



RIVERSIDE

Rehabilitation Hospital

In Partnership with Select Medical

Política de asistencia financiera

Aprobado por:	Fecha de la última aprobación:	Fecha de emisión:	Versión: 2018-1
---------------	--------------------------------	-------------------	------------------------

Las copias impresas son solo a modo de referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.

Referencias/Requisito regulatorio:

Esta Política cumple con el Artículo 501(r) del Código de Impuestos Internos y reglamentaciones del Tesoro relacionadas.

Política de asistencia financiera

La política del Riverside Rehabilitation Hospital es brindar la Atención médicamente necesaria a todos los pacientes sin importar su raza, credo o capacidad de pago. Los pacientes que no cuentan con los medios para pagar los servicios provistos en el Riverside Rehabilitation Hospital pueden solicitar asistencia financiera, que se les otorgará con sujeción a los términos y condiciones que se detallan a continuación.

I. Antecedentes

- A. El Riverside Rehabilitation Hospital es un hospital de rehabilitación de pacientes internados dirigido y administrado de conformidad con los requisitos del Riverside Health System en virtud del inciso 501(c)(3) del Código de Impuestos Internos y de las instituciones benéficas de acuerdo con la legislación estatal.
- B. El Riverside Rehabilitation Hospital se compromete a brindar la Atención médicamente necesaria. La "Atención médicamente necesaria" se brinda a los pacientes sin perjuicio de su raza, credo o capacidad de pago.
- C. Se prevé que los principales beneficiarios de la Política de asistencia financiera sean los pacientes sin seguro médico que residan a menos de 50 millas del Riverside Rehabilitation Hospital y cuyo Ingreso anual familiar no supere el 200 % de los Niveles federales de pobreza (los "FPG") publicados oportunamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y que se encuentren vigentes a la fecha de servicio para el otorgamiento de asistencia financiera en virtud de esta Política. Los pacientes que atraviesen dificultades económicas o personales o circunstancias médicas especiales también pueden

reunir las condiciones para recibir la asistencia. Bajo ninguna circunstancia se podrá cobrar a un paciente habilitado para recibir la asistencia financiera en virtud de esta Política más de los montos que se facturan habitualmente por esa atención.

D. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos del Riverside Rehabilitation Hospital para obtener asistencia financiera u otras formas de pago, y que contribuyan con los costos de su atención en función de su capacidad de pago individual.

II. **Definiciones**

El “Ingreso familiar anual” se determina usando la definición de la Oficina del Censo, que contempla los siguientes ingresos al calcular los Niveles federales de pobreza:

- Ingresos, seguro de desempleo, indemnización del trabajador, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, prestaciones a familiares supérstites, pensiones o jubilaciones, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos del patrimonio, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de menores, asistencia brindada por alguien externo al grupo familiar y otras fuentes.
- Los beneficios no monetarios (como cupones para alimentos o subsidios de vivienda) no se toman en cuenta.
- Los ingresos se determinan antes de impuestos.
- Si una persona vive con sus parientes cercanos, el “Ingreso familiar anual” incluye el ingreso de todos los integrantes de la familia.

“Solicitud” significa el proceso para solicitar la asistencia en virtud de esta Política, ya sea (a) al completar la solicitud de asistencia financiera del Riverside Rehabilitation Hospital de manera personal, en internet o incluso por teléfono con un representante o (b) mediante el envío por correo o la entrega de una copia impresa de la Solicitud al Riverside Rehabilitation Hospital.

“CBO” significa Oficina central de facturación y cobranzas.

"Familia" significará el paciente, el cónyuge del paciente (sin importar dónde viva el cónyuge) y todos los hijos naturales o adoptivos del paciente menores de dieciocho años que vivan con el paciente. Si el paciente es menor de dieciocho años, la familia incluirá al paciente, los padres naturales o adoptivos del paciente (sin importar dónde vivan los padres) y todos los hijos naturales o adoptivos de los padres menores de dieciocho años que vivan en el hogar.

“FPG” significará los Niveles federales de pobreza que oportunamente publique el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y que se encuentren vigentes a la fecha de prestar el servicio.

“Pacientes asegurados” son individuos que tienen algún seguro médico privado o

gubernamental.

“Atención médicamente necesaria” significará, según la definición de Medicare, los servicios necesarios y razonables para diagnosticar y brindar tratamiento preventivo, paliativo, curativo o reconstituyente para las condiciones físicas o mentales de acuerdo con los estándares de atención médica reconocidos profesionalmente y generalmente aceptados al momento de prestar el servicio. La atención médicamente necesaria no incluye los medicamentos recetados a pacientes ambulatorios.

“Política” significará esta Política de asistencia financiera que se encuentra en vigencia actualmente.

“Pacientes sin seguro médico” son individuos: (i) que no tienen seguro médico privado o gubernamental; (ii) cuyos beneficios de seguro se han agotado; o (iii) cuyos beneficios del seguro no cubren la Atención médicamente necesaria que pretende el paciente.

III. Relación con otras políticas

- A. Política relacionada con los Servicios médicos de emergencia: el Riverside Rehabilitation Hospital no presta servicios de emergencia.
- B. Cobertura de medicamentos recetados: los pacientes que necesiten asistencia con los costos de sus medicamentos recetados pueden reunir las condiciones para acceder a uno de los programas de asistencia para pacientes que ofrecen las compañías farmacéuticas.

IV. Criterios de elegibilidad para la asistencia financiera

Los pacientes que soliciten atención en el Riverside Rehabilitation Hospital y reúnan las condiciones que se mencionan a continuación estarán habilitados para recibir la asistencia que se describe en el Artículo VII en virtud de esta Política.

- A. Asistencia financiera en función de los ingresos:
 - 1. Pacientes que son Pacientes sin seguro médico y cuyo Ingreso familiar anual no supere el 400 % del FPG,
 - 2. Que soliciten Atención médicamente necesaria de servicios hospitalarios para pacientes internados, y
 - 3. Que al menos cumplan con uno de los siguientes criterios:
 - a. Sean ciudadanos de los Estados Unidos;
 - b. Tengan una Tarjeta de Residente Permanente de los Estados Unidos (USCIS Formulario i-551);
 - c. Vivan en el área de servicio del Riverside Rehabilitation Hospital (definida por un radio de 50 millas alrededor del hospital).
- B. Formas adicionales de reunir los requisitos para la asistencia: un paciente que de

otro modo no cumpla con los requisitos para recibir asistencia en virtud de esta Política pero que no pueda pagar el costo de la Atención médicamente necesaria puede solicitar asistencia en las siguientes circunstancias:

1. Circunstancias excepcionales: pacientes que comunican que están atravesando una dificultad personal o económica extrema (incluida una enfermedad terminal u otra condición médica muy grave).
2. Circunstancias médicas especiales: pacientes que buscan tratamiento que solamente el personal médico del Riverside Rehabilitation Hospital puede brindar o que se beneficiarían de los servicios médicos permanentes del Riverside Rehabilitation Hospital en cuanto a la continuidad de la atención.

Las solicitudes de asistencia por Circunstancias excepcionales o Circunstancias médicas especiales se evaluarán caso por caso y el Gerente de la Oficina central de facturación resolverá el caso.

- c. Evaluación de Medicaid: quizá un representante se contacte con los Pacientes sin seguro médico que soliciten la atención en el Riverside Rehabilitation Hospital para determinar si reúnen los requisitos para Medicaid. Los Pacientes sin seguro médico deben cooperar con el proceso de elegibilidad de Medicaid para que puedan recibir la asistencia financiera en virtud de esta Política.

V. Método para solicitarla

A. Asistencia financiera en función de los ingresos

1. Cualquier paciente que solicite asistencia financiera en función del ingreso en cualquier momento del proceso de programación o facturación puede completar la solicitud de asistencia financiera y se le pedirá que brinde información sobre el Ingreso familiar anual correspondiente al período de tres meses y de doce meses inmediatamente anterior a la fecha de revisión de elegibilidad. Se podrán utilizar servicios de verificación de ingresos de terceros como prueba del Ingreso familiar anual. Puede encontrar la solicitud de asistencia financiera en las áreas de Admisiones, o en el sitio www.simpson-rehab.com o puede solicitarle una copia a un representante en nuestro centro o en la oficina comercial.
2. Si existiera alguna discrepancia entre dos fuentes de información, un representante del Riverside Rehabilitation Hospital podrá solicitar información adicional para corroborar el Ingreso familiar anual.

B. Circunstancias excepcionales

El personal del Riverside Rehabilitation Hospital iniciará una Solicitud para cualquier paciente que haya incurrido o corra el riesgo de incurrir en un saldo

elevado o haya informado una dificultad personal o económica extrema. El personal del Riverside Rehabilitation Hospital recopilará la información sobre las circunstancias económicas y las dificultades personales del paciente. El Gerente de la oficina central de facturación resolverá el caso bajo la supervisión del Director de Finanzas o la persona designada. Se notificará al paciente la resolución final.

C. Circunstancias médicas especiales

El personal del Riverside Rehabilitation Hospital iniciará una Solicitud por cualquier paciente que durante el proceso de programación o admisión se compruebe que atraviesa posibles circunstancias médicas especiales y un representante solicitará una recomendación al médico que brinda o que va a brindar el tratamiento o atención en cuanto a que el paciente necesite tratamiento que solamente puede ser provisto por el personal médico del Riverside Rehabilitation Hospital, o bien se beneficiaría de los servicios médicos permanentes del Riverside Rehabilitation Hospital para la continuidad de su atención. Las resoluciones sobre las circunstancias médicas especiales estarán a cargo del médico que trata al paciente. Se le notificará al paciente por escrito si no reúne los requisitos para recibir asistencia financiera debido a circunstancias médicas especiales.

D. Solicitudes incompletas o faltantes

Se notificará a los pacientes si falta información en la Solicitud y se les brindará la oportunidad razonable de suministrarla.

VI. Proceso de determinación de elegibilidad

A. Entrevista financiera

Un representante del Riverside Rehabilitation Hospital intentará comunicarse por teléfono con todos los Pacientes sin seguro médico que requieran asistencia financiera en el momento de programar una entrevista financiera. El representante solicitará información, incluido el tamaño familiar, las fuentes de ingreso familiar y cualquier otra circunstancia económica o atenuante que respalde la elegibilidad en virtud de esta Política y ayudará a completar la Solicitud. En el momento de la cita o una vez realizada la admisión, se les pedirá a los pacientes que visiten al representante del Riverside Rehabilitation Hospital y firmen la Solicitud.

B. Solicitudes recibidas

Toda Solicitud, ya sea completada de manera personal, en internet, entregada o enviada por correo se enviará al representante del Riverside Rehabilitation Hospital para que la evalúe y la procese.

C. Determinación de elegibilidad.

Un representante del Riverside Rehabilitation Hospital evaluará y procesará todas las Solicitudes de asistencia financiera. Se notificará al paciente por carta la

resolución sobre su elegibilidad. Los pacientes que reúnan los requisitos para obtener menos del 100 % de asistencia financiera recibirán un cálculo del monto adeudado y se les solicitará que acuerden una forma de pago.

VII. Bases para el cálculo de los montos cobrados a los pacientes, alcance y duración de la asistencia financiera

Los pacientes que accedan a la asistencia financiera en función del ingreso de acuerdo con esta Política recibirán asistencia de acuerdo con los siguientes criterios de ingresos:

- Si su ingreso familiar anual es inferior al 200 % del FPG, recibirá atención gratuita o una deducción del 100 % de lo adeudado por el paciente luego de que el seguro haya pagado.
- Si no posee seguro médico y su ingreso familiar anual es superior al 200 % pero inferior al 400 % de los FPG, quizá pueda acceder a una deducción del 75 % de los cargos facturados. Quizá reúna los requisitos para recibir descuentos que se evaluarán caso por caso en virtud de las circunstancias específicas, como una enfermedad muy grave o indigencia médica, a criterio de la Oficina central de facturación.

El hecho de no cumplir con el proceso de evaluación de asistencia financiera y cobertura de Medicaid del Riverside Rehabilitation Hospital excluirá a los pacientes de los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera.

Si la información posterior indica que los datos suministrados al Riverside Rehabilitation Hospital eran inexactos, se realizarán modificaciones a los descuentos otorgados previamente.

Tal como se utiliza en el presente, el “importe generalmente facturado” tiene el significado que se le asigna en el inciso 501(r)(5) del Código de Impuestos Internos y en cualquier reglamentación o directriz emitida por el Departamento del Tesoro de Estados Unidos o del Servicio de Impuestos Internos que definan ese término. Consulte el Apéndice A para obtener información detallada sobre la forma en que se calcula el “monto generalmente facturado”. El Apéndice A se actualiza anualmente y también está disponible en internet en <https://www.ochsner-rehab.com/>, en nuestras áreas de admisiones, y puede solicitarle una copia al representante del Riverside Rehabilitation Hospital.

Una vez que el Riverside Rehabilitation Hospital determine que el paciente reúne las condiciones para recibir la asistencia financiera en función de los ingresos, esa determinación será válida por un plazo de noventa (90) días a partir de la fecha de revisión de elegibilidad. Luego de los noventa (90) días, el paciente podrá completar una nueva Solicitud para requerir asistencia financiera adicional.

VIII. Determinación de la elegibilidad para recibir asistencia financiera con anterioridad a la Acción por falta de pago

A. Facturación y esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera

El Riverside Rehabilitation Hospital pretende determinar si el paciente reúne los requisitos para recibir la asistencia en virtud de esta Política con anterioridad o al momento de la admisión o el servicio. Si no se ha determinado la elegibilidad del paciente para recibir la asistencia financiera con anterioridad al alta o al servicio, el Riverside Rehabilitation Hospital facturará la atención. Si el paciente tiene seguro médico, el Riverside Rehabilitation Hospital facturará al asegurador registrado del paciente los cargos incurridos. Luego de la adjudicación del asegurador del paciente, el saldo de lo adeudado por el paciente se facturará directamente al paciente. Si el paciente no tiene seguro médico, el Riverside Rehabilitation Hospital facturará directamente al paciente por los cargos incurridos. Los pacientes recibirán hasta cuatro estados de cuenta durante un período de 120 días a partir de la fecha de alta del paciente que serán enviados al domicilio registrado del paciente. Solo los pacientes con un saldo impago recibirán un estado de cuenta. Los estados de cuenta incluyen un resumen en lenguaje sencillo de esta Política y de cómo solicitar asistencia financiera. Los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad incluyen: notificación al paciente acerca de la Política una vez realizada la admisión y en comunicaciones escritas y verbales con el paciente sobre la factura del paciente, un esfuerzo por notificar al individuo por teléfono sobre la Política y el proceso para solicitar asistencia con al menos 30 días de anticipación previos al inicio de una acción legal, y una respuesta por escrito a cualquier solicitud de asistencia financiera para recibir asistencia en virtud de esta Política presentada dentro de los 240 días posteriores al primer estado de cuenta de facturación con respecto al saldo impago o, si es posterior, la fecha en la que una agencia de cobranza que trabaja en nombre del Riverside Rehabilitation Hospital devuelve el saldo impago al Hospital.

B. Acciones de cobro de saldos impagos

Si un paciente tiene un saldo pendiente después del envío de cuatro estados de cuenta durante un período de 120 días, el saldo impago del paciente se transferirá a una agencia de cobranza que actuará en nombre del Riverside Rehabilitation Hospital para demandar el pago. Las agencias de cobranza que representan al Riverside Rehabilitation Hospital tienen la capacidad de reclamar el pago durante un plazo de 18 meses a partir del momento en que el saldo se envía a la agencia de cobranza. Un paciente puede solicitar asistencia financiera en virtud de esta Política incluso después de que el saldo impago del paciente ha sido enviado a una agencia de cobranza. Luego del transcurso de 120 días como mínimo a partir del primer estado de cuenta con posterioridad al alta que indique cargos impagos, y caso por caso, el Riverside Rehabilitation Hospital podrá perseguir el cobro mediante una acción legal cuando un paciente tiene un saldo impago y no cooperará con las

solicitudes de información o pago del Riverside Rehabilitation Hospital o de una agencia de cobranza que actúe en su nombre.

En ningún caso se denegará o demorará la Atención médicamente necesaria a un paciente antes de implementar los medios necesarios para determinar si el paciente puede reunir los requisitos para recibir asistencia financiera. En el Riverside Rehabilitation Hospital, un representante se comunicará con un paciente sin seguro médico que pretenda programar nuevos servicios y que presuntamente no reúna los requisitos para recibir asistencia financiera para informarle acerca de la Política y lo ayudará a iniciar una Solicitud de asistencia financiera si así lo requiere.

C. Revisión y aprobación

El representante del Riverside Rehabilitation Hospital tiene la facultad de revisar y determinar si se han implementado los medios necesarios para evaluar si un Paciente reúne las condiciones para recibir asistencia en virtud de la Política de forma tal de iniciar acciones extraordinarias de cobro del saldo impago.

IX. Médicos sin cobertura en virtud de la Política de asistencia financiera del Riverside Rehabilitation Hospital

Ciertos servicios son prestados por médicos sin cobertura en virtud de la Política de asistencia financiera del Riverside Rehabilitation Hospital. Estos servicios pueden estar comprendidos en la política de asistencia financiera del Riverside Health System disponible en el sitio https://www.riversideonline.com/patients_guests/financial-assistance.cfm.

Los médicos que trabajan en el Riverside Rehabilitation Hospital que *no* están cubiertos por esta Política se identifican en el **Apéndice B, Lista de proveedores**, por nombre. La lista se actualiza trimestralmente y también está disponible en el sitio www.simpson-rehab.com, en nuestras áreas de admisiones, y puede solicitarle una copia al representante del Riverside Rehabilitation Hospital.