

ASISTENCIA FINANCIERA / PROGRAMA DE BENEFICENCIA CHARITY CARE

DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

Regional West Health Services debe contribuir con los recursos apropiados, de defensa y de apoyo a la comunidad para promover la salud de la comunidad a la que sirve, dentro de sus límites de capacidad económica para hacerlo. Se brindará Asistencia financiera a los pacientes que demuestren incapacidad para pagar. El objetivo de esta Política es establecer los criterios para determinar si la cuenta de un paciente califica para recibir Asistencia financiera. Se evaluarán y determinarán anualmente el monto de Asistencia financiera que se pondrá a disposición y los cambios en esta Política, de haber alguno, y esto cumplirá con las pautas federales y estatales para las dependencias exentas de impuestos y sin fines de lucro, según corresponda. Las organizaciones afiliadas son: Regional West Medical Center y Regional West Physician's Clinic.

Responsabilidad: FAST Team
Operaciones financieras/Gerente de FAST
El director sénior del ciclo de ingresos
CFO

Estándar: Administración

PRINCIPIOS CLAVE

1. **Elegibilidad para los descuentos de Asistencia financiera; niveles máximos de cobro.** Los pacientes que reciben atención de emergencia u otro tipo de atención con necesidad médica, y que tienen un Ingreso familiar inferior al 400 % de las pautas federales de pobreza son elegibles para recibir Asistencia financiera. RWHS aplicará criterios de presunta elegibilidad para facilitar la identificación oportuna de la elegibilidad para la Asistencia financiera. Al momento de cobrar por la atención de emergencia o de necesidad médica, a los pacientes que califiquen para la Asistencia financiera no se les cobrará más que los montos habituales de facturación (AGB) de los pacientes con cobertura de seguro. Para ser elegible, el paciente o el garante deben tener saldos pendientes mayores de \$500 o un procedimiento futuro con un saldo anticipado del paciente mayor de \$500.
2. Descuentos para pacientes no asegurados. Existen descuentos que pueden aplicarse a los montos que se cobran a los pacientes no asegurados, que consisten en un descuento automático del cuarenta por ciento (40 %). Los descuentos para pacientes no asegurados no se consideran Asistencia financiera según se define en esta Política.
3. El director sénior del ciclo de ingresos de RWHS es responsable de revisar la información sobre la Asistencia financiera brindada por la institución y de considerar las excepciones por circunstancias especiales para brindar más que el nivel estándar de descuentos de Asistencia financiera, o los descuentos para las personas que lo necesiten y que, de otra manera, no serían elegibles para recibir asistencia.

DEFINICIONES

1. **AGB** se refiere a los montos que suelen facturarse por atención de emergencia u otra atención por necesidad médica a las personas no aseguradas. El AGB es el monto que se debe a la institución después de haber aplicado los descuentos para asegurados que correspondan.
2. **Período de solicitud** se refiere al período en el que RWHS aceptará y procesará solicitudes de Asistencia financiera según esta Política presentadas por una persona, a fin de hacer los esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para recibir Asistencia financiera según esta Política. El Período de solicitud comienza el día en que se brinda la atención y finaliza 240 días después de la fecha de entrega de la primera factura posterior al alta o, al menos, (30) días después de que RWHS brinde a la persona un aviso por escrito donde se establezca la fecha límite para pagar sin que se apliquen recaudaciones extraordinarias (según se define), lo que suceda más tarde.
3. **Descuento automático por pago particular para personas no aseguradas** se refiere al descuento del cuarenta por ciento (40 %) en los cargos brutos, que se brinda automáticamente a todos los Pacientes no asegurados sin necesidad de exigir evidencia de incapacidad de pago. Este descuento no se considera Asistencia financiera según se define en esta Política.
4. **Activos exentos** se refiere a las siguientes formas de activos, que no se tendrán en cuenta para determinar la incapacidad del paciente para pagar ni una necesidad financiera; la residencia principal del paciente, la propiedad personal exenta de juicio según el Estatuto Revisado 77-202 de Nebraska y todos los montos de pensiones o planes de jubilación (no incluye distribuciones y pagos de esos planes).
5. **Familia** se refiere al paciente, su cónyuge (excepto cónyuges de matrimonios de hecho no reconocidos por el estado de Nebraska) y sus dependientes declarados en las declaraciones de impuestos, o bien, según las reglas del Servicio de Impuestos Internos.
6. **Ingreso familiar** se refiere al monto total de las ganancias anuales brutas de una familia y los beneficios en efectivo de todas las fuentes antes de impuestos menos el pago hecho por manutención infantil. Las fuentes de ingreso incluyen, entre otras: sueldos en bruto, salarios, dividendos, intereses, beneficios de la Seguridad Social, compensación para trabajadores, ingresos por capacitación, respaldo económico habitual de familiares que no viven en el hogar, pensiones gubernamentales, pensiones privadas, seguros y pago de anualidades, ingresos por alquileres, regalías, ganancias patrimoniales y fideicomisos.
7. **Asistencia financiera** es el término usado para referirse al valor de servicios de atención médica gratuitos o con descuento brindados a personas que se consideran elegibles para recibirla según esta Política y a partir de una necesidad financiera.
8. **Equipo de Liderazgo de RWHS** se refiere a la gerencia sénior que se reúne según sea necesario para revisar los datos relacionados con las solicitudes y las determinaciones de Asistencia financiera.
9. **Residente de Nebraska** es una persona que vive actualmente en Nebraska y que pretende seguir viviendo en Nebraska de forma indefinida.
10. **Servicio de necesidad médica** se refiere a cualquier servicio para pacientes hospitalizados o ambulatorios, incluidos los productos farmacéuticos o suministros proporcionados por el hospital a un paciente cubierto en virtud del Título XVII de la Ley Federal de Seguridad Social para los beneficiarios con la misma presentación clínica que el paciente no asegurado. Un servicio de necesidad médica no incluye: (1) servicios no médicos, como servicios sociales o vocacionales; (2) paquetes optativos de pago particular para procedimientos bariátricos o (3) cirugías estéticas optativas (no incluye la cirugía plástica de corrección de desfiguración por lesiones, enfermedad, defectos congénitos o deformidades).

11. **Paciente no asegurado significa:**

Un paciente de la institución que no tiene cobertura con ninguna póliza de seguro de salud comercial (incluida la cobertura de responsabilidad ante terceros) y no es beneficiario ni elegible para cobertura con ningún programa gubernamental ni para otro tipo de cobertura, incluidos Medicare, Medicaid, Tricare, seguros con deducible alto ni otros acuerdos de cobertura.

Si la cobertura de seguro del paciente se agota o si el seguro del paciente no cubre servicios de necesidad médica brindados al paciente, se lo considerará un Paciente no asegurado a los efectos de la Asistencia financiera, y se aplicará a estos casos el Descuento automático por pago particular para Personas no aseguradas.

PROCESOS REQUERIDOS

A. Identificación de pacientes elegibles potenciales.

No discriminación. RWHS es una corporación sin fines de lucro que ofrece Asistencia financiera a pacientes que califiquen. La institución no discriminará por cuestiones de raza, antepasados, religión, nacionalidad, estado de la ciudadanía, edad, discapacidad o género al evaluar si el paciente cumple los requisitos para la Asistencia financiera.

Ofrecimiento de información sobre la Asistencia financiera durante el ingreso o el alta. Durante el ingreso o el alta, todos los pacientes recibirán un resumen de esta Política, escrito en lenguaje sencillo. Además, todos los pacientes pueden solicitar información sobre la Asistencia financiera en cualquier momento.

Evaluación de la Asistencia financiera antes o después de la admisión o el registro previo: Pacientes que no provienen del Departamento de Emergencias. Cuando sea posible, antes de la admisión o el registro previo, la organización hará una entrevista previa a la admisión o el registro con todos los pacientes que no hayan llegado desde el Departamento de Emergencia para determinar la elegibilidad para la Asistencia financiera. Si no es posible hacer una entrevista de admisión o registro previo, se deberá hacer una entrevista de Asistencia financiera durante la admisión o el registro, o lo antes posible luego de ese momento.

Evaluación de la elegibilidad para la Asistencia financiera para el tratamiento médico de emergencia. En el caso de los pacientes que lleguen al Departamento de Emergencia, la evaluación de capacidad de pago o elegibilidad de Asistencia financiera no se hará hasta que se haya completado una evaluación médica apropiada y, en el caso de los pacientes con una emergencia médica, no se hará hasta que su afección se haya estabilizado.

Otras fuentes de pago. Los pacientes deben cooperar en su totalidad y cumplir con los requisitos de elegibilidad de otros programas de atención médica para los que podrían calificar antes de la evaluación para Asistencia financiera. Es posible que haya asistencia federal o estatal para quienes cumplan los requisitos. Antes de que se brinde Asistencia financiera, se agotarán todas las posibilidades de asistencia de terceros.

B. Criterios de presunta elegibilidad

1. Se considerará la presunta elegibilidad para la Asistencia financiera de todos los pacientes que cumplan con los criterios establecidos más abajo sin requisitos adicionales de documentación. En tales situaciones, el paciente debe tener un Ingreso familiar del 200 % del nivel federal de pobreza o menos, y, por lo tanto, será elegible para una reducción del 100 % de los costos de necesidad médica (es decir, deducción total de beneficencia). Los pacientes recibirán, como mínimo, un (1) estado de cuenta para brindar un resumen de los servicios y la información de la cuenta. Se considerará la presunta elegibilidad para recibir el 100 % de la Asistencia financiera si los pacientes cumplen con estos criterios:
 - a. El paciente no tiene dónde vivir (con una verificación de esa situación después de haber revisado los datos disponibles).
 - b. El paciente falleció sin patrimonio.
 - c. El paciente tiene una discapacidad física o mental, y no tiene a nadie que actúe en su nombre.
 - d. Actualmente, el paciente es elegible para Medicaid, pero no lo era en una fecha previa al servicio o para servicios no cubiertos.
 - e. El paciente está inscrito en lo siguiente o tiene una de estas coberturas:
Women's, Infants and Children Nutrition Program (WIC).
Supplemental Nutrition Assistance Program
Free Lunch Program
Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)
 - f. El paciente o la familia son participantes que califican en un programa de base comunitaria que brinda acceso a la atención médica con acceso y documentación de criterios limitados de situación financiera de bajos ingresos.
 - g. El paciente recibe o califica para recibir atención gratuita en una clínica comunitaria aliada a RWHS o que se sabe que tiene estándares de elegibilidad sustancialmente equivalentes a los de la organización de esta Política, y la clínica comunitaria remite al paciente a RWHS para el tratamiento o el procedimiento.
 - h. El paciente recibe un subsidio para servicios médicos.
 - i. El paciente participa en programas de medicamentos recetados financiados por el estado.
 - j. El paciente o su familia están inscritos en el programa Rental Housing Support Program (sección 8) de la Autoridad de Viviendas de Nebraska.
 - k. Una agencia de informes independiente tercerizada determinó y verificó que el paciente o su familia tienen un Ingreso familiar del 200 % del FPL o menos.

- I. Actualmente, el paciente es elegible para un programa estatal de Medicaid no contratado por Regional West Health Services.

C. Determinación estándar de elegibilidad

1. Documentación de los ingresos. Los pacientes sin presunta elegibilidad para la Asistencia financiera deberán presentar, al menos, uno de los siguientes formularios de documentación de ingresos junto con la solicitud de Asistencia financiera:
 - a. una copia del formulario 1040 de declaración federal de impuestos más reciente y las declaraciones complementarias (preferido) o la declaración de impuestos;
 - b. una copia del formulario W-2 y los formularios 1099 más recientes, o formularios similares emitidos a miembros de alianzas, compañías de responsabilidad limitada u otras entidades;
 - c. copias de los dos (2) recibos de pago más recientes;
 - d. una verificación por escrito de un empleador, si le pagan en efectivo; o
 - e. una (1) forma razonable de verificación de ingresos de un tercero que la organización considere aceptable.
2. Expectativas de cooperación del paciente. Se espera que los pacientes cooperen con la recopilación de información y el proceso de evaluación para determinar la elegibilidad para la Asistencia financiera.
3. Requisito de residencia. La Asistencia financiera y otros descuentos a pacientes contemplados en esta Política se brindarán a Residentes de Nebraska y a visitantes elegibles, según lo definido más abajo en la subsección C.
 - a. Prueba de residencia. La residencia se puede comprobar de cualquiera de las siguientes maneras:
 - i. Cualquiera de los documentos de ingresos enumerados más arriba en el párrafo C.1.
 - ii. Una tarjeta de identificación válida emitida por el estado o una licencia de conducir.
 - iii. Una factura reciente de servicios públicos.
 - iv. Un contrato de alquiler (para vivienda).
 - v. Tarjeta de registro automotor.
 - vi. Correo postal dirigido al paciente a una dirección en Nebraska, proveniente de una fuente gubernamental u otra fuente fiable.
 - vii. Declaración de un familiar del paciente que viva en la misma dirección y presente una verificación de residencia.
 - viii. Carta de un hogar para personas sin techo, hogar transitorio u otra institución similar, en la que se verifique que el paciente vive en esta institución.
 - b. Residentes elegibles del área de servicio fuera del estado. Los pacientes que sean residentes (usando los estándares de verificación aplicables a los Residentes de Nebraska detallados más arriba) de un estado adyacente que vivan en un área de ese estado dentro del área de servicio principal serán considerados elegibles para recibir la Asistencia financiera para los servicios provistos al igual que los Residentes de Nebraska.

- c. Visitantes elegibles para recibir Asistencia financiera. Se evaluará la elegibilidad para recibir la Asistencia financiera de los pacientes que no sean Residentes de Nebraska, pero que declaren o verifiquen que no vienen a Nebraska con el objetivo principal de recibir atención médica y, a tal fin, se aplicarán los mismos criterios que en el caso de los Residentes de Nebraska. El director sénior del ciclo de ingresos revisará las solicitudes de Asistencia financiera presentadas por otras personas que no residan en Nebraska, incluidas aquellas personas cuyos motivos de visita no estén claros, para determinar si brindar la Asistencia financiera se condice con los propósitos de esta Política, dadas las circunstancias.
4. Revisión de solicitudes con circunstancias especiales. El director sénior del ciclo de ingresos revisará las cuentas de pacientes identificados por un asesor financiero con circunstancias únicas que indiquen una necesidad financiera, a pesar de la ausencia de criterios de elegibilidad estándar establecidos en esta Política. El director sénior del ciclo de ingresos de RWHS podría recomendar excepciones a esta Política para pacientes específicos basándose en las circunstancias inusuales o poco comunes relacionadas con la necesidad financiera. Las bases de todas estas decisiones de excepción se deben documentar y guardar en el archivo de la cuenta, y esto debe hacerse de forma coherente en toda la organización.
 - a. Consideración de los activos. Los activos no se usarán para la elegibilidad inicial para Asistencia financiera, salvo que la presencia de activos considerables (que no sean Activos exentos) indique la existencia de fuentes adicionales considerables de ingreso no informadas que demostrarían que el Ingreso familiar real del paciente es superior al 400 % del FPL.
5. Autoridades de aprobación. Los niveles de aprobación son los siguientes:
 - a. El director sénior del ciclo de ingresos puede aprobar hasta \$100,000.
 - b. El director financiero aprobará los montos superiores a los \$100,000. Los montos aprobados cumplirán con esta Política.

D. Proceso de determinación de la elegibilidad y notificación.

1. Período normal de procesamiento. Durante la presentación de la solicitud, se deben comunicar con claridad las expectativas de tiempo necesario para revisar la información financiera y tomar una decisión sobre el paciente. Se presentará una decisión por escrito en un período razonable después de la recepción de la solicitud completa, que debe incluir, si corresponde, la asistencia para la que la persona es elegible y los motivos de esta determinación. La actividad de recaudación en la cuenta se suspenderá mientras la solicitud de Asistencia financiera esté pendiente.
2. Información financiera incompleta. Si falta información para cubrir el mínimo de información o documentos necesarios para determinar la elegibilidad para recibir Asistencia financiera, los representantes de Regional West Medical Center notificarán al paciente por escrito y especificarán cuál es la información adicional necesaria para completar la solicitud.

Si la solicitud permanece incompleta por 30 días después de dicho aviso por escrito, y después de realizar intentos razonables de obtener los documentos necesarios o información equivalente, se podrán activar o retomar las acciones de recaudación.

3. Denegación; derecho del paciente a apelar. Se notificará por escrito a los pacientes sobre la denegación de la solicitud de Asistencia financiera, incluidos los motivos para la denegación y los derechos de apelación. Si el paciente no está de acuerdo con la determinación de elegibilidad para la Asistencia financiera, incluido el nivel de descuento al que accede, puede apelar por escrito dentro de los 30 días después de la denegación. La asesoría financiera revisará la apelación y hará una recomendación al director sénior del ciclo de ingresos. Las decisiones tomadas se suelen comunicar al paciente dentro de los 60 días y corresponden a la revisión final del director sénior del ciclo de ingresos. La actividad de recaudación se suspenderá durante el proceso de apelación.
4. Suspensión de actividades de recaudación con la determinación de elegibilidad pendiente. Cuando se recibe una solicitud de Asistencia financiera, se ingresa una nota a la cuenta del paciente para suspender las actividades de recaudación hasta que se complete el proceso de Asistencia financiera. Si la cuenta se derivó a una agencia de recaudación, se notificará a la agencia que suspenda los esfuerzos de recaudación hasta que tome una determinación, y dicha notificación se deberá documentar en las notas de la cuenta.
5. Solicitud de descuento por exceso de gasto. El descuento por exceso de gasto estará disponible para pacientes que tengan gastos médicos durante 12 meses por servicios de necesidad médica de Regional West Health Service que excedan el 7.5 % del ingreso bruto anual familiar del paciente, incluso después del pago de terceros. Toda responsabilidad del paciente que exceda el 7.5 % se condonará con fines benéficos. Los Servicios sin necesidad médica no serán elegibles para este descuento.
6. Notificaciones de cambio de situación. Si se produce un cambio en la situación del paciente con una factura u obligación impaga, que puede habilitar la elegibilidad para Asistencia financiera o un descuento mayor, el paciente debe notificar con prontitud al asesor financiero de Regional West o designado de System. El paciente puede pedir una nueva evaluación y solicitar Asistencia financiera o un cambio en los términos del plan de pago.
7. Acuerdos de pago de saldos adeudados. Después de aplicar el descuento de la Asistencia financiera, todos los saldos pendientes del paciente podrán ser objeto de acuerdos de pago según las Políticas de Patient Financial Services. Si el paciente no puede cumplir con las pautas del acuerdo de pago debido a circunstancias individuales o familiares especiales que limiten su capacidad de pago, el asesor financiero o representante similar podrá revisar y recomendar el beneficio de Asistencia financiera adicional al director sénior del ciclo de ingresos para que lo revise y dé una recomendación. Si el saldo no se paga conforme a la Política de servicios financieros, el ajuste de Asistencia financiera será revertido y se reanudará el proceso de cobranza.

8. Solicitud de descuentos de Asistencia financiera para cuentas de pacientes. Una vez que se determine la elegibilidad para recibir la Asistencia financiera, se aplicará el descuento correspondiente a todas las cuentas del paciente, abiertas (definidas como cuentas abiertas por cobrar) o incobrables por servicios anteriores a la fecha de aprobación, 180 días antes de la aprobación. Se reembolsará el importe de la Asistencia financiera aprobada para los pagos efectuados dentro del Período de solicitud.
9. Nueva solicitud de Asistencia financiera. La aprobación de la Asistencia financiera estará disponible durante un máximo de 6 meses o dentro del período definido del año calendario como fecha de aprobación. Los pacientes deberán verificar la información brindada en las solicitudes previas presentadas más de 6 meses antes de la fecha de aprobación de la Asistencia financiera.

E. Descuento por pago particular para personas no aseguradas

No hay un proceso de solicitud para que el paciente reciba el Descuento por pago particular para personas no aseguradas. El descuento se aplica basándose en la situación de falta de seguro o de pago particular de la cuenta.

Los pacientes que reciben descuentos prenegociados (precio de paquete) en los servicios no serán elegibles para el descuento por pago particular para personas no aseguradas.

Si luego se aprueba que el paciente reciba Asistencia financiera, el descuento por pago particular para personas no aseguradas se revertirá para que se reconozca el monto completo como descuento de beneficencia.

F. Pautas de la Asistencia financiera y criterios de elegibilidad

General. Las pautas de la Asistencia financiera y los criterios de elegibilidad que figuran a continuación fueron diseñados para garantizar que se cobre una tarifa considerablemente menor a los pacientes con necesidades financieras en comparación con los pacientes asegurados, y esto incluye la oportunidad de recibir atención 100 % gratuita. La siguiente tabla se usa para determinar los descuentos de Asistencia financiera por nivel para los Pacientes no asegurados.

Porcentaje de las pautas de pobreza	Porcentaje de descuento para el paciente (del costo bruto)
Hasta 200 %	100 %
201 a 250 %	90 %
251 a 300 %	80 %
301 a 350 %	70 %
351 a 400 %	60 %
Máximo	
401 % y más	No elegible para la reducción

Actualizaciones anuales en los niveles de los criterios. Los cálculos de las Pautas Federales de Pobreza también se actualizarán todos los años junto con las actualizaciones publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Precios del paquete de tarifas prenegociadas. Los pacientes que reciben descuentos prenegociados (precio de paquete) en los servicios no serán elegibles para recibir la Asistencia financiera.

Asistencia financiera para víctimas de determinados delitos. En primer lugar, se debe evaluar la elegibilidad para recibir la Asistencia financiera de las personas consideradas elegibles por el Estado de Nebraska para recibir asistencia según la Ley de Reparación a las Víctimas de Delitos o el Programa SANE, y para eso, se deben seguir las pautas de la Asistencia financiera y los criterios de elegibilidad. Las solicitudes de reembolso con cargo a dichos Fondos para las Víctimas de Delitos se realizarán únicamente en la medida de cualquier responsabilidad restante del paciente una vez que se haya determinado la elegibilidad para recibir la Asistencia financiera.

Asistencia financiera para estudiantes. En el caso de la Asistencia financiera para estudiantes verificados inscritos a tiempo completo con ingresos equivalentes al 200 % del nivel federal de pobreza o menos serán elegibles para una reducción del 100 % de los costos (es decir, deducción total de beneficencia).

Tiempos de la solicitud de Asistencia financiera. Los pacientes pueden solicitar Asistencia financiera en cualquier momento durante el proceso de facturación y cobro.

G. Responsabilidades del paciente

Pacientes con posible elegibilidad para programas públicos. Los pacientes en los que se identifica una posible elegibilidad para obtener cobertura de atención médica mediante un programa gubernamental u otra fuente se remitirán al consejero financiero y deberán colaborar con los esfuerzos para determinar la elegibilidad para la cobertura (p. ej., Medicaid) antes de que se los considere para la Asistencia financiera. Dichos esfuerzos de elegibilidad para la cobertura se harán a cuenta de la institución y promoverán las metas de Políticas públicas garantizando que los pacientes elegibles estén cubiertos por los programas de cobertura de salud disponibles.

Verificación. Es responsabilidad del paciente brindar la documentación de respaldo adicional que se solicite para confirmar la determinación de la presunta elegibilidad. Los pacientes recibirán, como mínimo, una comunicación para aportar todos los documentos de verificación necesarios. La Asistencia financiera no se denegará por la omisión de información o documentación si esa información o documentación no se exige específicamente en esta Política o en la solicitud de Asistencia financiera.

H. Facturación

No se emitirá ninguna factura si está pendiente el procesamiento de la solicitud de Asistencia financiera.

Si se brinda una solicitud parcial de Asistencia financiera, no se emitirá ninguna factura al Paciente no asegurado hasta que se haga un intento razonable, usando la información de contacto del paciente, como dirección actual, número de teléfono y correo electrónico, para comunicarse con el paciente durante, al menos, 45 días sobre los documentos faltantes y de cómo se puede obtener la elegibilidad.

Facturación. Cuando se considera al paciente elegible para recibir la Asistencia financiera (no con presunta elegibilidad), el paciente recibirá una nueva factura en la que se indique el monto adeudado después de aplicada la Asistencia financiera.

Porcentajes del monto que suelen facturarse

En el caso de los pacientes elegibles para la Asistencia financiera, no se les debe facturar más que el AGB en casos de emergencia o de atención por necesidad médica, y se les debe facturar menos que los costos brutos en casos de otros servicios médicos según esta Política.

El AGB para todos los servicios de RWHS se calculará anualmente como el porcentaje del AGB más bajo de todas las entidades de System usando un método retroactivo. El método retroactivo consiste en determinar el monto total recibido por System de Medicare por las reclamaciones de tarifas por servicio y de aseguradoras privadas, dividido por los costos brutos de esos reclamos de un período de 12 meses. System Financial Patient Services establecerá el AGB actual desde el día 120 después del inicio del año calendario. La tasa del AGB actual de RWHS es del sesenta por ciento (60 %). El monto “permitido” incluye el monto que la aseguradora pagará más el monto que es responsabilidad personal del individuo (incluidos copagos y deducibles). Los reclamos permitidos se incluyen en el cálculo del porcentaje del AGB independientemente de si se pagaron o cobraron.

I. Conocimiento, por parte del paciente, de la Política y la disponibilidad de la Asistencia financiera

Letreros. Los carteles, letreros o avisos escritos similares sobre la disponibilidad de Asistencia financiera serán completamente visibles en todos los puntos de registro y en otras áreas de ingreso de pacientes para generar conciencia del programa de Asistencia financiera. Como mínimo, se colgarán letreros en el Departamento de Emergencias y en el área de registro de pacientes o admisión.

Formularios de solicitud. Además de ofrecer una copia del resumen en lenguaje sencillo de esta Política como parte del proceso de admisión o alta, las Solicitudes de Asistencia financiera y otros formularios utilizados para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir Asistencia financiera estarán disponibles en el momento del registro para todos los pacientes identificados como no asegurados o en otros momentos o lugares apropiados si la condición de no asegurado del paciente se determina después del registro.

Idiomas de las Políticas y los avisos de la Asistencia financiera.

En toda la información pública o los formularios relacionados con la Asistencia financiera se usará un lenguaje apropiado para el área de servicio, de acuerdo con la Ley de Servicios Lingüísticos de Asistencia del estado. Esta Política se traducirá y se pondrá a disposición en aquellos idiomas que constituyan el menor de los siguientes porcentajes: 1,000 personas o el 5 % de la comunidad a la que presta servicios el centro de Regional West Health.

Aviso de cuenta o facturación. Las cuentas y facturas de los pacientes u otros resúmenes de cargos incluirán una declaración destacada (en inglés y en español) de que los pacientes que cumplan determinados requisitos de ingresos pueden optar a la Asistencia financiera e información sobre cómo un paciente puede solicitar la consideración de esta Política.

Disponibilidad de la Política. Si se solicita, cualquier miembro del público o de un cuerpo gubernamental estatal recibirá una copia de esta Política. Encontrará un resumen de la Asistencia financiera basado en esta Política en el sitio web de RWHS, en aquellos idiomas apropiados para las áreas de servicio de RWHS, según lo establecido más arriba en el punto J.3.

Lista de proveedores participantes. RWHS enumerará a todos los médicos y a otros proveedores que aplicarán los descuentos de Asistencia financiera determinados por System para los servicios hospitalarios de necesidad médica prestados en el hospital ("**Lista 501(r) de participación de proveedores**"). Regional West Health actualizará trimestralmente la Lista 501(r) de participación de proveedores. Consulte más abajo la lista de proveedores que no participan.

FORMULARIOS DE APLICACIÓN Y OTROS DOCUMENTOS. Los siguientes documentos están disponibles en el sitio web de System e internamente en la página web de la información de facturación:

- A. Resumen de la Política de asistencia financiera en lenguaje sencillo (versiones en inglés y en español).
- B. Solicitud de Asistencia financiera (versiones en inglés y en español).
- C. Política de asistencia financiera (versiones en inglés y en español).
- D. Pautas Federales de Pobreza.

POLÍTICAS DE SYSTEM RELACIONADAS

Cobranza, facturación y finanzas de RWHS - 105.0.04

Firmas de autorización - 105.0.01

Descuento por falta de seguro, Prompt Pay y plan de pagos de RWHS - 105.0.12

Pautas Federales de Pobreza 2024

Tamaño del grupo familiar	100 %	200 %	250 %	300 %	350 %	400 %
1	\$15,060	\$30,120	\$37,650	\$45,180	\$52,710	\$60,240
2	\$20,440	\$40,880	\$51,100	\$61,320	\$71,540	\$81,760
3	\$25,820	\$51,640	\$64,550	\$77,460	\$90,370	\$103,280
4	\$31,200	\$62,400	\$78,000	\$93,600	\$109,200	\$124,800
5	\$36,580	\$73,160	\$91,450	\$109,740	\$128,030	\$146,320
6	\$41,960	\$83,920	\$104,900	\$125,880	\$146,860	\$167,840
7	\$47,340	\$94,680	\$118,350	\$142,020	\$165,690	\$189,360
8	\$52,720	\$105,440	\$131,800	\$158,160	\$184,520	\$210,880
Sume por cada persona adicional	\$5,380	\$10,760	\$13,450	\$16,140	\$18,830	\$21,520

Política de asistencia financiera de RWHS - Resumen en lenguaje sencillo

La Política/el Programa de Asistencia financiera (FAP) de Regional West Health Services tiene como fin proporcionar a los pacientes elegibles servicios de atención médica de emergencia o médicamente necesarios con descuentos parciales o totales, a cargo de Regional West Health Services, de aquí en adelante, "RWHS". Los pacientes que necesitan Asistencia financiera deben postularse al programa, que se resume en este texto.

Servicios elegibles: servicios de atención médica de emergencia o médicamente necesarios provistos y facturados por RWHS. La FAP solo se aplica a los servicios facturados por RWHS. Otros servicios, que otros proveedores facturan por separado, tales como médicos afiliados o no afiliados o laboratorios independientes, no son elegibles en virtud de la FAP. Para obtener más información sobre los proveedores que están sujetos o no a la FAP (consulte a continuación), puede contactarse con el equipo de especialistas en Asistencia financiera de RWHS si llama al 1-833-661-1846, escribe a FAST@rwhs.org o visita <https://rwhs.org/about-your-bill>.

Pacientes elegibles: los pacientes que reciben servicios elegibles, que presentan una solicitud de Asistencia financiera completa (incluida la documentación/información relacionada) y que cumplen con las pautas de ingresos vigentes establecidas en la FAP son elegibles para recibir la Asistencia financiera de RWHS. Las personas elegibles reúnen los requisitos para recibir Asistencia financiera cuando los Ingresos familiares sean equivalentes al 400 % del nivel federal de pobreza (FPL, Federal Poverty Levels) o menos, definido por el gobierno federal, y se exige que el paciente/garante tenga saldos adeudados de más de \$1000 o un procedimiento futuro con un saldo previsto para el paciente superior a \$1000. **El término "elegibilidad para recibir Asistencia financiera" significa que las personas elegibles tendrán cubierta la atención de manera total o parcial, y que no se les facturará más de los "importes generalmente facturados" (Amounts Generally Billed, AGB) a las personas aseguradas.**

Los niveles de la Asistencia financiera, basados exclusivamente en los Ingresos familiares y en el FPL son los siguientes:

Ingresos familiares del 0 al 200 % del FPL: reducción total del 100 %; de 201 a 400 % del FPL: reducción parcial.

Ingresos familiares superiores al 401 % del FPL: no elegibles para acceder a reducciones.

Si no se informa ningún Ingreso familiar, se requerirá información relativa a cómo se satisfacen las necesidades cotidianas.

Cómo solicitar la Asistencia financiera: La FAP y el formulario de solicitud relacionado pueden obtenerse/completarse/enviarse según se indica a continuación:

En la mesa de registro principal o recepción de Emergencias de RWHS.

Solicite que le envíen los documentos llamando al Equipo de Especialistas en Asistencia financiera de RWHS al 1-833-661-1846.

Solicite los documentos por correo o personalmente en la oficina de Asistencia financiera de RWHS, Regional West Health Services, 4021 Avenue B, Scottsbluff, NE 69361-4602. Descargue los documentos del sitio web de RWHS:

<https://www.rwhs.org/about-your-bill>. Envíenos directamente un correo electrónico a FAST@RWHS.org.

Envíe por correo las solicitudes completas (con todos los documentos/la información especificados en las instrucciones de la solicitud) o preséntelas en persona en RWHS Financial Assistance Office, Regional West Health Services, 4021 Avenue B, Scottsbluff, NE 69361-4602.

RWHS revisa las solicitudes presentadas que estén completas y determina la elegibilidad para la Asistencia financiera según la Política de asistencia financiera de RWHS. Las solicitudes incompletas no se tienen en cuenta, pero se notifica a los solicitantes y se les da una oportunidad para que brinden la información o los documentos faltantes. Hay copias traducidas de la FAP, de este Resumen en lenguaje sencillo y de la Solicitud de la FAP en español, si lo solicita, en persona o a la dirección que aparece más arriba. También puede descargarlas del sitio web de RWHS, <https://www.rwhs.org/about-your-bill>.

Para obtener ayuda o asistencia o si tiene preguntas relacionadas al proceso de solicitud de FAP, visite o llame a RWHS Financial Assistance Office, Regional West Health Services, 4021 Avenue B, Scottsbluff, NE 69361-4602; 1-833-661-1846, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.

Proveedores que no están sujetos a la Política de asistencia financiera de RWHS:
RWHS

Médicos de emergencia o proveedores de nivel medio de RWHS Médicos, médicos clínicos y proveedores de nivel medio de Regional West.

Lista de instituciones proveedoras que no están sujetas a la Política de asistencia financiera de RWHS (no son empleadas de RWHS):

Western Pathology Consultants
Colorado Health Medical Group (UCHealth)
Scottsbluff Urology Associates, PC
Rocky Mountain Pediatric Cardiology
Medically Handicapped Children's Program
Genetics Clinics
NorthStar Anesthesia

Los proveedores empleados o contratados por las instituciones antes mencionadas cambian con frecuencia y no están sujetos a la Política de asistencia financiera de RWHS.

Consulte más información.

www.rwhs.org/about-your-bill

Nuestra misión es inspirar salud y cura priorizando siempre a los pacientes.

Solicitar es un trámite sencillo.

Pida una solicitud. Busque los formularios en el hospital o en línea en: www.rwhs.org/about-your-bill. Complételos y devuélvalos. Complete la solicitud y brinde todos los documentos de respaldo apenas reciba la atención, y devuélvalo al hospital o por correo postal a:

**RWHS.
Financial Assistance
4021 Avenue B
Scottsbluff Ne 69361**

Si necesita ayuda para completar la solicitud, llame al número de su hospital que aparece más abajo o visite la oficina de Asesoramiento Financiero para el Paciente en el hospital. Revisaremos su solicitud. Revisaremos su solicitud para ver si califica según las pautas en la Política de asistencia financiera. Si existen circunstancias especiales que afectan su capacidad para pagar, el Comité de Asistencia financiera del hospital podría revisarlas.

Usted recibirá una respuesta. Le enviaremos una decisión por escrito dentro de un período razonable. Mientras tanto, se suspenderá el pago de su factura. Si se deniega su solicitud, le darán una explicación e información sobre cómo establecer un plan de pago y cómo apelar la decisión, si corresponde.

¿Ya es elegible? Si ya calificó para ciertos programas patrocinados por el gobierno, como las estampillas de alimentos o las viviendas subsidiadas, se presume la elegibilidad para recibir nuestra asistencia. No necesita completar la solicitud. Solo presente una verificación de su inscripción.

Es un trámite confidencial.

Se mantiene la completa privacidad de todas las solicitudes de Asistencia financiera. La información que brinde se comparte solo con las personas responsables de determinar su elegibilidad.

Cálculo del nivel de asistencia.

Averigüe si podría o no calificar para la Asistencia financiera observando la tabla que sigue. Busque el tamaño familiar en la primera columna y luego mire a la derecha para ver qué categoría le corresponde según sus ingresos familiares. Esto le dirá para qué porcentaje de Asistencia financiera podría calificar.

Asistencia financiera completa

Para calificar para el 100 % de la Asistencia financiera, sus ingresos familiares deben ser del 200 % de las pautas federales de pobreza (FPG) o menos.

Los pacientes no asegurados que cumplan con este requisito recibirán una deducción completa de los costos del paciente. Los pacientes asegurados que cumplan con este requisito se beneficiarán además tras la aplicación de una expectativa de pago por episodio.

Asistencia financiera parcial

Los pacientes con un ingreso superior al 250 % del FPG podrían calificar, además, para una Asistencia financiera parcial para cubrir gastos de bolsillo. Se usa una escala para determinar los descuentos sobre los costos para pacientes asegurados y no asegurados.

Comuníquese:

En el sitio web www.rwhs.org/about-your-bill, en el área de ingreso y en el Departamento de Emergencias encontrará copias gratuitas de este resumen en lenguaje sencillo, de la Política de asistencia financiera y de la solicitud de Asistencia financiera. También puede conseguirlas llamando al 1-833-661-1846 y por correo postal a la siguiente dirección: Regional West Medical Center, Financial Assistance Office, 4021 Avenue B, Scottsbluff, Ne 69361. Las traducciones estarán disponibles a solicitud.

Los representantes de pacientes del hospital están disponibles para responder preguntas y brindar información sobre la Política de asistencia financiera y para ayudar con el proceso de solicitud de Asistencia financiera. Puede comunicarse con los representantes de pacientes del hospital entre las 8:00 a. m. y las 4:30 p. m. de lunes a viernes llamando al 1-833-661-1846 o presencialmente en 4021 Avenue B, Scottsbluff Nebraska.

Mel McNea, MHA
Presidente y gerente general

Aprobado por la Junta Directiva 26/10/2017, 23/06/2022, 24/01/2024

Redacción: 10/2017

Revisión:

Revisado: 6/2022; 1/24/2024, 10/2024