

asistencia financiera RHS-GB-RC		N.º de política 618
Sistema de Salud de Riverside (que incluye RMG, RRMC, RSMH, RWRH, System Wide (RHS), RBHC, RDHW)		
Capítulo de la categoría: Consejo de Administración (GB por sus siglas en inglés), Ciclo de ingresos - Contabilidad de pacientes	Grupo de distribución: todos los empleados de RHS	
Responsable de aprobación de la política: AVP Ciclo de Ingresos Contabilidad de Pacientes	Propietario de la política: Thornton, Brandie	
Fecha efectiva: 01/nov/2022		Página 6 de 8

Descripción de la revisión
01/nov/2022 - Actualización del plazo de solicitud.

PROPÓSITO:

En Riverside Health System entendemos que los gastos de atención médica suelen ser inesperados y que los costos pueden ser más de lo que los pacientes pueden pagar. Riverside Health System es una organización sin fines de lucro que tiene la misión de dar una atención excelente a todos los pacientes sin tener en cuenta la capacidad de pago de la atención médica que es clínicamente de urgencia.

DEFINICIONES:

Para los fines de esta política, los términos abajo se definen de la siguiente manera:

- **Asistencia financiera:** servicios de atención médica que se prestaron o se prestarán, pero que nunca se espera que generen ingresos de dinero. La asistencia financiera resulta de la política de un proveedor de prestar servicios de atención médica gratuitos o con descuento a las personas que cumplen los criterios establecidos.
- **Atención de caridad:** servicios prestados al paciente que carece de capacidad económica para pagar atención médica. Los servicios de atención de caridad solo se refieren a servicios de emergencia y medicamente necesarios.
- **Indigencia médica:** La condición en la que las personas son económicamente incapaces de acceder a una atención médica adecuada sin privarse a sí mismos y a sus dependientes de alimentos, ropa, vivienda y otros artículos esenciales para vivir.
- **Familia:** según la definición de la Oficina del Censo de los EE.UU., se aplica a un grupo de dos o más personas que viven juntas y cuyo vínculo deriva de nacimiento, matrimonio o adopción. Según las normas del Servicio de Impuestos Internos, si un paciente declara a una persona como dependiente en su declaración de impuesto a la renta, se podrá considerar dependiente para los fines de suministro de asistencia financiera.
- **Ingreso familiar:** el ingreso familiar se determina según la definición de la Oficina del Censo de los EE.UU., que usa los siguientes ingresos al momento de calcular las directrices federales de pobreza:
 - Incluye ganancias, subvención por desempleo, indemnización laboral, Seguridad Social, Seguro de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos de guerra, beneficios de sobrevivientes, ingresos por jubilaciones o pensiones, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos derivados de sucesiones, fideicomisos, asistencia educativa, pensión conyugal, pensión alimenticia, asistencia desde fuera de la casa y otras fuentes varias; no se incluyen los beneficios no recibidos en efectivo (por ejemplo, vales de alimentos y subsidios para la vivienda).

- Se determinan sobre la base antes de impuestos.
- Si la persona vive con su familia directa, incluye el ingreso de todos los integrantes de la familia.
- **Sin seguro:** el paciente no posee ningún nivel de seguro o asistencia de terceros para ayudarlo a cumplir sus obligaciones de pago.
- **Cargos brutos:** se aplica el total de cargos a la tarifa total establecida por la organización para la prestación de servicios de atención al paciente antes de las deducciones del ingreso.
- **Condiciones médicas de emergencia:** se definen en el artículo 1867 de la Ley de Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd). El término “padecimiento médico de emergencia” es un problema médico que se manifiesta mediante síntomas de gravedad suficiente (incluso dolor fuerte) de manera tal que la falta de atención médica inmediata podría poner en grave riesgo la salud del paciente (o bien, en caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del bebé por nacer), deterioro grave de las funciones corporales o deficiencia grave de un órgano o parte del cuerpo o bien, en el caso de una mujer embarazada con contracciones donde no hubiera tiempo suficiente para realizar un traslado seguro hacia otro hospital antes del parto, o cuando dicho traslado pudiera poner en peligro la salud o seguridad de la mujer o el bebé por nacer.
- **Servicios médicamente necesarios:** según la definición de Medicare, son los servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una lesión o enfermedad.

POLÍTICA:

Riverside Health System dará, sin discriminación, atención de condiciones médicas de emergencia a las personas, independientemente de su elegibilidad para recibir asistencia financiera o del gobierno. Del mismo modo, la presente política escrita:

- Incluye requisitos de elegibilidad para recibir asistencia financiera.
- Describe la base para calcular las cantidades que se cobran a los pacientes elegibles para acceder a la asistencia financiera según esta política.
- Describe el método mediante el cual los pacientes se consideran elegibles para acceder a la asistencia financiera.
- Describe cómo el hospital dará amplia difusión a la política en la comunidad donde presta sus servicios.
- Limita las cantidades que el hospital cobrará por la atención de emergencia u otra atención necesaria por razones médicas que se da a las personas elegibles para recibir asistencia financiera a menos de la cantidad generalmente facturada (recibida por) el hospital para los pacientes de Medicare.

Antes de solicitar asistencia financiera, el paciente y Riverside buscarán formas razonables de obtener el pago de terceros para incluir todos los beneficios de fuentes de seguro externas, beneficios de programas de asistencia estatal o federal, litigios pendientes y todos los beneficios de cualquier asociación de beneficencia.

ALCANCE DE RIVERSIDE:

Las políticas de asistencia financiera de Riverside Health System cubren los siguientes centros: Riverside Regional Medical Center, Riverside Tappahannock, Riverside Walter Reed, Riverside Shore Memorial, Doctors Hospital of Williamsburg, Riverside Rehabilitation Institute, Riverside Behavioral Health Center, Hampton Roads Specialty Hospital y todos los lugares que funcionan como “departamento de” uno de los centros de cuidados agudos mencionados anteriormente. Esta política no cubre a los proveedores que no se mencionen en el Listado de proveedores. El listado de proveedores se actualiza cada tres meses. Para ser más específicos, MD Express, los centros de enfermería especializados, los centros de bienestar, la atención médica a domicilio, los centros de cuidados para pacientes terminales y las comunidades de retiro no están incluidos en esta política.

ELEGIBILIDAD PARA ACCEDER A LA ASISTENCIA FINANCIERA:

Se considerarán los casos de elegibilidad para acceder a la asistencia financiera para condiciones de emergencia y de atención necesaria por razones médicas de aquellas personas que no son elegibles para acceder a ningún programa de beneficios de atención médica del gobierno y quienes no tienen la posibilidad de pagar su atención, conforme a la determinación de necesidad económica según esta política. El otorgamiento de asistencia financiera se basará en la determinación de necesidad económica de cada persona y no tomará en cuenta la edad, el sexo, la raza, la condición social, la orientación sexual ni la afiliación religiosa.

Para calificar para un descuento para pacientes, los pacientes deberán cumplir las siguientes directrices:

1. Haber programado o haber recibido servicios en un centro cuidados agudos de Riverside.
2. Reunir al menos uno de los siguientes requisitos:
 - a. Ser ciudadano de los Estados Unidos; o bien
 - b. Tener tarjeta de residencia permanente en los Estados Unidos (Formulario I-551 de USCIS); o bien,
 - c. Vivir en el área de servicios de Riverside (definida como un radio de 50 millas alrededor de los centros definidos en la sección *Alcance de Riverside* de esta política)
3. Reunir uno de los siguientes requisitos:
 - a. No tener seguro y tener ingresos en su grupo familiar de menos del 200 % del nivel federal de pobreza para recibir una cancelación del 100 % de la deuda; o bien
 - b. Tener seguro y tener ingresos en su grupo familiar de menos del 200 % o del nivel federal de pobreza para recibir una cancelación del 100 % de la deuda a cargo del paciente después de que finalizó el seguro; o bien
 - c. No tener seguro y tener ingresos en su grupo familiar de entre el 201 % y el 400 % del nivel federal de pobreza para recibir una cancelación del 75 % de la deuda correspondiente a los cargos facturados elegibles.

Los pacientes sin seguro que no califican para recibir asistencia financiera podrán recibir el 50 % de ajuste administrativo de los cargos elegibles facturados.

Consulte el siguiente enlace para conocer las directrices federales de pobreza: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Los pacientes sin seguro pueden calificar para recibir asistencia financiera según el criterio de presunción de caridad mediante un programa de computadora de calificación externo, siempre que esté disponible. De lo contrario, los pacientes deben presentar una solicitud de asistencia financiera completa (pacientes con seguro que solicitan asistencia financiera).

Se deberá completar y enviar la solicitud de asistencia financiera en un plazo de 240 días después de recibir la primera factura luego del alta. Un representante del centro de llamadas podrá asignar a una persona para ayudar a los pacientes a completar el formulario. Puede llamar al 1-800-621-7677 o 757-989-8830; opción n.º 3.

La documentación que se puede solicitar para procesar la solicitud financiera incluye:

- Estados de cuenta bancaria
- Declaraciones del impuesto a la renta

- Talonarios de cheques
- Otras fuentes de información a los fines de determinar la deuda para la cual necesita la asistencia financiera

Si, posteriormente, la persona presenta una solicitud de asistencia financiera completa y/o se determina que es elegible para recibir asistencia financiera, recibirá un reembolso si dicha persona pagó por la atención un monto mayor al que le corresponde pagar, a menos que dicho monto sea inferior a \$5.

SERVICIOS ELEGIBLES SEGÚN ESTA POLÍTICA:

Los siguientes servicios de atención médica son elegibles para recibir asistencia financiera, cuando se reúnen los requisitos de elegibilidad:

1. Servicios médicos de emergencia prestados en una sala de emergencias.
2. Servicios para una condición que, de no ser tratada de inmediato, podría provocar un cambio adverso en la salud de una persona.
3. Servicios no voluntarios prestados en respuesta a circunstancias potencialmente mortales en un entorno de atención que no es de emergencia.
4. Servicios médicamente necesarios según la definición de Medicare (servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una lesión o enfermedad).
5. Los pacientes remitidos de una clínica de salud gratuita al hospital para recibir un diagnóstico se considerarán automáticamente elegibles para caridad si estos no están cubiertos por Medicare, Medicaid u otra fuente de pago.

SERVICIOS NO ELEGIBLES SEGÚN ESTA POLÍTICA:

Los siguientes servicios de atención médica no son elegibles para recibir asistencia financiera:

1. Procedimientos voluntarios, lo que incluye procedimientos estéticos o procedimientos relacionados con la compra de artículos.
2. Compra de artículos o contratación de servicios.
3. Baipás gástrico.
4. Servicios donde se debe emitir una Notificación de Beneficiario Avanzado (ABN, por sus siglas en inglés) de Medicare.
5. Servicios excluidos por ley para pacientes ambulatorios de Medicare que no están cubiertos y para los que no es necesario obtener una ABN (por ejemplo, medicamentos, odontología, etc.).

El Sistema Sanitario de Riverside modificó temporalmente la política existente durante la emergencia de salud pública y la crisis económica por el COVID-19 en nuestra zona geográfica. Estas modificaciones se hicieron para cubrir las necesidades inmediatas de atención médica de la comunidad de Riverside Health System. A partir del 21 de abril de 2020, la elegibilidad para recibir asistencia financiera se ampliará para incluir la pérdida temporal del trabajo o el permiso, con la confirmación del paciente de que perdieron su trabajo o los despidieron por la pandemia. Riverside podría demorar el envío de las facturas médicas a los pacientes que avisen a Riverside dicha dificultad, y el requisito de completar la política de asistencia financiera en un plazo de 240 días a partir de la recepción de la factura médica, no se aplicará durante las dificultades del paciente.

CATÁSTROFES:

Si el total de las facturas médicas de un paciente en un periodo de doce meses supera el 100 % de sus ingresos anuales, declararán al paciente indigente desde el punto de vista médico y tendrá derecho a recibir el 100 % del importe de la responsabilidad del paciente, independientemente de sus ingresos.

EXCEPCIONES A ESTA POLÍTICA:

El Director Financiero, el Vicepresidente del Ciclo de Ingresos, el Director de Cuentas de Pacientes del Sistema, el Director del Sistema de Acceso de Pacientes y el Director de Cuentas de Pacientes tienen la autoridad necesaria para conceder la elegibilidad y determinar las excepciones a esta política según cada caso y de acuerdo con los datos y las circunstancias de cada paciente. En ningún caso le negarán la asistencia financiera a un paciente si este reúne los requisitos de elegibilidad y de determinación conforme a esta política.

En respuesta a la emergencia de salud pública, cuando un paciente o responsable avisa a Riverside de la existencia de dificultades relacionadas con la pandemia (como la pérdida de empleo por el COVID-19) que afecten a la capacidad de pago en una cuenta, Riverside puede demorar el envío de los extractos de la cuenta hasta 60 días, y el periodo de retraso se reevaluará periódicamente a partir de entonces.

MONTOS GENERALMENTE FACTURADOS (permitidos):

Esta política limita los montos que cobrará Riverside por atención de emergencia u otra atención necesaria por razones médicas que se da a las personas elegibles para recibir asistencia financiera, al monto generalmente facturado (permitido). Esto se calcula mediante el método prospectivo de Medicare que permite definir los montos generalmente facturados según el monto que Medicare paga a Riverside. Puede llamar a nuestro Departamento de Servicio de Atención al Cliente para solicitar un estimado del monto generalmente facturado a Medicare por su servicio al 1-800-621-7677 o 757-989-8830; opción n.º 3. La determinación de este porcentaje se puede obtener por escrito y por correo, sin cargo, en inglés, español, coreano y vietnamita.

PRESUNCIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA (verdaderas cuentas de pago por cuenta propia):

Riverside Health System podría utilizar agencias externas para determinar los montos de ingresos estimados como base para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Estas medidas se determinan sobre las cuentas que no tienen un seguro de salud activo, es decir, las verdaderas cuentas de pago por cuenta propia. Si no estuviera disponible la actual presunción de elegibilidad, Riverside podrá utilizar una determinación de elegibilidad anterior de hasta 180 días antes de la fecha de servicio.

Duración de la elegibilidad:

Las determinaciones de elegibilidad en virtud de esta Política son efectivas para los Servicios cubiertos prestados hasta 240 días antes de la fecha de aprobación final de la solicitud de asistencia financiera y para los Servicios cubiertos 6 meses después de la fecha de aprobación final o 12 meses completos después de la fecha de aprobación final si el único ingreso familiar del solicitante proviene de una fuente de ingreso fijo verificable, como una pensión o el Seguro Social.

COMUNICACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA A LOS PACIENTES Y NUESTRA COMUNIDAD:

Riverside Health System cuenta con información sobre el programa de asistencia financiera, que incluirá el número de contacto, y podrá difundir esta información mediante varios medios que incluyen, por ejemplo, la publicación de avisos en facturas de pacientes, la entrega de folletos de asistencia financiera en salas de emergencia, los departamentos de admisión y registro, las oficinas comerciales del hospital, las oficinas de servicios financieros para pacientes y otros lugares públicos a elección de Riverside Health System. Riverside Health System, además, publicará y divulgará ampliamente su política de asistencia financiera en los sitios web del centro. Dichos avisos y el resumen de la información estarán disponibles en los idiomas principales que habla la población a quien Riverside Health System presta sus servicios.

El resumen simplificado también se incluye en el resumen de facturación 30 días antes de remitir la cuenta de un paciente a cobranzas.

Los siguientes documentos están disponibles en inglés, español, coreano y vietnamita sin cargo. Los pacientes podrán obtener información adicional y/o solicitar ejemplares impresos de los siguientes documentos en persona en el Departamento de Admisiones de Riverside Hospital, por correo, a través de nuestro sitio web o llamando a nuestro Servicio de Atención al Cliente:

- Política de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés)
- Solicitud de asistencia financiera
- Política de ayuda de responsabilidad del paciente
- Resumen simplificado de la FAP
- Listado de proveedores
- Política de procesos de cobro

Riverside Health System – 1-800-621-7677 o 757-989-8830; opción n.º 3

Riverside Health System
608 Denbigh Blvd. Ste. 605
Newport News, VA 23608

RELACIÓN CON LAS POLÍTICAS DE COBRO:

La gerencia de Riverside Health System elaborará las políticas y los procedimientos necesarios de prácticas de cobro internas y externas (lo que incluye las medidas que podría adoptar el hospital en caso de incumplimiento de pago, como medidas de cobro e informe a las agencias de crédito) que tomen en cuenta en qué medida califica el paciente para recibir asistencia financiera y los esfuerzos de buena fe del paciente al postularse a un programa del gobierno o asistencia financiera. Riverside Health System no impondrá otras medidas de cobro extraordinarias tales como embargo de salario, gravámenes sobre viviendas de uso primario u otras medidas legales contra un paciente sin antes hacer todos los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para acceder a asistencia financiera conforme a esta política.

El término “esfuerzos razonables” comprenderá:

1. Validar que el paciente adeuda las facturas impagas y que el hospital ha identificado y facturado todas las fuentes de pagos de terceros.
2. Documentación en poder de Riverside Health System o que indique que ha intentado lograr que el paciente califique para recibir asistencia financiera conforme a esta política.
3. Notificar al paciente sobre la política de asistencia financiera ayudar al paciente a corregir una solicitud incompleta de asistencia financiera e informar al solicitante el resultado de la determinación de elegibilidad de su solicitud de asistencia financiera
4. Incluir información sobre la disponibilidad de asistencia financiera en los resúmenes de facturación.
5. Proporcionar una copia del resumen simplificado de la política de asistencia financiera al menos 30 días antes de iniciar medidas de cobro extraordinarias.

Aquellas cuentas que no hayan calificado para acceder a asistencia financiera se podrán enviar a una agencia de cobro externa 120 días después de la emisión del primer resumen de facturación. Los pacientes podrán solicitar la reconsideración conforme a esta política de asistencia financiera durante 60 días adicionales después del envío del caso a una agencia de cobro externa. Se harán todos los esfuerzos razonables a fin de determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera antes de iniciar cualquier medida de cobro extraordinaria mediante proceso legal.

El Director de Cuentas de Pacientes del Sistema tiene la decisión final para determinar cuándo se han hecho todos los esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera. Después de dicha determinación, se podrán iniciar medidas de cobro extraordinarias contra la persona según fuera necesario.

REQUISITOS NORMATIVOS:

Al implementar esta política, la gerencia y los centros de Riverside Health System cumplirán con todas las leyes, las normas y los reglamentos locales, estatales y federales que se pudieran aplicar a las actividades que se realizan conforme a esta política.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA:

La solicitud de asistencia financiera está disponible en las áreas de registro de pacientes de cada centro hospitalario y se puede descargar también de Internet sin cargo en https://www.riversideonline.com/patients_guests/financial-assistance.cfm. Los pacientes podrán solicitar recibir la solicitud de asistencia financiera por correo sin cargo llamando al 1-800-621-7677 o 757-989-8830, opción n.º 3, o podrán enviar una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Riverside Health System
608 Denbigh Blvd. Ste. 605
Newport News, VA 23608

Se deberán enviar por correo a la dirección anterior las solicitudes de asistencia financiera completas con la prueba de ingresos del grupo familiar. Asimismo, el paciente podrá presentar la solicitud completa, con la prueba de ingresos del grupo familiar, en cualquier área de registro de pacientes de un centro hospitalario. Aquellos pacientes que requieren información sobre esta política o que necesitan ayuda con el proceso de solicitud de asistencia financiera, podrán llamar al número de arriba de lunes a viernes durante el horario normal de atención y hablar con un representante del Servicio de Atención al Cliente.

Al recibir una solicitud de asistencia financiera, las medidas de cobro extraordinarias se suspenden hasta que se tome una determinación final de elegibilidad. Si se presenta una solicitud incompleta, el solicitante tiene un plazo razonable para responder a un aviso por escrito que describe la información y/o documentación adicional que es necesario presentar para completar la solicitud. Si el solicitante no responde a la solicitud de información adicional en un plazo razonable según lo determine el centro, entonces se pueden reanudar las medidas de cobro extraordinarias. Si se considera que el paciente es elegible para recibir asistencia financiera, cobranzas devolverá la cuenta. Si no se considera elegible, se reanudarán los procedimientos de cobro.

CONTROLES:

Control de resultados: el Director de Cuentas de Pacientes del Sistema será responsable de confirmar el cumplimiento adecuado de la política.

Gestión de documentos: el Director de Cuentas de Pacientes del Sistema será responsable por el desarrollo, la comunicación y el mantenimiento de esta política y los procedimientos relacionados y ayudas laborales necesarias para implementar y continuar con esta política. Esta política se revisará al menos cada 3 años para derogar o modificar la información que corresponda.

PROCEDIMIENTO:

NINGUNO.

AYUDAS LABORALES:

1. [asistencia financiera - Creación de un rastreador, códigos de ajuste para la asistencia financiera Publicación 06/2022](#)

INFORMACIÓN RELACIONADA:

<i>Referencias del contenido</i>	<ul style="list-style-type: none">• RHS - RC - asistencia financiera - Lista de proveedores/Formulario anexo A• RHS - GB - Resumen en lenguaje sencillo del formulario de política de asistencia financiera del Sistema de Salud de Riverside
<i>Políticas relacionadas</i>	<ul style="list-style-type: none">• Ninguna
<i>Formularios relacionados</i>	<ul style="list-style-type: none">• Ninguna

FECHAS DE LA POLÍTICA:

Fecha de la última revisión:	15/nov/2022
Fecha de creación:	01/oct/2002