



SUBJECT: FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM	REVIEWED: 10/4/2021
DEPARTMENT: PATIENT FINANCIAL SERVICES	REVISED: 10/4/2021

Propósito:

El Propósito de esta póliza es promover la misión benéfica de Phelps Memorial Health Center (“el Hospital”) al proporcionar atención gratuita o con descuento a pacientes con desventajas financieras y otros pacientes calificados cuando corresponda.

Definiciones:

1. **Sin Seguro Médico:** Es un paciente que (i) no tiene seguro médico o tiene cobertura bajo programas gubernamentales de atención médica, y (ii) no es elegible para ningún otro pago de un tercero, como compensación de trabajador o reclamos contra terceros debido a accidentes.

2. **Seguro Médico Insuficiente:** Es un paciente que (i) tiene cobertura de seguro médico limitado que no brinda cobertura para servicios hospitalarios u otros servicios medicamente necesarios proveídos por el Hospital, (ii) ha excedido la responsabilidad máxima bajo su cobertura de seguro o (iii) tiene un copago o deducible evaluado según el contrato de seguro del paciente.

3. **Tamaño del Hogar:** El número de personas utilizadas para la inclusión de ingresos para aplicar el tamaño de la familia a las pautas de ingresos. Para determinar el tamaño del hogar, PMHC utilizó la política y las definiciones de la "Determinación del Tamaño de la Familia/Unidad Económica" del Medicaid DHHS del estado de Nebraska.

4. **Ingresos del Hogar:** El ingreso total de todos los miembros que viven en el tamaño del hogar del paciente durante los doce (12) meses anteriores a la solicitud de asistencia según esta póliza.

5. **Atención Medicamente Necesaria:**
 - a. Para los sin seguro médico, la definición de atención medicamente necesaria según como es aplicada por Nebraska Medicaid
 - b. Para los con seguro médico insuficiente, la definición de atención medicamente necesaria es la que aplica la aseguradora respectiva del paciente.

6. **Nivel Federal de Pobreza:** Establecido utilizando las Pautas Federales de Pobreza actualizadas anualmente por el Gobierno de los Estados Unidos. El



Hospital utilizará las Pautas Federales de Pobreza vigentes en este momento para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera.

7. **Período de Solicitud:** Comienza en la fecha en que se brinda atención al paciente y termina en el último de (i) el día 240 después de la fecha en que se proporciona al paciente el primer estado de cuenta posterior al alta hospitalaria (ya sea para pacientes hospitalizados o ambulatorios) O (ii) no menos de 30 días DESPUÉS DE LA FECHA en que el Hospital proporciona al paciente el aviso final requerido para comenzar las ECAs.
8. **Acciones de Cobro Extraordinarias o ECA (por sus siglas en inglés):** Las siguientes son Acciones de Cobro Extraordinarias que puede tomar el Hospital en caso de que no se paguen los saldos de las cuentas del paciente:

Reportando a los burós de crédito

Demanda legal

Vender la cuenta a un tercero

Retención de salario

Enviar o remitir facturas pendientes a agencias de cobranza no es una ECA.

Póliza:

1. El Hospital brindará a todos los pacientes una vía para solicitar asistencia financiera para recibir atención gratuita o con descuento conforme con los requisitos del Servicio de Ingresos Internos y las reglamentaciones de implementación.
2. La elegibilidad para la asistencia financiera se basará en una revisión de la información presentada en una solicitud de asistencia financiera (y otras vías establecidas), que será procesada y evaluada según los criterios de elegibilidad y otros factores establecidos en esta política.
3. Los pacientes que crean que pueden calificar para recibir asistencia financiera bajo esta póliza deben presentar una solicitud en el formulario de solicitud de asistencia financiera del Hospital durante el Período de Solicitud. Las solicitudes completas deben devolverse a: Phelps Memorial Health Center, Patient Financial Services Department, 1215 Tibbals St. Holdrege, NE 68949 o pueden ser entregadas en persona al Patient Financial Services Department en la entrada del Hospital o pueden enviarse por correo electrónico a finassist@phelpsmemorial.com.



4. A los pacientes que se consideren elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta póliza no se les cobrará por la atención cubierta por esta póliza más que los montos generalmente facturados (AGB por sus siglas en inglés) por el Hospital a las personas que tienen un seguro médico que cubre dicha atención. Los descuentos otorgados a pacientes elegibles bajo esta póliza se descontarán de los cargos brutos.
5. Se notificará a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera. Con ese fin, a los pacientes se les ofrecerá un resumen en lenguaje sencillo de la póliza de asistencia financiera antes de darles de alta. Además, todos los estados de cuenta incluirán un aviso por escrito visible sobre la disponibilidad de asistencia, incluyendo la información de contacto que identifica dónde el paciente puede obtener más información y documentos relacionados con la asistencia financiera y el sitio web donde se pueden encontrar dichos documentos.
6. Se proporcionará tratamiento médico de emergencia independientemente de la capacidad de pago y sin importar si los pacientes califican para la asistencia financiera bajo esta póliza. El Hospital no tomará ninguna medida que pueda interferir con la provisión de tratamiento médico de emergencia, por ejemplo, exigiendo el pago antes de recibir tratamiento para condiciones médicas de emergencia o permitiendo actividades de cobro de deudas que interfieran con la provisión de atención médica de emergencia en el departamento de emergencias. El tratamiento médico de emergencia se proporcionará de acuerdo con las pólizas del Hospital que gobiernan e implementan la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo.



Procedimiento:

1. Criterio de Elegibilidad

Financieramente Indigente

- i. Para calificar como una persona Financieramente Indigente, el paciente debe estar sin seguro médico o con seguro médico insuficiente y cumplir con los dos criterios siguientes:

- 1. Tener un ingreso familiar igual o inferior al 200% del Nivel Federal de Pobreza; y

b. Médicamente Indigente

- i. Para calificar como Médicamente Indigente, el paciente debe estar sin seguro médico o con seguro médico insuficiente y las facturas médicas totales del paciente con el Hospital deben superar el 12 por ciento (12%) de los ingresos del hogar

c. No Solicitar Programas Gubernamentales

- i. Los pacientes que puedan ser elegibles para Medicaid, Medicare u otros programas gubernamentales de asistencia médica y no solicitan dichos programas dentro de los treinta (30) días posteriores a la solicitud del Hospital pueden no ser considerados elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta póliza, aunque de otra manera podrían calificar como Financieramente Indigente o Medicamente Indigente.

d. No Asignación

- i. Independientemente de los criterios de elegibilidad establecidos anteriormente, un paciente que es participante o beneficiario de un plan de beneficios para empleados, aseguradora u otro pagador no gubernamental, con el cual el Hospital no tiene ningún acuerdo contractual, ya sea directamente o a través de una relación de red, que rija el acceso a y el pago de bienes y servicios del Hospital y para quienes el Hospital no ha o no acepta la asignación, puede que no sea elegible para recibir asistencia financiera bajo esta póliza.



e. Área de Servicio

- i. Independientemente de los criterios de elegibilidad establecidos anteriormente, los pacientes deben residir dentro del Área de Servicio del Hospital para ser elegibles para recibir asistencia financiera en la Atención Médicamente Necesaria.
- ii. Para mayor claridad, los pacientes que califiquen como Financieramente Indigentes o Médicamente Indigentes serán elegibles para recibir asistencia financiera en Atención Médica de Emergencia, independientemente de la residencia principal del paciente.
- iii. El Área de Servicio del Hospital se define como los siguientes condados:
 - Phelps
 - Franklin
 - Furnas
 - Gosper
 - Harlan
 - Kearney
 - Norton, KS
 - Phililps, KS

f. Categorías de Atención Elegibles para Asistencia Financiera

- i. Siempre que el paciente califique como Financieramente Indigente o Médicamente Indigente y satisfaga los otros criterios de elegibilidad establecidos en este documento, las siguientes clases de cuidado son elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta póliza:
 - 1. Atención Médica de Emergencia
 - 2. Atención Médicamente Necesario

2. Proveedores Cubiertos

- a. La atención brindada por el Hospital, los médicos basados en el Hospital y los profesionales basados en el Hospital están cubiertos por esta póliza.



- b. La atención brindada por Family Medical Specialties y cualquier otro proveedor de servicios independientes no está sujeta a esta póliza. Los pacientes deben contactar a estos otros proveedores para determinar si la atención es elegible para recibir asistencia financiera.
- c. Los pacientes pueden obtener una lista actualizada de proveedores que están y no están sujetos a esta póliza sin costo visitando la oficina de Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services en inglés) en la entrada principal del hospital en 1215 Tibbals St, Holdrege, NE 68949, solicitando una por correo a 1215 Tibbals St, Holdrege, NE 68949 Attn: Patient Financial Services, llamando al 308-995-2211 y preguntando por el representante de asistencia financiera o visitando <https://www.phelpsmemorial.com/health-center/financial-assistance>.

3. Limitación de Cargos y Cálculo de la Cantidad Generalmente Facturada

a. Cálculo de Cantidades Generalmente Facturadas

- i. La "Cantidad Generalmente Facturada" o "AGB" (por sus siglas en inglés) es la cantidad que el Hospital generalmente factura a los pacientes con seguro médico. El Hospital determina su AGB utilizando el método que se detalla a continuación.
- ii. El Hospital utiliza el método de revisión para establecer su AGB y Porcentaje de AGB. El AGB son los cargos brutos del Hospital multiplicados por el Porcentaje de AGB. Los pacientes pueden obtener el Porcentaje de AGB más reciente del Hospital y una descripción del cálculo por escrito gratuitamente visitando la oficina de Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services en inglés) en la entrada principal del hospital en 1215 Tibbals St, Holdrege, NE 68949, solicitando una por correo a 1215 Tibbals St, Holdrege, NE 68949 Attn: Patient Financial Services, llamando al 308-995-2211 y preguntando por el representante de asistencia financiera.
- iii. El Hospital calcula su AGB y Porcentaje de AGB sobre una base anual. Para los propósitos de esta póliza, cada nuevo AGB y Porcentaje de AGB se implementará dentro de los 120 días del período de 12 meses utilizado por el Hospital para calcular el Porcentaje de AGB.

b. CANTIDAD DE ASSTENCIA FINANCIERA/DESCUENTO

- i. Los pacientes que califican para asistencia financiera como Financieramente Indigente son elegibles para recibir asistencia financiera al 100% en sus



balances; siempre que los montos del copago establecidos relacionados con los servicios profesionales brindados por proveedores que están sujetos a esta póliza (como se describe anteriormente) no estén sujetos al 100% asistencia financiera. Los pacientes seguirán siendo responsables de los montos de copago relacionados con los servicios profesionales brindados por proveedores que están sujetos a esta póliza (como se describe anteriormente) a menos que el copago cobrado y recibido, cuando se combina con otros montos recibidos, exceda el AGB para la atención brindada. En tal caso, el copago se descontará de manera que el paciente no pague más del AGB por la atención brindada.

- ii. Los pacientes que califican para asistencia financiera como Médicamente Indigentes serán responsables por las facturas médicas de hasta el 12% de sus Ingresos del Hogar. Cualquier cantidad restante se considerará asistencia financiera bajo esta póliza.
- iii. Si después de que se otorga la asistencia financiera a un paciente como se establece anteriormente, el paciente sigue siendo personalmente responsable de un cargo mayor que el AGB, el paciente recibirá asistencia financiera adicional de manera que el paciente no sea personalmente responsable por más que el AGB. Al determinar si a un paciente elegible se le ha cobrado más que el AGB, el Hospital considera solo aquellas cantidades que son la obligación personal del paciente. Los montos recibidos de terceros pagadores no se consideran cobrados al o recibidos del paciente.

4. Proceso de Aplicación y Determinación

- a. Los pacientes que crean que pueden calificar para asistencia financiera bajo esta póliza deben presentar una solicitud en el formulario de aplicación de asistencia financiera del Hospital durante el Período de Solicitud. Los pacientes pueden obtener una copia de esta póliza, un resumen en lenguaje sencillo de esta póliza y una solicitud de asistencia financiera gratuitamente al:
 - i. Por Correo: 1215 Tibbals St. Holdrege, NE 68949 Attn: Patient Financial Services
 - ii. Llamando al 308-995-2211 y preguntando por el representante de asistencia financiera
 - iii. Enviando un correo electrónico a finassist@phelpsmemorial.com
 - iv. Descargándolo desde <http://www.phelpsmemorial.com/health-center/financial-assistance>
 - v. En persona en:



1. La Sala de Emergencias
2. Cualquier área de registraci3n
3. Servicios Financieros de los Pacientes ubicados en la entrada principal del hospital al 1215 Tibbals St. Holdrege, NE 68949

Si tiene preguntas y/o necesita ayuda para completar una aplicaci3n de asistencia financiera, el paciente puede comunicarse con los servicios financieros para pacientes a trav3s de cualquiera de los m3todos anteriores.

b. Aplicaciones Completadas

- i. Las aplicaciones completas deben entregarse en persona o enviarse por correo al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services en ingl3s) en 1215 Tibbals St, Holdrege, NE 68949 o por correo electr3nico a finanassist@phelpsmemorial.com. Para que se considere "completa", una aplicaci3n de asistencia financiera debe presentarse durante el Per3odo de Solicitud y proporcionar toda la informaci3n solicitada en el formulario y en las instrucciones del formulario.
- ii. Al recibir una solicitud completa durante el Per3odo de solicitud, el Hospital suspender3 cualquier ECA tomada contra el paciente y procesar3, revisar3 y tomar3 una determinaci3n sobre la solicitud como se establece a continuaci3n. El Hospital puede, a su propia discreci3n, aceptar solicitudes de asistencia financiera completas entregadas despu3s del Per3odo de Solicitud.
- iii. La determinaci3n de la elegibilidad para la asistencia financiera debe ser realizada por el comit3 de asistencia financiera.
- iv. A menos que se demore de forma establecido en ese documento, dicha determinaci3n se realizar3 dentro de los 20 d3as posteriores a la presentaci3n de una solicitud. Los pacientes ser3n notificados de la determinaci3n del Hospital seg3n lo establecido en las disposiciones de Facturaci3n y Cobro detalladas en este documento.
- v. El Hospital no considerar3 que una solicitud est3 incompleta ni negar3 la asistencia financiera basado en la falta de informaci3n que no se pidi3 en la solicitud o en las instrucciones que la acompa1an. El Hospital puede tener en cuenta en su determinaci3n (y en determinar si la solicitud del paciente est3 completa) la informaci3n proporcionada por el paciente que no sea parte de



la solicitud.

- vi. Si un paciente presenta una aplicación de asistencia financiera completa durante el Período de Solicitud y el Hospital determina que el paciente puede ser elegible para participar en un programa de asistencia médica gubernamental como Medicaid o Medicare, el Hospital notificará al paciente por escrito sobre dicha elegibilidad potencial y pedirá que el paciente tome los pasos necesarios para inscribirse en dicho programa. En tales circunstancias, el Hospital pospondrá el procesamiento de la aplicación de asistencia financiera del paciente hasta que se complete la solicitud del paciente para el programa de asistencia médica gubernamental, se envíe a la autoridad gubernamental requerida y se tome una determinación. Si el paciente no presenta una solicitud a un programa de asistencia médica gubernamental dentro de los treinta (30) días posteriores a la petición del Hospital, el Hospital procesará la aplicación de asistencia financiera completa y la asistencia financiera será denegada debido al incumplimiento de los criterios de elegibilidad establecidos en este documento.

c. Aplicaciones Incompletas

- i. El Hospital no procesará las aplicaciones incompletas.
- ii. Si un paciente presenta una aplicación incompleta, el Hospital suspenderá las ECAs y le proporcionará al paciente un aviso por escrito que establezca la información o documentación adicional requerida para completar la aplicación. El aviso por escrito incluirá la información de contacto (número de teléfono y la ubicación física de la oficina) de la oficina de asistencia financiera del paciente. El aviso le dará al paciente por lo menos 20 días para proporcionar la información requerida.
- iii. Si el paciente presenta una aplicación completa antes del final del Período de Solicitud, el Hospital aceptará y procesará la aplicación como completa.

d. Elegibilidad Presuntiva

- i. El Hospital se reserva el derecho de proporcionar asistencia financiera, aunque no se haya presentado una aplicación, en cuyo caso se le proporcionará al paciente el nivel máximo de asistencia financiera. Las circunstancias en las que se puede utilizar la elegibilidad presuntiva incluyen, entre otras: falta de vivienda, participación en el programa WIC, elegibilidad para estampillas de comida, elegibilidad para vivienda de bajos ingresos, paciente fallecido sin bienes, o encarcelamiento.



- ii. Las aplicaciones de asistencia financiera entregada previamente también pueden ser utilizadas para la elegibilidad presuntiva.

5. Aviso

- a. Idealmente, se ofrecerá a los pacientes un resumen en lenguaje sencillo de la póliza de asistencia financiera al momento de su admisión al Hospital, pero en ningún caso después del alta.
- b. Todos los estados de cuenta incluirán un aviso por escrito llamativo sobre la disponibilidad de asistencia, incluida la información de contacto que identifica dónde el paciente puede obtener más información y documentos relacionados con la asistencia financiera y el sitio web donde se pueden encontrar dichos documentos.
- c. El Hospital publicará un aviso de la disponibilidad de asistencia financiera en áreas visibles del Hospital que, como mínimo, incluyen el departamento de emergencias y las áreas de admisión de pacientes.
- d. El Hospital publicará esta póliza y todos los demás documentos de asistencia financiera relacionados en su sitio web en: <https://www.phelpsmemorial.com/health-center/financial-assistance>.
- e. El Hospital tomará otras medidas razonables para informar y notificar al público sobre la disponibilidad de asistencia financiera.

6. Acciones de Colección

- a. El Hospital no tomará ECAs contra un paciente o cualquier otra persona que haya aceptado o esté obligado aceptar la responsabilidad financiera de un paciente a menos que y hasta que el Hospital haya hecho "esfuerzos razonables" para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera bajo esta póliza. El Director Financiero es responsable de determinar si el Hospital ha cumplido con el estándar de "esfuerzos razonables". Al tomar la determinación de que se han satisfecho los "esfuerzos razonables", el Hospital o sus representantes autorizados pueden tomar las ECAs enumeradas en esta póliza que se describen en el aviso final contra un paciente o cualquier otra persona que haya aceptado o esté obligado a aceptar responsabilidad por un paciente.
- b. El Hospital puede referir la factura del paciente a una agencia de colección 120 días a partir de la fecha en que se le proporcionó al paciente la primera factura por la atención médica, que no es una ECA. No es necesario realizar una determinación de "esfuerzos razonables" antes de referir la factura de un paciente a una agencia de colección. El Hospital se asegurará de que todos los acuerdos con terceros requieran el cumplimiento de esta póliza y las regulaciones aplicables.
- c. **No Se Presentó Ninguna Aplicación.** Si un paciente no ha presentado ninguna aplicación de asistencia financiera completa durante el Período de Solicitud, el Hospital ha realizado "esfuerzos razonables" con tal de que:



- i. No toma ECAs contra el paciente durante al menos 120 días a partir de la fecha en que el Hospital le provee al paciente la primera factura de atención después de darle de alta;
 - ii. Proporciona al menos treinta (30) días de aviso al paciente que:
 - 1. Notifica al paciente de la disponibilidad de asistencia financiera;
 - 2. Identifica las ECAs específicas que el Hospital tiene intención de iniciar contra el paciente, y
 - 3. Establece una fecha límite después de la cual se pueden iniciar las ECAs que no sea menos de 30 días después de la fecha en que se proporciona la notificación al paciente;
 - iii. Proporciona un resumen en lenguaje sencillo de la póliza de asistencia financiera con el aviso mencionado; y
 - iv. Hace un esfuerzo razonable para notificar oralmente al paciente sobre la posible disponibilidad de asistencia financiera por lo menos 30 días antes de iniciar ECAs contra el paciente, describiendo cómo la persona puede obtener ayuda con el proceso de solicitud de asistencia financiera.
- d. **Aplicación Incompleta.** Si un paciente presenta una aplicación de asistencia financiera incompleta durante el Período de Solicitud, se habrán cumplidos "esfuerzos razonables" si el Hospital:
- i. Proporciona al paciente un aviso escrito como se describió en 4.c.ii de esta póliza; y
 - ii. Suspende ECAs que se han tomado contra el paciente, si los hubiera, por un período no menos del tiempo de respuesta asignado en el aviso.
- Si el paciente no entrega la información solicitada dentro del período de tiempo asignado, las ECAs pueden continuar; sin embargo, si el paciente entrega la información solicitada durante el Período de Solicitud, el Hospital debe suspender las ECAs y tomar una determinación sobre la aplicación completada.
- e. **Aplicación Completada.** Si un paciente presenta una aplicación de asistencia financiera completada durante el Período de Solicitud, se habrán cumplido "esfuerzos razonables" si el hospital hace lo siguiente:



- i. Suspende todas las ECAs tomadas contra el individuo, si hubiera;
- ii. Hace una determinación en cuanto a la elegibilidad para la asistencia financiera según lo establecido en esta póliza; y
- iii. Proporciona al paciente un aviso por escrito, ya sea (i) estableciendo la asistencia financiera para la cual el paciente es elegible o (ii) negando la aplicación. El aviso debe incluir la base para la determinación.

Si el Hospital ha pedido que el paciente solicite Medicaid, el Hospital suspenderá cualquier ECAs que se haya tomado contra el paciente hasta que se haya procesado la aplicación del paciente para tal programa o se haya negado la solicitud de asistencia financiera del paciente debido a la falta de solicitud oportuna de tal cobertura.

Si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera, el Hospital: (i) Proporcionará al paciente un reembolso por cualquier cantidad que el paciente haya pagado en exceso del monto debido al Hospital (a menos que tal cantidad sea menos de \$5); y tomará medidas razonables para revertir cualquier ECAs tomada contra el paciente.

- f. **Elegibilidad Presuntiva.** Si se le ha otorgado asistencia financiera al paciente basada en una determinación de elegibilidad presuntiva, el Hospital le ha proporcionado al paciente el aviso requerido en la póliza de asistencia financiera siempre que/con tal de que la asistencia financiera brindada sea 100% asistencia financiera.

REFERENCIA:

26 CFR Parts 1, 53, and 602 - Additional Requirements for Charitable Hospitals; Community Health Needs Assessments for Charitable Hospitals; Requirement of a Section 4959 Excise Tax Return and Time for Filing the Return; Final Rule - December 31, 2014

<https://www.federalregister.gov/documents/2014/12/31/2014-30525/additional-requirements-for-charitable-hospitals-community-health-needs-assessments-for-charitable>

IRS 501(r) final rule <https://www.irs.gov/charities-non-profits/charitable-organizations/requirements-for-501c3-hospitals-under-the-affordable-care-act-section-501r>