

<b>RHS - RC - Política de asistencia financiera</b>		<b>N.º de política [618]</b>
<b>Riverside Health System (incluye RBHC, RDHW, RRCM, RSMH, RTH, RWRH, LHARS)</b>		
<b>Todas las entidades de Ciclo de Ingresos, excepto RMG</b>	<b>Todas las entidades de Ciclo de Ingresos, excepto RMG</b>	
<b>Responsable de aprobación de la política: Comité de Finanzas-Junta Directiva</b>	<b>Propietario del contenido de la política: Director de Cuentas de Pacientes del Sistema</b>	
<b>Fecha de entrada en vigencia: 6/4/2017</b>		Página 1 de 7

<b>Descripción de la revisión</b>
Actualizado para hacer frente a la emergencia de salud pública a partir del 03/01/2020

## PROPÓSITO:

Riverside Health System entiende que los gastos de atención médica son a menudo imprevistos y los costos podrían ser mayores de lo que los pacientes pueden afrontar. Riverside Health System es una organización sin fines de lucro con la misión de brindar una excelente atención a todos los pacientes, sin importar su capacidad para pagar atención clínicamente urgente.

## DEFINICIONES:

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

- **Asistencia financiera:** Servicios de atención médica que se han proporcionado o se proporcionarán pero no se espera que generen ingresos de dinero. La asistencia financiera forma parte de la política del proveedor de proporcionar servicios de atención médica sin cargo o con descuento para aquellas personas que cumplen con los criterios establecidos.
- **Atención de caridad:** Servicios proporcionados al paciente que carece de capacidad financiera para pagar atención médica. La atención caritativa solo se aplica a los servicios urgentes y médicamente necesarios.
- **Indigencia médica:** Condición en la cual las personas carecen de capacidad financiera para acceder a atención médica adecuada sin privarse -a sí mismos o a sus dependientes- de alimentos, vestimenta, vivienda y otras necesidades básicas.
- **Familia:** Según la definición de la Oficina del Censo, 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, que utiliza los siguientes ingresos al momento de calcular las pautas federales de pobreza:
  - Incluye ganancias, indemnización 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 alimentaria, asistencia desde fuera del hogar 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 inmediata, incluye el ingreso de todos los integrantes de la familia.
- **No asegurado:** El paciente no posee ningún nivel de seguro o asistencia de terceros para ayudarlo a cumplir con 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.
- **Afecciones médicas de emergencia:** Están definidas en el artículo 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395dd). El término "afección médica de emergencia" es una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente (incluso dolor grave) 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), generar deterioro grave de las funciones corporales o provocar disfunción 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 del 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 proporcionará, sin discriminación, atención de afecciones médicas de emergencia a toda persona, sin importar su elegibilidad para acceder a asistencia financiera o asistencia del gobierno. Del mismo modo, la presente política escrita:

- Incluye requisitos de elegibilidad para recibir asistencia financiera.
- Describe la base para calcular los montos que se cobran a los pacientes elegibles para acceder a asistencia financiera conforme a esta política.
- Describe el método mediante el cual los pacientes se consideran elegibles para acceder a asistencia financiera.
- Describe cómo el hospital dará amplia difusión a la política en la comunidad donde presta sus servicios.
- Limita los montos que cobrará el hospital por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria proporcionada a las personas elegibles para acceder a asistencia financiera, a un monto inferior al generalmente facturado (recibido) por el hospital a los pacientes de Medicare.

Antes de solicitar asistencia financiera, el paciente y Riverside buscarán formas razonables de obtener el cobro 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 entidad 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 tratamiento de enfermedades agudas enumerados anteriormente. Esta política no cubre a los proveedores que no estén enumerados 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 a domicilio, los cuidados paliativos y las comunidades de retiro no están incluidos en esta política.

### **ELEGIBILIDAD PARA ACCEDER A ASISTENCIA FINANCIERA:**

Se considerarán los casos de elegibilidad para acceder a asistencia financiera para afecciones de emergencia y de atención médicamente necesaria de aquellas personas que no reúnen los requisitos 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 financiera según esta política. El otorgamiento de asistencia financiera se basará en la determinación de necesidad financiera 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 con las siguientes pautas:**

1. Haber programado o haber recibido servicios en un centro de tratamiento de enfermedades agudas 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 hogar del 200% o menos del nivel federal de pobreza para recibir una cancelación del 100% de la deuda; o bien
- b. Tener seguro y tener ingresos en su hogar del 200% o menos del nivel federal de pobreza para recibir una cancelación del 100% de la deuda a cargo del paciente después de que ha finalizado el seguro; o bien
- c. No tener seguro y tener ingresos en su hogar 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 acceder a asistencia financiera podrán recibir el 50 % de ajuste administrativo de los cargos elegibles facturados.

Las Pautas de Pobreza Federales que se utilizan para determinar el Nivel Federal de Pobreza se pueden encontrar en el siguiente enlace: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Los pacientes sin seguro pueden calificar para acceder a asistencia financiera según el criterio de presunción de caridad a través del software de calificación externo, siempre que esté disponible. De lo contrario, los pacientes deberán presentar una solicitud completa de asistencia financiera.

Se deberá completar y enviar la solicitud de asistencia financiera dentro de los 120 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 acceder a asistencia financiera, recibirá un reembolso si dicha persona ha pagado 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 asistencia financiera, cuando se reúnen los requisitos de elegibilidad:

1. Servicios médicos de emergencia prestados en una sala de emergencias.
2. Servicios para una afección que, de no ser tratada de inmediato, podría provocar un cambio adverso en la salud de una persona.
3. Servicios no electivos prestados en respuesta a circunstancias que ponen en peligro la vida en un entorno de atención que no es de emergencias.
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 derivados 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 asistencia financiera:

1. Procedimientos electivos, lo que incluye procedimientos de cosmética o procedimientos relacionados con la compra de artículos.
2. Compra de artículos o contratación de servicios.
3. Bypass 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 ha modificado temporalmente la política existente durante la emergencia de salud pública y la crisis financiera de COVID-19 en nuestra zona geográfica. Estas modificaciones se hicieron para satisfacer las necesidades inmediatas de atención de la salud de la comunidad de Riverside Health System. A partir del 21 de abril de 2020, se ampliará la elegibilidad para la asistencia financiera a fin de incluir la pérdida temporal de empleo o la suspensión del trabajo, con la confirmación del paciente de que ha perdido su empleo o que ha sido suspendido como consecuencia de la pandemia. Riverside puede retrasar el envío de las facturas médicas a los pacientes que notifiquen a Riverside dicha dificultad, quedando exentos del requisito de completar la política de asistencia financiera dentro de los 120 días siguientes a la recepción de la factura médica mientras dure la dificultad del paciente.

### **CATÁSTROFES**

Si la suma de las facturas médicas del paciente dentro de un período de doce meses equivale a más del 100% del ingreso anual, el paciente será declarado médicamente indigente y será elegible para acceder al 100% de caridad para los montos a cargo 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 se le denegará 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 una parte responsable notifique a Riverside de una dificultad relacionada con la pandemia (como la pérdida de empleo debido a la COVID-19) que afecte la capacidad de pago de una cuenta, Riverside puede postergar el envío de los estados de cuenta hasta 60 días, y el período 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 médicamente necesaria proporcionada a las personas elegibles para acceder a 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 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:**

Riverside Health System podrá utilizar agencias externas para definir los montos de ingresos estimados con los cuales determinar la elegibilidad de asistencia financiera. 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.

### **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 Centro de Atención al Cliente:

- Política de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés)
- Solicitud de asistencia financiera
- Política de asistencia con montos a cargo 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. 500A  
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 acceder a 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 acceder a 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 acceder a asistencia financiera. Después de dicha determinación, se podrán iniciar medidas de cobro extraordinarias contra la persona según fuera necesario.

**REQUISITOS NORMATIVOS:**

## Riverside Health System

[Título]

Página 2 de 7

---

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](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. 500A  
Newport News, VA 23608

Se deberán enviar por correo a la dirección anterior las solicitudes de asistencia financiera completadas junto con la prueba de ingresos del hogar. Asimismo, el paciente podrá presentar la solicitud completada, junto con la prueba de ingresos del hogar, 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 anterior de lunes a viernes durante el horario normal de atención y hablar con un representante 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:**

---

NINGUNA

**INFORMACIÓN RELACIONADA:**

---

<i>Referencias del contenido</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RHS-RC-Listado de proveedores de Riverside Health System - Política 620</li><li>• Resumen simplificado de la política de asistencia financiera de Riverside Health System (formulario de política 621)</li></ul>
<i>Políticas relacionadas</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuando corresponda, vincule las políticas relacionadas afines a la política descrita anteriormente.</li></ul>
<i>Formularios relacionados</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Esta sección se debe usar para identificar formularios pertinentes a esta política, pero que corresponden a otras ubicaciones ajenas a las políticas de Riverside, como Formularios a petición (FOD, por sus siglas en inglés), Servicios de impresión o EPIC.</li><li>• Identificar n.º de formulario (si corresponde), título del formulario y ubicación del formulario.</li></ul>

**FECHAS DE LA POLÍTICA:**

---

<b>Fecha de la última revisión:</b>	<b>04/21/2020</b>
<b>Fecha de creación:</b>	<b>6/4/2017</b>