



TÍTULO

Programa de Asistencia Financiera

PROPÓSITO

Asegurar que Sky Lakes brinde asistencia financiera a sus pacientes de manera justa, coherente y objetiva.

POLÍTICA

Sky Lakes brinda servicios de atención de emergencia de acuerdo con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo (EMTALA por sus siglas en inglés), independientemente del seguro o estado financiero del paciente. Los descuentos para servicios de emergencia se determinan después de cumplir con las obligaciones de EMTALA. Sky Lakes proporcionará servicios gratuitos para servicios tradicionales no electivos y medicamente necesarios a pacientes que cumplan con los requisitos financieros establecidos por el centro médico y de acuerdo con la ley aplicable. Las Guías de Ingresos de Pobreza Federal publicadas cada año se utilizarán como la base principal para las determinaciones de asistencia.

Sky Lakes no discrimina por motivos de raza, etnia, color, religión, género, sexo, edad, discapacidad u origen nacional.

La asistencia financiera se aplica únicamente a las cuentas facturadas por Sky Lakes. Otros médicos independientes (por ejemplo, proveedores del personal médico que no son empleados de Sky Lakes), incluidos cirujanos, patólogos y otros especialistas, pueden facturar por separado. La asistencia financiera del hospital no se aplicará a esas facturas. Además, la asistencia financiera no puede aplicarse a servicios de ambulancia, transporte aéreo ni otros servicios de transporte. La lista completa de proveedores independientes cuyos servicios no pueden ser cubiertos bajo la solicitud de asistencia financiera de Sky Lakes puede solicitarse en cualquier momento o encontrarse en: <https://skylakes.org/patients-visitors/billing-and-insurance/ayuda-financiera/>.

Como condición para proporcionar asistencia financiera, el hospital puede requerir que un paciente:

- A. Responda a las solicitudes del asegurador primario del paciente según sea necesario para que el asegurador pueda adjudicar una reclamación de reembolso del costo de los servicios; y
- B. Proporcione información sobre cualquier posible responsabilidad de terceros por el costo de los servicios, incluyendo pero no limitado a:

1. Información sobre la coordinación de beneficios entre aseguradoras que cubren la atención del paciente;
2. Informes de accidentes; y
3. Reclamaciones o beneficios de compensación laboral del paciente. Equipos médicos duraderos.

Los posibles destinatarios de asistencia financiera pueden recibir una evaluación gratuita de Change Healthcare en cualquier momento antes o durante el proceso de solicitud. Esto no es un requisito para recibir asistencia financiera de Sky Lakes.

Preselección para Determinar la Elegibilidad Presunta

Sky Lakes realizará una evaluación de preselección a los pacientes elegibles para determinar la elegibilidad presunta para la asistencia financiera.

El proceso de preselección y la determinación de elegibilidad presunta no se consideran una solicitud de asistencia financiera y no descalifican a un paciente para buscar más asistencia financiera.

El proceso de preselección para la elegibilidad presunta está destinado a pacientes:

- A. Sin seguro médico.
- B. Experimentando sinhogarismo.
- C. Inscritos en un programa de asistencia médica estatal.
- D. Con un saldo de al menos \$1500 adeudado al hospital después de todos los ajustes del seguro o pagadores externos, si corresponde.

Sky Lakes puede además evaluar a los pacientes que no cumplen con ninguno de los criterios anteriores a discreción exclusiva del hospital o según lo establecido en la política de asistencia financiera del hospital.

Sky Lakes no requiere que los pacientes presenten documentación o verificación relacionada con ningún criterio de elegibilidad como parte del proceso de preselección o como requisito para el ajuste de los costos del paciente.

Sky Lakes puede usar datos de pacientes existentes como base para la preselección incluyendo, pero no limitado a:

- A. Registros de pacientes existentes.
- B. Información recopilada rutinariamente durante el registro o admisión del paciente.
- C. Información proporcionada voluntariamente por el paciente.
- D. Ajustes previos de asistencia financiera.
- E. Conocida elegibilidad existente para programas de asistencia, incluyendo, pero no limitado a: Medicaid, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), Mujeres, Infantes y Niños (WIC), programas de almuerzo o desayuno gratis, programas de asistencia de energía

para hogares de bajos ingresos u otros programas basados en los ingresos y establecerían razonablemente un probable ingreso familiar del paciente.

Sky Lakes también puede utilizar una herramienta de software de terceros conocida como Experian para ayudar a tomar una determinación de elegibilidad. Esta determinación se basa únicamente en el tamaño del hogar y los ingresos estimados y no en los activos del hogar, la propensión a pagar o una evaluación de la capacidad de pago. Esta consulta no causará un impacto crediticio negativo para el paciente.

Si el método inicial de preselección no devuelve información sobre el paciente, el hospital hará un esfuerzo de buena fe para determinar el estado de elegibilidad presunta del paciente basándose en otra información disponible para el hospital, incluidas fechas anteriores de elegibilidad para Medicaid, premios previos de asistencia hospitalaria, estado de empleo, inscripción en programas de asistencia gubernamental y cualquier información adicional disponible para el hospital, incluida la información en los registros médicos del paciente.

Después de completar la preselección del paciente, el hospital notificará al paciente de manera oportuna mediante una notificación por escrito entregada al paciente a través del sistema postal o electrónicamente en el portal MyChart del paciente. La notificación incluirá:

- A. El resultado de la evaluación de elegibilidad presunta.
- B. El nivel específico y tipo de asistencia financiera otorgada.
- C. Instrucciones detalladas sobre cómo el paciente puede proceder si desea impugnar la determinación o proporcionar información adicional para la reevaluación.

Todas las determinaciones de elegibilidad presunta y la base de estas decisiones serán documentadas. Esta documentación se mantendrá en los registros financieros del paciente.

Si el proceso de preselección determina que el paciente no es presumiblemente elegible, no se puede determinar su elegibilidad o el ajuste del costo del paciente fue inferior al 100% del monto del costo del paciente, el paciente tiene los siguientes derechos:

- A. El paciente aún puede solicitar asistencia financiera o asistencia financiera adicional a través de la solicitud estándar de asistencia financiera del hospital, discutido a continuación;
- B. El paciente puede solicitar y recibir una solicitud física, en línea, o en persona.
- C. El paciente puede solicitar asistencia para completar la solicitud de asistencia financiera.
- D. El paciente es elegible para solicitar asistencia financiera por al menos 240 días después de la primera declaración de facturación por los servicios prestados o al menos 12 meses después de hacer un pago por los servicios prestados o por cualquier período adicional más allá de estos mínimos según lo especificado en las políticas de asistencia financiera del hospital.

Asistencia Financiera

Además de la preselección proporcionada a algunos pacientes como se indicó anteriormente, se anima a los pacientes a solicitar asistencia financiera.

Los pacientes son elegibles para solicitar asistencia financiera por al menos 240 días después de recibir la primera declaración de facturación por los servicios prestados o al menos 12 meses después de que el paciente paga por los servicios prestados. O un paciente puede solicitar asistencia financiera para cualquier cuenta que aún esté en buen estado siempre que no se haya aplicado una cantidad igual o mayor de asistencia a la cuenta.

Si necesita ayuda para completar una solicitud de asistencia financiera, Sky Lakes tiene representantes disponibles para ayudar a cualquier paciente o representante del paciente a completar la solicitud de asistencia durante el horario comercial publicado del Departamento de Asesoría Financiera.

Los solicitantes de asistencia financiera pueden completar un paquete de asistencia financiera (FAP) disponible en todas las áreas de registro de Sky Lakes en el Departamento de Asesoría Financiera y en el sitio web del hospital.

- A. A los pacientes que completen una solicitud de asistencia financiera se les puede pedir que proporcionen lo siguiente:
1. Tres meses de verificación de ingresos. Si un paciente declara que él o su cónyuge están desempleados o que no presentaron impuestos el año anterior, se puede requerir un registro de salarios u otra documentación.
 2. Registros de impuestos federales sobre la renta del año más reciente presentado.
 3. Se puede solicitar documentación de apoyo adicional para determinar el tamaño e ingresos del hogar.

El ingreso del hogar se determina utilizando la definición de la Oficina del Censo que utiliza los siguientes ingresos al calcular las guías de pobreza federal:

- A. Los ingresos incluyen ganancias, compensación por desempleo, compensación laboral, seguridad social, ingresos de seguridad suplementaria, pagos de veteranos, beneficios por sobrevivencia, ingresos de pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de propiedades, fideicomisos, pensión alimenticia y manutención de hijos.
- B. Se excluyen beneficios como seguro de salud, cupones de alimentos, asistencia educativa y subsidios de vivienda.
- C. También se excluyen las ganancias o pérdidas de capital.

Estas son pautas generalmente aceptadas. Tenga en cuenta que si las circunstancias financieras de un paciente, como otras facturas médicas, la capacidad de ganancia futura o un evento catastrófico mayor, afectan en gran medida la capacidad de un paciente para hacer pagos futuros, puede haber consideración adicional para la asistencia financiera.

- B. El hogar se determinará por los siguientes criterios:
1. Un individuo solo; o
 2. Cónyuges, parejas de hecho, o un padre y un hijo menor de 18 años viviendo juntos; y
 3. Otras personas por quienes el individuo, cónyuge, pareja de hecho o padre es financieramente responsable.

- C. Para cuentas relacionadas con accidentes de vehículos motorizados y lesiones en el trabajo, no se ofrecerá descuento de caridad hasta que se reciba una denegación del seguro. Si más tarde se determina que está en proceso de litigio o puede haber un acuerdo, entonces la oferta de caridad puede retirarse hasta que se reciba una carta del abogado del paciente indicando que no hay un acuerdo.
- D. Para cada solicitud, el paciente recibirá una carta de aprobación, denegación o una carta explicando la información adicional necesaria para procesar la solicitud dentro de los 10 días.
- E. Cada aprobación de una solicitud de asistencia financiera se considerará efectiva por 12 meses calendario a partir de la fecha de aprobación, pero la asistencia también puede aplicarse retroactivamente a cualquier cuenta en buen estado, si no se ha aplicado previamente asistencia o un descuento por pago propio, o si el monto de la asistencia ahora es mayor que el monto aplicado anteriormente (solo se considerará la diferencia entre ambos).
- F. Si un paciente solicita asistencia financiera después de haber pagado los servicios, y se determina que el paciente era elegible para recibir asistencia financiera en el momento en que se prestaron los servicios, el hospital emitirá un reembolso por la cantidad de asistencia financiera para el que el paciente calificó, siempre que la cuenta está dentro del período elegible. Los reembolsos sólo se emitirán para cuentas en las que la solicitud de asistencia financiera se presenta dentro de 240 días después de la recepción del primer estado de cuenta o 12 meses después de que el paciente haya pagado los servicios en su totalidad. Cualquier paciente que haya calificado para asistencia financiera no será responsable de un saldo anual superior al 20% del ingreso total familiar del paciente. Además, cualquier persona considerada elegible para asistencia financiera bajo el programa de asistencia financiera no será cobrada por más de las cantidades generalmente facturadas a las personas que tienen seguro para atención médica de emergencia u otra atención médicamente necesaria.
- G. Para calcular los Montos Generalmente Facturados (AGB por sus siglas en inglés), Sky Lakes utiliza el "método de retrospectiva". Este método se basa en reclamaciones completamente procesadas de pacientes internados, ambulatorios y de clínicas con un pagador principal de Medicare Fee-for-Service, Militar o un pagador comercial (incluidos los planes de Medicare Advantage) para cada año fiscal. La suma de los pagos totales realizados por esos pagadores se divide por la suma de los cargos hospitalarios totales para esas reclamaciones para identificar el "porcentaje de AGB". Sky Lakes ha establecido el porcentaje mínimo de reducción para los individuos elegibles para el FAP en el 70% para asegurar que continuemos cumpliendo o superando los descuentos del porcentaje de AGB proporcionados a otros individuos asegurados que buscan atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. Este porcentaje mínimo de AGB se revisa cada año fiscal para asegurar el cumplimiento continuo.

Proceso de Apelaciones

- A. Un paciente sólo puede apelar las determinaciones basadas en solicitudes de asistencia financiera.
- B. Si Sky Lakes Medical Center deniega una solicitud de asistencia financiera, encuentra que la solicitud está incompleta o falta documentación, o proporciona un ajuste de costos del

paciente por menos del 100% de los costos del paciente, el centro médico notificará al paciente de su capacidad para tomar medidas correctivas o apelar la determinación dentro de los diez (10) días hábiles.

- C. La notificación será escrita en un lenguaje claro en el idioma preferido del paciente o de otro modo en alineación con los estándares de traducción especificados en ORS 442.614.
- D. La notificación se entregará por correo, correo electrónico, en persona o a través de un portal en línea si el paciente es un usuario registrado del portal del centro médico. La notificación se entregará por separado y además de cualquier declaración de asistencia financiera incluida en las declaraciones de facturación.
- E. La notificación especificará claramente si la solicitud estaba incompleta o si se denegó al paciente por no cumplir con los criterios de elegibilidad.
- F. Si la solicitud se considera incompleta, falta documentación o contiene errores, la notificación designará la solicitud como incompleta y requerirá más acción por parte del paciente. El aviso describirá claramente las deficiencias y las acciones que el paciente puede tomar para completar la solicitud corrigiendo las deficiencias.
- G. Si la solicitud fue denegada debido a una falta de cumplimiento de los criterios de elegibilidad, la notificación especificará los criterios de elegibilidad relevantes y proporcionará información de contacto para que el paciente pueda solicitar más información sobre los criterios de elegibilidad relevantes y la información que utilizó el centro médico para llegar a su determinación.
- H. La notificación incluirá una descripción clara de cómo el paciente puede presentar correcciones o documentación adicional y cómo el paciente puede solicitar una apelación. Como mínimo, un paciente podrá presentar correcciones o documentación adicional y solicitar una apelación electrónicamente por correo electrónico o a través de un portal en línea seguro, por correo y por entrega en persona.
- I. La notificación informará al paciente que si el paciente elige apelar, el paciente puede solicitar una revisión por el Director Financiero del centro médico o por cualquier persona designada por el Director Financiero para tener autoridad de decisión sobre la apelación.
- J. La notificación informará al paciente que el paciente también puede presentar una apelación a través de una declaración escrita u otra documentación de apoyo.
- K. La notificación proporcionará información de contacto a un representante hospitalario apropiado que pueda responder preguntas sobre el proceso de apelaciones o la solicitud de asistencia financiera del paciente.
- L. Sky Lakes Medical Center permitirá a un paciente el tiempo restante del período de solicitud de 240 días después de la fecha de la primera declaración de facturación posterior al alta por la atención proporcionada, según lo especificado en 26 CFR 1.501(r)-1(b)(3) o 45 días a partir de la fecha en que se notificó al paciente de la determinación de asistencia financiera para corregir las deficiencias en la solicitud o solicitar una apelación, lo que sea mayor. Sky Lakes Medical Center puede llevar a cabo prácticas de facturación estándar durante el período de solicitud si no hay una apelación pendiente. Sin embargo, esto no elimina la obligación del centro médico de reembolsar a un paciente si se encuentra que es elegible para asistencia financiera de acuerdo con ORS 442.615.
- M. Durante la pendencia de una apelación, Sky Lakes Medical Center:
 - 1. Suspenderá todas las actividades de cobro si el centro médico ha iniciado actividades de cobro; y

2. Si el centro médico ha autorizado a una agencia de cobro a cobrar deudas en nombre del centro médico, el centro médico notificará a la agencia de cobro para suspender las actividades de cobro;
 3. Proporcionará al paciente una declaración escrita entregada de acuerdo con OAR 409-023-0125(4)(b) y cualquier solicitud del paciente para usar un método de entrega diferente permitido que contenga:
 - A. Confirmación de recepción de la solicitud de apelación del paciente;
 - B. Aviso de que:
 1. El centro médico ha suspendido todas las actividades de cobro que ha iniciado; y
 2. Si el centro médico ha vendido la deuda a una agencia de cobro o autorizado a una agencia de cobro a cobrar deudas en nombre del centro médico, el centro médico ha notificado a la agencia de cobro para suspender las actividades de cobro.
 3. Información sobre cualquier acción que el paciente pueda tomar si el paciente ha solicitado una revisión por el Director Financiero del centro médico o un designado.
- N. Si se determina por el funcionario del centro médico con la autoridad para determinar la apelación que el paciente proporcionará información adicional, se le permitirá al paciente un mínimo de 45 días adicionales para proporcionar la información solicitada. Este período adicional corre a partir de la fecha en que el funcionario del centro médico con la autoridad para determinar la apelación informa al paciente que deberá proporcionar información adicional.
- O. Sky Lakes Medical Center puede permitir múltiples reuniones con el paciente o su designado para tomar una decisión sobre la apelación.
- P. Sky Lakes Medical Center permitirá que un tercero que actúe con consentimiento y en nombre del paciente tome medidas sobre la solicitud del paciente y/o represente al paciente en la apelación. Sky Lakes Medical Center puede requerir documentación del consentimiento a la representación por parte del paciente.
- Q. Sky Lakes Medical Center emitirá una determinación por escrito sobre la apelación dentro de los 30 días a partir de la fecha de la última reunión de apelaciones o la fecha de recepción de las correcciones relacionadas con las deficiencias de la solicitud, lo que sea posterior. El centro médico comunicará su determinación de acuerdo con los requisitos de lenguaje claro y preferido establecidos en OAR 409-023-0125(4)(a) y se entregará de acuerdo con OAR 409-023-0125(4)(b) y cualquier solicitud del paciente para usar un método de entrega específico permitido.
- R. Si la determinación final resulta en una denegación de asistencia financiera, el centro médico también notificará al paciente la fecha en que se reanudarán las actividades de cobro suspendidas, si las hay.
- S. Sky Lakes Medical Center no puede reanudar las actividades de cobro suspendidas hasta que el paciente sea notificado de la determinación final.
- T. Un paciente que ha tomado medidas correctivas en una solicitud que se determinó que tenía deficiencias puede solicitar una apelación si la solicitud se deniega posteriormente debido a una falta de cumplimiento de los criterios de elegibilidad del centro médico.

