

LEVINDALE HOSPITAL
POLÍTICA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL

ASUNTO: Asistencia financiera

ALCANCE: Levindale Hospital

RESPONSABILIDAD: Servicios Financieros al Paciente; Acceso de Pacientes

PROPÓSITO: Para la atención médicamente necesaria, para ayudar a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente o a cualquier miembro de la familia inmediata del paciente que vive en el mismo hogar, que no califica para la Asistencia Financiera de las agencias estatales, del condado o federales, pero puede calificar para atención no remunerada según las Pautas Federales de Pobreza. La atención médicamente necesaria se define como el tratamiento médico que es absolutamente necesario para proteger el estado de salud de un paciente y podría afectar negativamente la condición del paciente si se omitiera, de acuerdo con los estándares aceptados de la práctica médica y no principalmente para la comodidad del paciente. La atención médicamente necesaria para los fines de esta política no incluye procedimientos electivos o cosméticos.

POLÍTICA: Para proporcionar solicitudes de Asistencia Financiera Uniforme que cumplan con la Sección 501 (r) del IRS y de la manera prescrita por la Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud (HSCRC, por sus siglas en inglés) a los pacientes que tengan dificultades financieras para pagar sus facturas del hospital. La elegibilidad se basa en el ingreso familiar bruto y el tamaño de la familia de acuerdo con las Pautas Federales de Pobreza o las Pautas de Dificultades Financieras en vigor, según lo define la HSCRC.

La Sección 501 (r) del IRS requiere que la Política de asistencia financiera y la información relacionada se pongan a disposición del público a través de los sitios web de los hospitales, en los resúmenes de facturación, a través de avisos publicitarios, por cartas enviadas a las iglesias y a las escuelas, por escrito, resumido en lenguaje sencillo, así como verbalmente en los puntos de registro. Los terceros que cobran deudas en nombre del hospital deben proporcionar información relacionada en los estados de cuenta.

La información de asistencia financiera también se pone a disposición del público a través de múltiples fuentes, que incluyen:

1) Hoja de información del paciente obligatoria de HSCRC incluida en el paquete de admisión, 2) letreros y folletos ubicados en Acceso de Pacientes, Departamento de Emergencia, Servicios Financieros al Paciente (PFS), así como otros puntos de acceso de pacientes en todo el hospital, 3) declaraciones de pacientes y 4) Servicios Financieros al Paciente, Acceso de Pacientes y demás personal del área de registro.

Las determinaciones de elegibilidad para Asistencia Financiera cubren únicamente los cargos de pacientes en el hospital/establecimiento. Los médicos y proveedores de servicios auxiliares fuera del Hospital no están cubiertos por esta política.

La Junta Directiva del Hospital Levindale revisará y aprobará la Política de Asistencia Financiera cada dos años. El Hospital no puede alterar su Política de Asistencia Financiera de manera significativa sin la aprobación de la Junta Directiva.

LEVINDALE HOSPITAL
POLÍTICA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL

IMPLEMENTACION/PROCEDIMIENTO: Los procedimientos de implementación son diferentes para los servicios que no son de emergencia y los de emergencia.

A. Servicios no planificados, de emergencia y admisiones de cuidado continuo

1. Los servicios no planificados y de emergencia se definen como admisiones a través del Departamento de Emergencias. Las admisiones de cuidado continuo se definen como admisiones relacionadas con el mismo diagnóstico/tratamiento que una admisión previa del paciente.
2. Los pacientes que creen que no podrán cumplir con su responsabilidad financiera por los servicios recibidos en el Hospital serán remitidos a un Asesor Financiero para Pacientes o a un Técnico de Servicio al Cliente en Servicios Financieros al Paciente.
3. Para visitas de pacientes hospitalizados, el Asesor Financiero al Paciente o el Técnico de Servicio al Cliente trabajarán con el Enlace de Asistencia Médica para determinar si el paciente es elegible para la Asistencia Médica de Maryland (Medicaid). El paciente proporcionará información para realizar esta determinación.
4. Si el paciente no califica para Medicaid, el Asesor Financiero de Pacientes o el Técnico de Servicio al Cliente determinarán si el paciente tiene recursos financieros para pagar los servicios prestados según las Pautas Federales de Pobreza.
5. Si el paciente tiene los recursos financieros de acuerdo con las Pautas, el Asesor Financiero de Pacientes o el Técnico de Servicio al Cliente organizarán el pago por parte del paciente siguiendo las pautas de organización de pago del Hospital.
6. Si el paciente no tiene los recursos financieros de acuerdo con las Pautas, el Asesor Financiero de Pacientes o el Técnico de Servicio al Cliente lo ayudarán con el proceso de solicitud de Asistencia Financiera.
7. Los pacientes pueden solicitar Asistencia Financiera antes del tratamiento o después de la facturación.
8. Los pacientes deben completar la Solicitud de Asistencia Financiera Uniforme del estado de Maryland (Adjunto N° 1) y presentar al Asesor Financiero de Pacientes o al Técnico de Servicio al Cliente una prueba documentada de la deuda médica y de los ingresos del hogar para ser considerados según se solicita en la Carta de Presentación de Asistencia Financiera (Adjunto N° 2). La deuda médica se define como la deuda contraída durante un período de tiempo de al menos doce (12) meses antes de la fecha de la solicitud en el Hospital Levindale u otra instalación de LifeBridge Health. Los ingresos del hogar se definen como los sueldos, salarios, ganancias, propinas, intereses, dividendos, distribuciones corporativas, ingresos por concepto de alquileres, ingresos por jubilaciones/pensiones, beneficios de la Seguridad Social y otros ingresos del paciente o de la parte responsable según lo define el Servicio de Impuestos Internos, de todos los miembros de la familia inmediata residentes en el hogar durante los doce (12) meses calendario anteriores a la fecha de la solicitud. Se requiere al menos uno de los siguientes elementos:

LEVINDALE HOSPITAL
POLÍTICA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL

- a. Recibo reciente de sueldo/salario del paciente
 - b. Copia de la declaración de impuestos del año anterior y/o formulario W-2
 - c. Verificación de otros ingresos del hogar, p. ej. Carta de adjudicación de la Seguridad Social, pagos de jubilación/pensión, etc.
 - d. 'Carta de apoyo' para pacientes que declaran no tener ingresos
9. Elegibilidad para Asistencia Financiera:
- a. La elegibilidad incluye a cualquier paciente para el cual se completó la solicitud de Asistencia Financiera, así como a cualquier familiar directo del paciente que vive en la misma dirección y que figura en la solicitud como miembro del hogar. La familia inmediata se define como –
 - si el paciente es menor de edad: madre, padre, hermanos menores solteros, naturales o adoptados, que residen en la misma casa.
 - si el paciente es un adulto: cónyuge, hijos menores solteros naturales o adoptados que residen en la misma casa.
 - cualquier menor discapacitado o adulto discapacitado que viva en la misma casa de la que es responsable el paciente.
 - b. La elegibilidad cubre los servicios proporcionados por todas los establecimientos de LifeBridge Health (Elegibilidad del Sistema de Salud): Hospital Sinai, Hospital Northwest, Hospital Carroll, Centro y Hospital Geriátrico Levindale Hebrew. Los pacientes aprobados para recibir Asistencia Financiera a través de otro centro dentro del Sistema de Salud de LifeBridge deben notificar al Hospital de su elegibilidad, que se valida antes del ajuste de la Asistencia Financiera. La validación se puede hacer contactando al Departamento de Servicios Financieros al Paciente del Hospital que aprueba (Adjunto # 8).
 - c. El Enlace de Asistencia Financiera considerará todas las cuentas del hospital dentro del período de consideración para el paciente. La determinación de aprobación o rechazo se aplicará al paciente, así como a los familiares inmediatos que figuran en la solicitud.
 - d. Para las fechas de servicio del 1 de octubre de 2010 y posteriores, los pacientes hospitalizados y ambulatorios aprobados de Medicare están certificados por un año desde la fecha de servicio o un año desde la fecha de aprobación, la que sea mayor. Para la recertificación anual, los pacientes de Medicare deben proporcionar una copia de su Carta de adjudicación del Seguro Social.
 - e. Para las fechas de servicio del 1 de octubre de 2010 y posteriores, los pacientes hospitalizados y ambulatorios aprobados que no son de Medicare están certificados por un año desde la fecha de servicio o un año desde la fecha de aprobación, la que sea mayor. Sin embargo, si durante el transcurso de ese período se determina que el paciente cumple con los requisitos de elegibilidad de Medicaid, ayudaremos al paciente con este proceso mientras aún consideramos las solicitudes de Asistencia Financiera.
 - f. La elegibilidad finaliza el último día calendario del último mes de elegibilidad. Por ejemplo, un paciente elegible el 15 de mayo de 2016 será elegible hasta el 31 de mayo de 2017.
 - g. Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios, incluidos los procedimientos múltiples como parte de un plan de tratamiento, pueden certificarse solo por una vez. Procedimientos quirúrgicos adicionales requerirían una nueva solicitud.

LEVINDALE HOSPITAL
POLÍTICA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL

- h. Al momento de la solicitud, todas las cuentas abiertas dentro del período de consideración son elegibles. El período de consideración se define como el comienzo con la fecha más antigua del servicio para el cual está destinada la aplicación y que finaliza doce meses a partir de esa fecha. Las cuentas previamente contabilizadas como pérdida por deuda incobrable se considerarán caso por caso.
 - i. Las fechas de servicio fuera del período de consideración de Asistencia Financiera, antes de la fecha de aprobación, se considerarán caso por caso.
 - j. El Hospital debe otorgar la reducción aplicable más favorable para el paciente que esté disponible: Atención gratuita o Atención a costo reducido como resultado de la calificación por Dificultades Financieras. Tenga en cuenta que la atención a costos reducidos para ingresos de más del 200% a 300% no se aplica debido a que la solicitud de atención gratuita del Hospital es hasta un 300% (la regulación requiere atención gratuita solo hasta un 200%).
10. La Asistencia Financiera se basa en las Pautas Federales de Pobreza (FPG) publicadas en el Registro Federal. Las pautas de nivel de pobreza son revisadas anualmente. Es responsabilidad de Servicios Financieros al Paciente mantener las FPG actualizadas a medida que se actualizan en el Registro Federal. Atención gratuita: los pacientes con un ingreso anual de hasta el 300% del Nivel Federal de Pobreza pueden tener el 100% de su(s) factura(s) del hospital cubiertas por la Asistencia Financiera. Dificultades Financieras: los pacientes con un ingreso anual superior al 300% pero inferior al 500% del Nivel Federal de Pobreza pueden estar cubiertos por la Asistencia Financiera basada en el criterio de Dificultades Financieras de la HSCRC, que se define como la deuda médica contraída por una familia (como se define en 9a. arriba) durante un período de doce meses que excede el 25% (veinticinco por ciento) del ingreso familiar. La deuda médica se define como desembolsos varios, incluidos los montos de copago, coseguro y deducibles adeudados al Hospital, así como los desembolsos relacionados con el médico de LifeBridge Health. Nota: el Hospital ha optado por incluir copagos, coseguros y montos deducibles para la consideración de la Asistencia Financiera, aunque la regulación permite su exclusión. El Hospital no está obligado a considerar la deuda médica contraída con otros proveedores de atención médica.
11. Las solicitudes con ingresos anuales superiores al 300% se considerarán caso por caso, lo que puede incluir una prueba de activos además de la prueba de ingresos. Se pueden considerar las siguientes opciones de pago sin intereses:
- a) Opciones estándar de pago en cuotas de tres a seis meses de acuerdo con la Carta del Acuerdo de Pago en Cuotas (Adjunto N° 6).
 - b) Las opciones de pago en cuotas extendidas a más de seis meses se considerarán caso por caso.
 - c) La opción de responsabilidad económica del paciente al nivel de ingreso del 300% de las Pautas Federales de Pobreza también se considerará caso por caso.
 - d) De acuerdo con el reglamento de la HSCRC, lo siguiente se excluirá de la consideración de la prueba de activos: 1) como mínimo, los primeros \$10.000 de activos monetarios; 2) un patrimonio de "puerto seguro" de \$150.000 en una residencia principal; y 3) activos de retiro a los que el Servicio de Impuestos Internos ha otorgado un tratamiento fiscal preferencial como una cuenta de retiro, incluidos, entre otros, planes de compensación diferida calificados bajo el Código de Ingresos Internos o planes de compensación diferida no calificados.

LEVINDALE HOSPITAL
POLÍTICA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL

12. Se utilizará la Hoja de Cálculo de Asistencia Financiera del Hospital Levindale (Anexo N° 3) para calcular la elegibilidad de la siguiente manera:
- a) Elegibilidad para Asistencia Financiera hasta 300% del FPL -
- Identificar el ingreso anual del hogar según el formulario de impuesto sobre la renta, W-2 o ingreso anual calculado (A)
 - Identificar el 300% del Nivel Federal de Pobreza basado en el número de residentes en el hogar (B).
 - Ingreso Anual del Hogar (A) menos el Nivel Federal de Pobreza (B) = Resultado (C)
 - Si el resultado es \$0.00 o menos de \$0.00, el paciente califica para el ajuste del 100%.
 - Si el resultado es mayor que \$0.00, aplicar la prueba de Dificultades Financieras (a continuación).
- b) Elegibilidad para Dificultades Financieras entre 300% - 500% del FPL -
- Si el ingreso anual del hogar es superior al 300% pero inferior al 500% del FPL y el porcentaje de ingresos (E) por Dificultades Financieras es del 25% o más, el paciente califica para la atención de costo reducido como resultado de las Dificultades Financieras.
 - El paciente es responsable del pago de la cantidad calculada del 25% del ingreso anual del hogar. La diferencia entre el cargo total y la cantidad calculada del 25% del ingreso anual del hogar se ajustará a la Asistencia Financiera.
 - Por ejemplo, el ingreso anual del hogar para una familia de 5 es de \$ 100.000. Las facturas médicas totalizan \$60.000. El porcentaje de Dificultades Financieras del ingreso (E) es del 60%, que es superior al 25% requerido, por lo que el paciente es elegible.
 - La responsabilidad del paciente en virtud de la elegibilidad por Dificultades Financieras equivale al 25% del ingreso anual del hogar. En este ejemplo, la responsabilidad del paciente equivale a \$ 25.000 o el 25% del ingreso anual del hogar. La diferencia entre el total de las facturas médicas (\$60.000) menos la responsabilidad del paciente (\$ 25.000) es igual al ajuste de Asistencia Financiera (\$35.000).
- Las consideraciones caso por caso están sujetas a la aprobación de la Administración y pueden calificar al paciente para la elegibilidad de Asistencia Financiera total o parcial. Para determinar la responsabilidad del paciente para la elegibilidad de la Asistencia Financiera parcial, se pueden utilizar uno o más de los siguientes:
- cálculo de responsabilidad económica del paciente después de deducción de gastos médicos
 - escala móvil
 - total de activos
 - endeudamiento total
 - otra información útil que ayude a determinar la elegibilidad
 - Las asignaciones de Asistencia Financiera superiores al 12% se considerarán caso por caso.

LEVINDALE HOSPITAL
POLÍTICA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL

Si el porcentaje de Dificultades Financieras es inferior al 25%, la solicitud se puede considerar caso por caso.

La falta de pago del monto que es responsabilidad del paciente según lo acordado podría dar lugar a la revocación del ajuste de Asistencia Financiera. El paciente puede ser responsable del saldo en su totalidad.

13. El Director de Servicios Financieros al Paciente o su designado aprueba o rechaza la solicitud. La persona designada firmará como Revisor y obtendrá la(s) firma(s) de Aprobación/Denegación apropiadas según lo indicado. Se requieren firmas de autorización para montos de \$10,000.00 y mayores.

\$10,000.00 – 24,999.99	Director de PFS (Serv. Fin. al Paciente)
\$25,000.00 +	VP de Ciclo de Ingresos

La Carta de Determinación de Elegibilidad para Asistencia Financiera (Anexo N° 4) se enviará oportunamente e incluirá las instrucciones del proceso de apelación. Las apelaciones deben hacerse por escrito describiendo la base para la reconsideración, incluida cualquier documentación de respaldo. El Director de Servicios Financieros al Paciente revisará todas las apelaciones y tomará una determinación final. El paciente es notificado por escrito.

14. El Hospital hará todo lo posible para identificar a los pacientes previamente aprobados y actualmente elegibles para recibir Asistencia Financiera, tanto sistemáticamente como a través de los informes disponibles. Sin embargo, en última instancia, es responsabilidad del paciente presentar la Carta de Determinación de Elegibilidad para Asistencia Financiera en cada visita o notificar al hospital por otros medios de la elegibilidad para Asistencia Financiera. Además, es responsabilidad del paciente notificar al hospital los cambios sustanciales en el estado financiero, lo que podría afectar la elegibilidad del paciente para recibir Asistencia Financiera. Dicha notificación es aceptable en forma de correspondencia escrita por carta o correo electrónico a Acceso de Pacientes o Servicios Financieros al Paciente, en persona o por teléfono.

B. Servicios planificados, no de emergencia

1. Antes de una admisión, el consultorio del médico o el planificador del hospital determinarán si el paciente tiene seguro médico y, de ser así, proporcionará información completa sobre el seguro en el momento de la programación. Si el paciente no tiene seguro médico, el consultorio del médico o el planificador del hospital programarán los servicios como pago por cuenta propia. El Representante de Liquidación Financiera (FCR, por sus siglas en inglés) se comunicará con el paciente para confirmar que el paciente no tiene seguro, le proporcionará un estimado verbal (por escrito a solicitud), evaluará la posible elegibilidad para Medicaid y/o determinará la capacidad de pago y establecerá acuerdos de pago con el paciente.

El FCR determinará si el paciente está actualmente pendiente de recibir Medicaid (definido como una solicitud completa bajo consideración en el Departamento de Salud e Higiene Mental (DHMH por sus siglas en inglés), o si el paciente tiene potencial para la

LEVINDALE HOSPITAL
POLÍTICA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL

elegibilidad para Medicaid, lo que permite al paciente recibir los servicios según lo programado.

Si el paciente no es potencialmente elegible para Medicaid, el FCR determinará la capacidad de pago del paciente. Consulte el N° 2 y N° 3 en esta sección.

Si el paciente no puede pagar, el FCR se comunicará con el consultorio del médico e intentará posponer el servicio. Si no se puede posponer, el caso se considerará para Asistencia Financiera (F.A.). El FCR remitirá el caso al Gerente, a Liquidación Financiera y/o al Director de Servicios Financieros al Paciente para su consideración caso por caso.

El Gerente/Director puede comunicarse con el consultorio del médico para obtener información adicional para determinar si se otorgará la aprobación. En ciertos casos, el Director puede remitir un caso al Vicepresidente de Ciclo de Ingresos o al Director de Finanzas para su aprobación.

El FCR completará la solicitud de F.A. en nombre del paciente o, si el tiempo lo permite, enviará una solicitud al paciente para que la complete. El paciente debe enviar por correo la solicitud completa de F.A. y la documentación requerida al Enlace de Asistencia Financiera o traer la solicitud de F.A. completada y la documentación requerida en la fecha de servicio. La solicitud de F.A. completa y la documentación requerida deben ser entregadas al Enlace de F.A. del Hospital para su aprobación, notificación formal al paciente y el(los) ajuste(s) necesario(s). Si el paciente no coopera y no completa la solicitud ni proporciona la documentación requerida, la Asistencia Financiera es denegada.

Nota: Los procedimientos, incluidos los procedimientos múltiples como parte de un plan de tratamiento, se certificarán por una sola vez. Procedimientos adicionales requerirían una nueva solicitud y consideración.

2. Las estimaciones escritas se proporcionan a petición de un paciente activo o programado antes o durante el tratamiento. El Hospital no está obligado a proporcionar estimaciones por escrito a las personas que compran servicios. El hospital proporcionará al paciente una estimación por escrito de los cargos totales por los servicios, procedimientos y suministros del hospital que se espera que sean proporcionados y facturados razonablemente por el hospital. La estimación escrita indicará claramente que es solo una estimación y los cargos reales podrían variar. El hospital puede restringir la disponibilidad de una estimación por escrito a las horas normales de oficina comercial. El Director de Servicios Financieros al Paciente y/o la persona designada será responsable de proporcionar todas las estimaciones (verbales y escritas).
3. Para los servicios planificados, que no sean de emergencia, los pacientes que pagan por cuenta propia y que son ciudadanos de los Estados Unidos deben pagar al menos el 50% de los cargos estimados antes del servicio, con un acuerdo para pagar el 50% restante que no exceda los dos (2) años. Para los pacientes que no son ciudadanos de los Estados Unidos, el 100% de los cargos estimados debe pagarse antes de la fecha de servicio. La elegibilidad para Asistencia Financiera se puede considerar caso por caso para los servicios que no sean de emergencia, aunque sean médicamente necesarios, según las

LEVINDALE HOSPITAL
POLÍTICA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL

políticas detalladas en este documento. Se requiere la aprobación del Vicepresidente de Ciclo de Ingresos y/o del Director Financiero.

Si se llega a un acuerdo, el paciente debe realizar el pago al menos tres (3) días hábiles antes del servicio y firmar el Acuerdo de Pago en Cuotas del Hospital Levindale (Adjunto N° 6). Si el paciente tiene los recursos financieros de acuerdo con las Pautas Federales de Pobreza, pero no paga antes del servicio o no firma el Acuerdo de Pago en Cuotas del Hospital Levindale, el Representante de Liquidación Financiera se pondrá en contacto con la oficina del médico para solicitar que el servicio planificado se cancele debido a la falta de pago.

5. Si existen circunstancias atenuantes con respecto al paciente, la condición clínica del paciente o la condición financiera del paciente, el paciente o el médico pueden solicitar una excepción al Vicepresidente de Ciclo de Ingresos y/o al Director Financiero. Si se solicita una excepción, el Asesor Financiero para Pacientes proporcionará un comprobante de ingresos documentado como se indica en la sección emergente de este procedimiento al Director de Servicios Financieros al Paciente. El Vicepresidente de Ciclo de Ingresos y/o el Director Financiero revisarán el caso, incluida la información clínica y financiera, el impacto en el negocio y la ubicación de la residencia del paciente para determinar si se debe proporcionar Asistencia Financiera. La determinación final se hará caso por caso.

C. Elegibilidad Presunta y otras consideraciones de Asistencia Financiera

1. El Hospital puede aplicar la Elegibilidad Presunta cuando realiza determinaciones de Asistencia Financiera caso por caso. Adicionalmente, pueden considerarse otros escenarios. Tenga en cuenta que una solicitud de Asistencia Financiera completada y/o la documentación de respaldo puede o no ser necesaria. La Carta de Determinación de Elegibilidad Presunta para Asistencia Financiera (Adjunto N° 5) se enviará a tiempo e incluirá las instrucciones del proceso de apelación. Las apelaciones deben hacerse por escrito y describir la base para la reconsideración, incluida cualquier documentación de respaldo. El Director de Servicios Financieros al Paciente revisará todas las apelaciones y tomará una decisión final. El paciente será notificado posteriormente.

Elegibilidad Presunta:

- a. La elegibilidad cubre los servicios proporcionados por todos los establecimientos de LifeBridge Health (Elegibilidad del Sistema de Salud): Hospital Sinai, Hospital Northwest, Hospital Carroll, Centro Geriátrico y Hospital Levindale Hebrew. Los pacientes aprobados para recibir Asistencia Financiera a través de otro centro dentro del sistema de salud de LifeBridge deben notificar al Hospital sobre su elegibilidad, que se valida antes del ajuste de la Asistencia Financiera. La validación se puede hacer contactando al Departamento de Servicios Financieros al Paciente del Hospital que aprueba (Adjunto N° 8).
- b. Medicaid de Maryland 216 (cantidad de recursos) se ajustará para los pacientes elegibles para Medicaid durante su período de elegibilidad.
- c. Pacientes elegibles para programas de elegibilidad no reembolsables de Medicaid como PAC (Atención Primaria para Adultos por sus siglas en inglés), Solo planificación familiar, Solo farmacia, QMB (Beneficiario Calificado de

LEVINDALE HOSPITAL
POLÍTICA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL

Medicare por sus siglas en inglés) y SLMB (Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos de Medicare por sus siglas en inglés), solo Servicios de Emergencia X02.

Pacientes elegibles para un programa de Medicaid fuera del estado en el que el hospital no es un proveedor participante.

- d. Pacientes inscritos en programas financiados por subvenciones del Estado de Maryland (Departamento de Rehabilitación Vocacional - DVR, Programa de Recuperación de Adicciones del Hospital Sinai - SHARP) donde el reembolso recibido del Estado es menor que el cargo.
- e. Los pacientes a quienes se les niega Medicaid por no cumplir con los requisitos de discapacidad con ingresos confirmados que cumplen con las pautas federales de Medicaid.
- f. Pacientes elegibles bajo el programa de Servicios para Niños de Familias Judías (JFCS por sus siglas en inglés) (Tarjeta Y)
- g. Hogares con niños en el programa de almuerzo gratuito o de costo reducido (se requiere comprobante de inscripción dentro de los 30 días).
- h. Elegibilidad para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (se requiere comprobante de inscripción dentro de los 30 días).
- i. Elegibilidad para el programa de asistencia de energía para familias de bajos ingresos (se requiere comprobante de inscripción dentro de los 30 días).
- j. Elegibilidad para Mujeres, Bebés y Niños (WIC por sus siglas en inglés) (se requiere comprobante de inscripción dentro de los 30 días).

Nota: Se otorgarán 30 días adicionales para proporcionar un comprobante de inscripción a solicitud del paciente o del representante del paciente.

Otras consideraciones para Asistencia Financiera:

- a. Pacientes fallecidos sin patrimonio.
- b. Pacientes con quiebra confirmada.
- c. Pacientes desconocidos (John Doe, Jane Doe) después de suficientes intentos de identificación.

Los ajustes de Asistencia Financiera basados en otras consideraciones deben documentarse completamente en las cuentas afectadas. Cuando corresponda, se deben completar los formularios: Calificaciones del Hospital Sinai y el Hospital Northwest para Asistencia Financiera (Adjunto N° 7). El Director de Servicios Financieros al Paciente o su representante firmará como Revisor y obtendrá la(s) firma(s) de Aprobación/Denegación apropiadas según lo indicado. Se requieren firmas de autorización para montos de \$10,000.00 y mayores –

\$10,000.00 – 24,999.99	Director de PFS
\$25,000.00 +	V.P. de Ciclo de Ingresos

D. Procedimiento de la agencia de cobranzas

1. El hospital se asegurará de que los terceros que cobren en su nombre proporcionen declaraciones que contengan información de Asistencia Financiera que incluya cómo y dónde solicitar, dónde encontrar información que incluya: en línea, en persona en el hospital y por teléfono.

LEVINDALE HOSPITAL
POLÍTICA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL

2. El hospital se asegurará de que los terceros que cobren en su nombre no inicien Acciones Extraordinarias de Cobro (ECA por sus siglas en inglés) hasta al menos 120 días a partir de la fecha en que se proporcione el primer estado de cuenta posterior al alta.
3. A solicitud del paciente y o la determinación de la agencia de la incapacidad para pagar, la agencia le enviará una carta de presentación y una solicitud de Asistencia Financiera con instrucciones para completar y devolver al Departamento de Servicios Financieros al Paciente del Hospital. La agencia suspenderá las actividades de cobranza (ECAs) hasta que el hospital haya determinado la elegibilidad para la Asistencia Financiera y la agencia haya sido notificada en consecuencia. La agencia solicitará el estado al hospital 45 días después de enviar la solicitud de Asistencia Financiera. La agencia reanudará su actividad de cobranza solo después de recibir la notificación del hospital.

E. Reembolsos a pacientes

1. A partir de fechas de servicio 1 de octubre de 2010, el Hospital proporcionará un reembolso completo de los montos superiores a \$ 25 en total, cobrados a un paciente o al garante de un paciente que, dentro de un período de dos años después de la fecha de servicio , fue encontrado elegible para recibir atención gratuita en la fecha de servicio.
2. El Hospital puede reducir el período de dos años a no menos de 30 días después de la fecha en que el hospital solicita información de un paciente, o del garante de un paciente, para determinar la elegibilidad del paciente para recibir atención gratuita en el momento del servicio, si el hospital documenta la falta de cooperación del paciente o del garante del paciente para proporcionar la información requerida.
3. Si el paciente o el garante del paciente ha firmado un contrato de pago, es responsabilidad del paciente o del garante del paciente notificar al hospital los cambios sustanciales en el estado financiero, lo que podría afectar la capacidad de cumplir con el contrato de pago y calificar al paciente para Asistencia Financiera.
4. El Hospital debe reembolsar los montos pagados con retroactividad a la fecha del cambio de estado financiero, o la fecha en que se informó al Hospital sobre el cambio de estado financiero, la que sea más favorable para el paciente. Los montos anteriores pagados de acuerdo con un contrato de pago no se considerarán reembolsables.

F. Requisitos de la Sección 501 (r) del IRS a partir del 1 de julio de 2016

1. El hospital publicará en los sitios web en formato PDF los siguientes documentos:
 - a. Resumen escrito de la información de Asistencia Financiera en lenguaje sencillo.
 - b. Solicitud de Asistencia Financiera y Carta de Presentación
 - c. Política de Asistencia Financiera del Hospital
 - d. Política de cobro de deudas del Hospital
2. El sitio web del hospital mostrará en la página de inicio y en la página de facturación principal el siguiente mensaje: "¿Necesita ayuda para pagar su factura? Usted puede ser

LEVINDALE HOSPITAL POLÍTICA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL

elegible para Asistencia Financiera. Haga clic aquí para obtener más información →". Al hacer clic en el enlace se mostrará una página web que incluya la información descrita en el punto 1 anterior.

3. El Hospital proporcionará al ingreso un resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera que proporciona los criterios de elegibilidad, cómo solicitar y dónde encontrar información, incluso en línea, en persona en los puntos de registro y en Servicio al Cliente y por teléfono.
4. El personal de registro del Hospital ofrecerá verbalmente una copia de la Política de Asistencia Financiera a los pacientes cuando se presenten para el servicio. Esto cumplirá con los requisitos de notificación verbal, ya que se notificará al paciente al menos 30 días antes de que se realicen las Acciones Extraordinarias de Cobro (ECAs por sus siglas en inglés).
5. Los estados de facturación del Hospital explicarán dónde encontrar información de Asistencia Financiera, incluyendo cómo y dónde solicitar y dónde encontrar información que incluya: en línea, en persona en los puntos de registro, y en Servicio al Cliente y por teléfono.
6. El Hospital publicará el Resumen en Lenguaje Sencillo de la Asistencia Financiera en los periódicos locales y enviará una carta de presentación y el resumen a las iglesias y escuelas del área.
7. El hospital se asegurará de que los terceros que cobren en su nombre proporcionen declaraciones que contengan información de Asistencia Financiera, incluyendo cómo y dónde realizar la solicitud, dónde encontrar la información, incluida: en línea, personalmente en el hospital y por teléfono.
8. El Hospital garantizará que los terceros que cobren en su nombre no inicien Acciones Extraordinarias de Cobro (ECAs) hasta al menos 120 días a partir de la fecha en que se proporcione el primer estado de cuenta posterior al alta.
9. El Hospital garantiza que el período permitido para la presentación de la solicitud de Asistencia Financiera sea por lo menos de 240 días a partir de la fecha en que se proporcione el primer estado de cuenta posterior al alta.

DOCUMENTACIÓN/APÉNDICES:

- | | |
|--------------|--|
| Adjunto N°1 | Solicitud de Asistencia Financiera Uniforme del estado de Maryland |
| Adjunto N° 2 | Carta de presentación de Asistencia Financiera |
| Adjunto N° 3 | Hoja de Cálculo de Asistencia Financiera del Hospital Levindale |
| Adjunto N° 4 | Carta de determinación de elegibilidad para la Asistencia Financiera |
| Adjunto N° 5 | Carta de determinación de elegibilidad presunta para la Asistencia Financiera |
| Adjunto N° 6 | Contrato de pago en cuotas del Hospital Levindale |
| Adjunto N° 7 | Calificaciones para Asistencia Financiera del Hospital Sinai y del Hospital Northwest |
| Adjunto N° 8 | Números de teléfono de contacto con Servicios Financieros al Paciente de LifeBridge Health |

DECLARACIÓN DE COLABORACIÓN:

**LEVINDALE HOSPITAL
POLÍTICA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL**

Director de Acceso de Pacientes
Director de Operaciones de Práctica Profesional

FUENTES:

Comisión de Revisión de Costos de Servicios de Salud
Registro Federal (Pautas Federales de Pobreza en vigor)

Fecha original: 7/92

Fecha de revisión: 6/96

Fechas en que se revisó: 9/96, 5/98, 9/01, 12/02, 8/04, 2/05, 3/05, 6/08, 10/08, 01/09, 04/11, 03/13, 04/16, 01/18

Aprobación de la Junta Directiva del Hospital Levindale

Fecha

Deborah Graves Presidente y COO del Hospital Levindale

Fecha

Nancy Kane Vicepresidente de Informes Financieros

Fecha

Anthony K. Morris SVP Jefe Oficial de Ingresos

Fecha