta política; o (4) visitando [www.sentara.com/financialassistance](http://www.sentara.com/financialassistance).

Los pacientes que no tienen seguro y no satisfacen los requisitos de elegibilidad para ayuda financiera en virtud de esta política deben ponerse en contacto con Sentara, como se describe en este documento, para determinar si es posible que llene los requisitos para obtener descuentos que se ofrecen ajenos a esta política.

### **Métodos para solicitar u obtener ayuda financiera:**

La solicitud de ayuda financiera está disponible en áreas de registro del paciente en cada centro hospitalario y también se puede descargar gratuitamente de internet en [www.sentara.com/financialassistance](http://www.sentara.com/financialassistance). La solicitud de ayuda financiera también se puede enviar gratuitamente por correo a los pacientes que la soliciten por teléfono en el 540-564-5866 o en el 888-389-1644 o que envíen una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Sentara Healthcare  
Hospital Business Office  
1515 Country Club Road  
Harrisonburg, Virginia 22802

Las solicitudes de ayuda financiera llenas, así como los comprobantes de ingresos familiares, se deben enviar por correo a la dirección que aparece en esta política. Como alternativa, el paciente puede devolver la solicitud llena, así como los comprobantes de ingresos familiares, en cualquier área de registro del paciente del centro hospitalario.

Los pacientes que necesiten información adicional sobre esta política o necesiten ayuda con esta solicitud de ayuda financiera pueden llamar o presentarse a la dirección anterior de lunes a viernes durante las horas laborales normales y hablar con un coordinador de la ayuda financiera de Sentara.

### **Duración de la elegibilidad:**

Las determinaciones de elegibilidad en virtud de esta política permanecen vigentes por los servicios cubiertos prestados hasta 240 días antes de la fecha final de aprobación de la solicitud de ayuda financiera y no corresponden a fechas de servicios después de esta fecha final de aprobación de la solicitud.

### **Medidas que se toman en caso de falta de pago (cobros con mora):**

Se hacen esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente en cuanto a ayuda financiera en virtud de esta política con respecto a los servicios cubiertos antes de emprender esfuerzos de cobros con mora contra el paciente. Dichos esfuerzos incluyen notificar al paciente de esta política, ayudar al paciente a corregir toda solicitud incompleta de ayuda financiera e informar al solicitante de ayuda financiera de la determinación de su elegibilidad una vez que hemos recibido la solicitud llena.

Si, después de haber hecho esfuerzos razonables, se descubre que el paciente no reúne los requisitos de ayuda financiera en virtud de esta política o no responde a los esfuerzos del centro hospitalario para obtener la información necesaria para determinar su elegibilidad para ayuda financiera, la cuenta del paciente se podría pasar a deudas incobrables y la cuenta morosa se podría transferir al departamento de cobranza de Sentara. Un centro hospitalario podría tomar medidas extraordinarias de cobro una vez que se ha pasado una cuenta al departamento de cobranza de Sentara. Las medidas extraordinarias de cobro incluyen enviar la cuenta a una empresa de cobranza, la cual podría informar la cuenta morosa a una o más agencias de información de solvencia sobre consumidores (oficina de crédito). Además, el centro hospitalario podría entablar demandas, iniciar un proceso judicial, registrar sentencias o escrituras de fideicomiso, implementar embargos de propiedad raíz y retener salarios y otros activos.

Después de un período razonable y antes de iniciar las medidas extraordinarias de cobro, el centro hospitalario también tratará de ayudar al paciente a reunir los requisitos y descontar los balances relacionados con los servicios cubiertos del paciente en virtud de esta política cuando el paciente no presenta información financiera ni responde a los esfuerzos para brindarle ayuda financiera en base a datos de agencias de informe de crédito que ayudan a determinar los ingresos y la capacidad crediticia. Cuando los datos sobre el crédito sugieren que los ingresos familiares totales del paciente son del 200% o menos de las pautas federales del momento para determinar el índice de pobreza, el balance de la cuenta por los servicios cubiertos de ese paciente podría dars e de baja a una caridad presunta.

Antes de clasificar las cuentas de un paciente como deudas incobrables, el centro hospitalario, como parte de su proceso de rutina de cobros, le envía al paciente por correo una serie de tres estados de cuenta y también puede tratar de ponerse en contacto con el paciente. Los centros hospitalarios también contratan los servicios de negociantes de elegibilidad para ayudar a los pacientes que no tienen seguro a enviar solicitudes a programas del gobierno, tales como Medicaid. Los centros hospitalarios utilizan tecnología y otros servicios de suministro para ayudar a encontrar información sobre el pagador cuando dicha información no se le proporciona al centro hospitalario durante el procedimiento de registro del paciente.

En caso de falta de pago o ausencia de todo convenio de pago de mutuo acuerdo, el centro hospitalario considerará la cuenta deuda incobrable y es posible que tome medidas extraordinarias de cobro después de 120 días a partir del momento en que se le dio la primera factura al paciente después de que se le dio de alta. Cuando la cuenta se considera deuda incobrable se le enviará al paciente por correo una serie adicional de tres estados de cuenta. Se evaluará todo monto que quede sin pagar al final de esta segunda serie de estados de cuenta que se envía al paciente con miras a contraprestación legítima o al envío posible a una empresa de cobranza externa.

Los balances del paciente reúnen los requisitos de una evaluación de ayuda financiera durante el plazo para presentar la solicitud. Después de recibir la solicitud de ayuda financiera durante el plazo para presentar la solicitud se suspenden todas las medidas extraordinarias de cobro hasta que el centro hospitalario haga una determinación final de elegibilidad. A quien solicite ayuda financiera y brinde información incompleta durante el plazo para presentar la solicitud se le da un tiempo razonable, según y como lo determine Sentara y en base a hechos y circunstancias particulares, para que responda a la notificación por escrito del centro hospitalario y entregue la información o la documentación adicional necesaria para finalizar la solicitud. Si el solicitante no

responde a la solicitud de información adicional del centro hospitalario en un plazo de tiempo razonable, según y como lo determine Sentara y en base a hechos y circunstancias particulares, se reanudan las medidas extraordinarias de cobro.

Por lo menos 30 días antes de que el centro hospitalario inicie las medidas extraordinarias de cobro se informa al paciente, por escrito, de las medidas extraordinarias de cobro que el centro hospitalario tiene la intención de iniciar para obtener el pago, así como de la disponibilidad de ayuda financiera para las personas que reúnen los requisitos. Junto con esta notificación, se le proporciona al paciente un resumen en lenguaje sencillo de esta política. El centro hospitalario también hará esfuerzos razonables para informar a los pacientes verbalmente de esta política y de cómo pueden obtener ayuda con el proceso de solicitud de ayuda financiera durante el período entre el envío por correo de la notificación de inicio de las medidas extraordinarias de cobro y el inicio o reinicio de estas medidas. Las medidas extraordinarias de cobro no pueden tener lugar antes de los 120 días a partir del momento en que se le dio la primera factura al paciente después de que se le dio de alta, como se describe en la Sección 1.501(r)-6(c)(3)(i) de las Regulaciones del Departamento del Tesoro.

El director del servicio de facturación a pacientes es responsable de decidir si un centro hospitalario ha hecho esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente en cuanto a ayuda financiera en virtud de esta política antes de tomar medidas extraordinarias de cobro.

### **Excepciones a esta política**

El director del servicio de facturación a pacientes, el abogado principal de cobranza de Sentara, el vicepresidente del ciclo de ingresos y el director financiero de Sentara tienen cada uno la autoridad de hacer excepciones a esta política en cuanto a elegibilidad y decisión, caso por caso, como corresponda a los hechos y circunstancias particulares del paciente. En ningún caso se le negará ayuda financiera a un paciente si reúne los requisitos establecidos de elegibilidad y decisión con respecto a los servicios cubiertos establecidos en esta política.