

Asunto:	Política de Asistencia Financiera para Pacientes	Formulado:	
Manual:	Servicios Financieros para Pacientes Hospitales con fines de lucro	Revisado:	02/2024
Fecha de aprobación de la Junta de Gobierno: 3/21/24 (Consentimiento unánime)		Última revisión:	01/2020

I. Política:

Cada hospital propiedad de Prime Healthcare Services, Inc. (cada uno, un "Hospital"), ofrece un programa de asistencia financiera para aquellos pacientes que cumplen con las pruebas de elegibilidad descritas en esta política. Prime Healthcare ofrece atención caritativa y descuentos por pago por cuenta propia que cumplen con los requisitos de la ley estatal. La intención de esta Política de Asistencia Financiera (la "Política") es cumplir con las leyes y regulaciones federales y estatales aplicables; Todas las disposiciones deben interpretarse en consecuencia.

Un objetivo importante de las instalaciones de Prime Healthcare es brindar atención a los pacientes en momentos de necesidad. Los centros de Prime Healthcare brindan atención caritativa y un programa de pago con descuento como beneficio para las comunidades a las que servimos. Con este fin, los centros de Prime Healthcare se comprometen a ayudar a los pacientes elegibles de bajos ingresos y/o sin seguro con el pago de descuentos adecuados y los programas de atención caritativa. Todos los pacientes serán tratados de manera justa, con compasión y respeto. Acompañando a esta Política se encuentran los siguientes Anexos, a los que se hace referencia a lo largo de esta Política:

- Programa de Atención Caritativa
- Programa de Pago con Descuento de Asistencia Financiera
- Aviso que debe incluirse en todos los estados de cuenta posteriores al alta.
- Aviso que se incluirá en los estados de cuenta posteriores al alta a los pacientes que no hayan proporcionado comprobante de seguro

II. Definiciones:

"Emergencia y médicamente necesaria": Cualquier atención médica de emergencia hospitalaria, hospitalaria, ambulatoria o de emergencia que no sea completamente cosmética para la comodidad y/o conveniencia del paciente.

"EMTALA": El hospital cumple con los requisitos de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés), Sección 1867 de la Ley del Seguro Social. No hay nada contenido en esta política que impida dicho cumplimiento. Esta es una ley federal que requiere que cualquier persona que acuda a un departamento de emergencias sea estabilizada y tratada, independientemente de su estado de seguro o capacidad de pago.

"Familia": (1) para personas mayores de 18 años, cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes menores de 21 años, ya sea que vivan en el hogar o no; y (2) para personas menores de 18 años, padres, parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años del padre o pariente cuidador.

III. Aplicabilidad de la Política:

Esta Política se aplica a toda la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria proporcionada por el Hospital o una entidad sustancialmente relacionada que trabaje en el Hospital. Esta Política se aplica solo a los cargos por servicios hospitalarios y no es vinculante para otros proveedores de servicios médicos que no estén empleados o

contratado por el Hospital para proporcionar servicios médicos, incluidos los médicos que tratan a los pacientes del Hospital en casos de emergencia, hospitalizados o ambulatorios. Los médicos no cubiertos por esta póliza que brindan servicios a pacientes que no tienen seguro o que no pueden pagar sus facturas médicas debido a los altos costos médicos pueden tener sus propias pólizas de asistencia financiera para brindar asistencia. El Hospital no es responsable de la administración de ningún programa de asistencia financiera ofrecido por el personal médico no empleado del Hospital, los médicos o las prácticas de facturación de dichos médicos.

Las políticas de asistencia financiera deben equilibrar la necesidad de asistencia financiera del paciente con la administración fiscal más amplia del Hospital. La asistencia financiera a través del pago con descuento y los programas de atención caritativa no sustituye la responsabilidad personal. Es responsabilidad de los pacientes participar activamente en el proceso de selección de asistencia financiera y, cuando corresponda, contribuir al costo de su atención en función de su capacidad de pago. Las agencias externas de cobro de deudas y las prácticas de cobro interno del Hospital reflejarán la misión y visión del Hospital.

IV. Procedimiento:

1. Elegibilidad para Asistencia Financiera

A. Pacientes que pagan por su cuenta

Un paciente califica para el Programa de **Atención Caritativa** en función de las condiciones discutidas en el anexo "Programa de Atención Caritativa".

Un paciente califica para el Programa de **Pago con Descuento** basado en las condiciones discutidas en el anexo "Programa de Pago con Descuento de Asistencia Financiera".

B. Pacientes Asegurados

Un paciente que tiene cobertura de terceros o cuya lesión es una lesión indemnizable para fines de compensación para trabajadores, seguro de automóvil u otro seguro según lo determine y documente el hospital no califica para la atención caritativa, pero puede calificar para el Programa de **pago con descuento** según las condiciones discutidas en el anexo "Programa de pago con descuento de asistencia financiera". La atención caritativa y los descuentos del Programa de pago con descuento pueden aplicarse a los montos de responsabilidad del paciente, incluidos los montos de coseguro, copagos y deducibles.

C. Otras circunstancias

El Hospital puede utilizar una agencia externa o una determinación del Director del Departamento de Servicios Financieros para el Paciente (PFS, por sus siglas en inglés) del Hospital para extender la Atención Caritativa o el Programa de Pago con Descuento a los pacientes en las circunstancias que se enumeran a continuación (elegibilidad presunta). La elegibilidad presunta no transmite un derecho a servicios futuros. El hospital tampoco puede divulgar una determinación de elegibilidad presunta y/o puede no tener acceso a los datos utilizados por una agencia externa para tomar dicha determinación. Las circunstancias que se indican a continuación se consideran formas de atención caritativa y pueden documentarse en el código de transacción utilizado para adjudicar la reclamación del paciente, incluidas, entre otras, las transacciones relacionadas con la atención caritativa, los descuentos por pago por cuenta propia, los servicios no cubiertos y las denegaciones.

(i) La paciente califica para beneficios limitados bajo el programa Medicaid del estado, *es decir*, beneficios limitados por embarazo o emergencia, pero no tiene beneficios por otros servicios prestados en el Hospital. Esto incluye servicios no cubiertos relacionados con:

- Servicios prestados a beneficiarios de Medicaid con Medicaid restringido (es decir, pacientes que solo pueden tener beneficios por embarazo o de emergencia, pero reciben otra atención del Hospital);
- Solicitudes pendientes de Medicaid que no se aprueben posteriormente, siempre que la solicitud indique que el paciente cumple con los criterios para la atención caritativa;
- Denegaciones de Medicaid u otros programas de atención a indigentes;
- Cargos relacionados con días que excedan el límite de duración de la estadía; y
- Cualquier otra responsabilidad restante por pagos de seguros.

(ii) El paciente califica para un programa de servicios para indigentes médicos a nivel del condado, pero el Hospital no recibe ningún pago.

(iii) Se han realizado esfuerzos razonables para localizar y contactar al paciente, dichos esfuerzos han sido infructuosos, y el Director de PFS del Hospital tiene motivos para creer que el paciente calificaría para la atención caritativa o el Programa de pago con descuento, por ejemplo, el paciente ha fallecido, está en bancarota, encarcelado (y no ha sido reembolsado por un programa estatal de Medicaid), no responde, no tiene hogar o no está dispuesto a proporcionar documentación.

(iv) Una agencia de cobro de terceros se ha esforzado por cobrar el saldo pendiente y ha recomendado al Director de PFS del Hospital que se ofrezca Atención Caritativa o el Programa de Pago con Descuento.

(v) Después de los esfuerzos de cobro y las negociaciones con el pagador, cualquier cargo no reembolsado de servicios no cosméticos, incluidos los servicios no cubiertos o denegados de cualquier pagador, como los cargos por días más allá de un límite de duración de la estadía, los beneficios agotados, el saldo de la cobertura restringida, las cuentas pendientes de Medicaid y las denegaciones del pagador, se consideran una forma de asistencia financiera para el paciente en Prime Healthcare. Los cargos relacionados con estos descuentos cancelados durante el año fiscal se informan como atención no compensada.

(vi) El paciente es elegible para programas que incluyen, entre otros:

- Programas de medicamentos recetados financiados por el estado;
- Participación en programas para mujeres, bebés y niños (WIC);
- Elegibilidad para cupones de alimentos;
- Elegibilidad para el programa de almuerzos escolares subsidiados;
- Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales que no están financiados (por ejemplo, deducible de Medicaid);
- Las viviendas de bajos ingresos/subsidiadas se proporcionan como una dirección válida; y
- Importancia histórica del impago que establece una justificación de la falta de pago futura y de la falta de capacidad contributiva.

(vii) Otras circunstancias de la Atención Caritativa se documentarán en el registro del paciente, indicado por tipo de transacción o en las notas del paciente.

D. Determinación de Ingresos

A los efectos de determinar la elegibilidad para los Programas de Atención Caritativa y Pago de Descuentos, la documentación de los ingresos de la familia del paciente se limitará a los talones de pago recientes o a las declaraciones de impuestos sobre la renta. La solicitud de asistencia financiera solicita la información del paciente necesaria para determinar la elegibilidad del paciente bajo la Política de Asistencia Financiera, incluidos los ingresos del paciente o de la familia y el tamaño de la familia del paciente. El Hospital no solicitará ninguna información adicional que no sea la solicitada en la solicitud de asistencia financiera. Sin embargo, un paciente que busca asistencia financiera puede proporcionar voluntariamente información adicional si así lo desea. La calificación para recibir asistencia financiera se determinará únicamente por la capacidad de pago del paciente y/o del representante de la familia del paciente. La calificación para recibir asistencia financiera no se basará de ninguna manera en la edad, el género, la orientación sexual, el origen étnico, el origen nacional, la condición de veterano, la discapacidad o la religión. Consulte los anexos "Programa de Atención Caritativa" y "Programa de Pago con Descuento de Asistencia Financiera" para obtener detalles sobre los ingresos utilizados para determinar el Ingreso Familiar del paciente.

E. Niveles Federales de Pobreza

La medición del Nivel Federal de Pobreza se hará por referencia a las Pautas de Pobreza de Salud y Servicios Humanos más actualizadas para el número de personas en la familia u hogar del paciente. Las Pautas del Nivel de Pobreza del HHS son actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad de la

subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos, y están disponibles en <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> o a pedido del Departamento de PFS del Hospital al 215-487-4536.

2. Programa de Atención Caritativa y Pago de Descuentos

La asistencia financiera se puede otorgar en forma de atención caritativa completa o atención con descuento, según el nivel de elegibilidad del paciente, según se define en esta Política.

Los saldos de los pacientes que califican para **Atención caritativa**, según lo determine el Hospital, son elegibles para el programa de Atención Caritativa del Hospital y se reducirán a una suma igual a cero dólares (\$0) con el saldo restante eliminado y clasificado como Atención Caritativa. Consulte el Anexo B para obtener información adicional.

Los saldos de los pacientes que califican para el **Programa de pago de descuento** son elegibles para el Programa de Pago de Descuento de Prime Health; Cualquier descuento se aplicará a los cargos brutos por los servicios hospitalarios prestados. Consulte el apéndice "Programa de Pago de Descuento de Asistencia Financiera" para obtener información adicional.

El Programa de Pago con Descuento también incluirá un plan de pago extendido sin intereses para permitir el pago del precio con descuento a lo largo del tiempo. El Hospital y el paciente negociarán los términos de un plan de pago extendido, teniendo en cuenta los ingresos familiares del paciente y los gastos esenciales de subsistencia.

3. Proceso de solicitud

A cualquier paciente que solicite asistencia financiera se le pedirá que complete una solicitud de asistencia financiera. La solicitud incluye la dirección de la oficina y el número de teléfono al que debe llamar si el paciente tiene alguna pregunta sobre el programa de asistencia financiera o el proceso de solicitud. Un paciente

Se espera que presente la solicitud de asistencia financiera inmediatamente después de la atención, pero a más tardar 150 días después de la fecha de la primera declaración posterior al alta.

4. Resolución de disputas

Cualquier disputa relacionada con la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera será dirigida y resuelta por el Director Financiero del Hospital.

5. Publicación de la política

Con el fin de garantizar que los pacientes sean conscientes de la existencia de esta Política, el Hospital tomará las siguientes medidas:

- El aviso de la disponibilidad de asistencia financiera se publicará de manera clara y visible en lugares que sean visibles para los pacientes en las siguientes áreas: (1) Departamento de Emergencias; (2) Oficina de facturación; (3) Oficina de Admisiones; y (4) otros entornos ambulatorios, incluidas las unidades de observación; y (5) exhibido de

manera destacada en el sitio web de Internet del hospital, con un enlace a la política en sí.

- Cada factura que se envía a un paciente que no ha proporcionado prueba de cobertura por parte de un tercero en el momento en que se brinda la atención o al momento del alta debe incluir un aviso sobre el Programa de Atención Caritativa y Pago de Descuentos. El aviso se proporcionará en idiomas distintos del inglés hablados por un número sustancial de pacientes atendidos por el Hospital.

6. Esfuerzos para obtener información sobre la cobertura y las solicitudes de Medicaid

El Hospital hará todos los esfuerzos razonables para obtener del paciente o de su representante información sobre si el seguro de salud privado o público o el patrocinio pueden cubrir total o parcialmente los cargos por la atención prestada por el Hospital al paciente, incluido el seguro de salud privado, la cobertura ofrecida a través del mercado federal de seguros de salud, Medicare, Medicaid y/u otros programas financiados por el gobierno diseñados para proporcionar cobertura de salud.

Si un paciente no indica que tiene cobertura de un tercero pagador o solicita asistencia financiera, el personal del Hospital deberá proporcionar al paciente el aviso adjunto al presente como Anexo E y un estado de cuenta que incluya lo siguiente: (a) una solicitud para que el paciente informe al Hospital si el paciente tiene cobertura de seguro médico privado o público u otra cobertura; (b) una declaración de que si el paciente no tiene cobertura de seguro médico, el paciente puede ser elegible para la cobertura bajo el programa Medicaid del estado u otros programas gubernamentales; (c) una declaración que indique cómo el paciente puede obtener solicitudes para el programa Medicaid del estado u otros programas gubernamentales (y, según corresponda, el Hospital proporcionará dichas solicitudes al paciente); y (d) información sobre el programa de asistencia financiera del Hospital. El Hospital también proporcionará al paciente una remisión a un programa local de asistencia legal para el consumidor.

7. Actividades de cobro

El Hospital puede utilizar los servicios de una o más agencias de cobro externas para el cobro de la deuda del paciente. No se adelantará ninguna deuda para su cobro hasta que el Director del Departamento de PFS del Hospital o su designado haya revisado la cuenta y aprobado el adelanto de la cuenta

deuda a cobro. El Hospital deberá obtener un acuerdo por escrito de cada una de estas agencias de cobro de que la agencia cumplirá con los requisitos de esta Política.

Cualquier agencia de cobro utilizada por el Hospital deberá cumplir con cualquier plan de pago celebrado entre el Hospital y el paciente. Si un paciente solicita asistencia financiera, cualquier acción de cobro se suspenderá a la espera de la decisión sobre la solicitud de asistencia financiera del paciente. Si, durante los cobros, se descubre que el paciente califica en su totalidad o en parte para Charity Care o un descuento por pago propio, los esfuerzos de cobro cesarán y el saldo respectivo se cancelará a Charity Care o como un descuento por pago propio. Ni el Hospital ni ninguna agencia de

cobro utilizada por el Hospital (i) usará embargos de salarios o gravámenes sobre residencias principales para cobrar facturas médicas impagas o (ii) reportará información adversa a una agencia de informes de crédito del consumidor o iniciará acciones civiles contra un paciente por falta de pago en cualquier momento antes de los 150 días posteriores a la facturación inicial.

Tabla de historial de revisiones

Número de documento y Nivel de revisión	Aprobación final por parte de	Fecha	Breve descripción del cambio/revisión

Programa de Atención Caritativa

Un paciente califica para la **atención caritativa** si se cumplen todas las siguientes condiciones: (1) el paciente no tiene cobertura de terceros de una aseguradora de salud, un plan de servicios de atención médica, un plan de fideicomiso sindical, Medicare o Medicaid, según lo determine y documente el hospital; (2) la lesión del paciente no es una lesión indemnizable a los efectos de la compensación de los trabajadores, el seguro de automóvil u otro seguro según lo determine y documente el hospital; y (3) los ingresos de la familia del paciente no exceden el 350% del nivel federal de pobreza. Las Pautas del Nivel de Pobreza del HHS son actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos, y están disponibles aquí: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Los saldos de los pacientes que califican para la **atención caritativa**, según lo determine el Hospital, se reducirán a una suma igual a cero dólares (\$0) y el saldo restante se eliminará y se clasificará como atención caritativa.

Un paciente que tiene cobertura de terceros o cuya lesión es una lesión indemnizable para fines de compensación laboral, seguro de automóvil u otro seguro según lo determine y documente el hospital no califica para el Programa de Atención Caritativa, pero puede calificar para el Programa de Pago con Descuento si se cumplen ciertas condiciones, como se describe en el anexo "Programa de Pago con Descuento de Asistencia Financiera".

Para obtener más información o una solicitud de asistencia financiera, póngase en contacto con nosotros:

215-487-4536
5800 Ridge Ave
Philadelphia, PA 19128

Programa de Pago con Descuento de Asistencia Financiera

Pacientes que pagan por su cuenta

Un paciente que paga por su cuenta califica para el **Programa de Pago de Descuento de Asistencia Financiera** si el Ingreso Familiar del paciente no excede el 450% del Nivel Federal de Pobreza. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos actualiza periódicamente las Pautas Federales de Pobreza del HHS en el Registro Federal bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos, y están disponibles aquí: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Los pacientes que califican que pagan por cuenta propia no tienen cobertura de terceros de una aseguradora de salud, un plan de servicios de atención médica, un plan fiduciario sindical, Medicare o Medicaid o cuya lesión no es una lesión indemnizable para fines de compensación para trabajadores, seguro de automóvil u otro seguro según lo determine y documente el hospital y cuyo ingreso familiar no exceda el 450% del nivel federal de pobreza serán elegibles para el Programa de Pago de Descuento de Asistencia Financiera.

Pacientes Asegurados

Un paciente que tiene cobertura de terceros o cuya lesión es una lesión indemnizable para fines de compensación para trabajadores, seguro de automóvil u otro seguro según lo determine y documente el hospital puede calificar para el Programa de **Pago de Descuento de Asistencia Financiera** si (i) tiene un ingreso familiar igual o inferior al 450% del Nivel Federal de Pobreza; y (ii) tiene gastos médicos de bolsillo que exceden el menor de: (a) el diez por ciento (10%) de los ingresos familiares del paciente en los doce (12) meses anteriores (ya sea incurridos o pagados dentro o fuera de cualquier hospital) o (b) los gastos de bolsillo anuales incurridos por la persona en el hospital que excedan el 10% de los ingresos familiares actuales del paciente.

Las Pautas Federales de Pobreza del HHS se actualizan periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos, y están disponibles aquí: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Obligación del paciente

Los saldos de los pacientes que califican para el Programa de Pago de Descuento de **Asistencia Financiera** se reducirán; cualquier descuento se aplicará contra los cargos brutos por los servicios hospitalarios prestados. La obligación de pago de un paciente elegible para el Programa de Pago con Descuento de Asistencia Financiera se determinará caso por caso, pero no excederá el Monto Facturado Generalmente (AGB); el monto mayor de la cantidad que el Hospital esperaría recibir por la prestación de servicios de Medicare o Medicaid, lo que sea mayor (el "Pago Máximo con Descuento" o el "Monto Generalmente Facturado"). Un paciente elegible con seguro estará obligado a pagar una cantidad igual a la diferencia entre lo que el Hospital recibe de la compañía de seguros y el Pago Máximo con Descuento. Si la cantidad pagada por el seguro excede el Pago Máximo con Descuento, el paciente no tendrá más obligación de pago.



El Programa de Pago con Descuento de Asistencia Financiera también incluirá un plan de pago extendido sin intereses para permitir el pago del precio con descuento a lo largo del tiempo. El Hospital y el paciente negociarán los términos de un plan de pago extendido, teniendo en cuenta los ingresos familiares del paciente y los gastos esenciales de subsistencia.

Para obtener más información o una solicitud de asistencia financiera, póngase en contacto con nosotros:

215-487-4536
5800 Ridge Ave
Philadelphia, PA 19128

**[Aviso que debe incluirse en todos los estados de cuenta posteriores al alta]
Programa de Atención Caritativa y Pago de Descuentos**

Los pacientes que carecen de seguro o que tienen un seguro inadecuado y cumplen con ciertos requisitos de ingresos moderados pueden calificar para pagos con descuento o atención caritativa. Los pacientes que buscan atención gratuita o con descuento deben obtener y presentar una solicitud que será revisada por el Hospital. A ningún paciente elegible para recibir asistencia financiera se le cobrará más por la atención de emergencia o médicamente necesaria que los montos generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. Para obtener más información, copias de documentación o asistencia con el proceso de solicitud, comuníquese con el Hospital al 215-487-4536 o visite <https://roxboroughmemorial.com/patients-visitors/financial-assistance/> para obtener más información. También se le pueden enviar copias gratuitas de la documentación de asistencia financiera por correo y están disponibles en idiomas distintos del inglés que habla un número sustancial de pacientes atendidos por el Hospital. Los médicos del Departamento de Emergencias y otros médicos que no son empleados del Hospital también pueden proporcionar Atención Caritativa o Programas de Pago con Descuento. Comuníquese al 215-487-4596 para obtener más información.

Aviso que se incluirá en los estados de cuenta posteriores al alta a los pacientes que no hayan proporcionado comprobante de seguro

Nuestros registros indican que usted no tiene cobertura de seguro médico o cobertura bajo Medicare, Medicaid, programas de cobertura de salud financiados por el estado u otros programas similares. Si tiene dicha cobertura, comuníquese con nuestra oficina al (215) 487-4338 lo antes posible para que se pueda obtener la información y facturar a la entidad correspondiente.

Si no tiene cobertura de seguro médico, puede ser elegible para Medicare, Medicaid, cobertura ofrecida a través del mercado federal de seguros médicos, cobertura médica financiada por el estado o el condado, o Prime Healthcare Charity Care o Programa de Pago con Descuento. Para obtener más información sobre cómo solicitar estos programas, comuníquese con nuestra oficina para que podamos responder sus preguntas y proporcionarle solicitudes para estos programas.