

|   |   |   |                 |
|---|---|---|-----------------|
| <b>Renown Health</b><br><br><b>Políticas y procedimientos</b> |   | Página 1 de 9   |                 |
|   |   | <b>Fecha de vigencia de la versión actual:</b>  | <u>7/1/2021</u> |
|   |   | <b>Fecha de creación:</b>   | <u>1/11/06</u>  |
| <b>Título:</b>  | Programa de asistencia financiera                         | <b>Historial de revisión</b><br><u>9/1/2019</u> <u>9/12/2010</u> <u>1/11/2006</u><br><u>8/1/2006</u> <u>10/07/2019</u><br><b>Historial de revisión:</b><br><u>9/1/2019</u><br><b>Sustituye:</b><br>Renown.REV.126 |                 |
| <b>Tipo:</b>  | Ciclo de ingresos   |   |                 |
| <b>Número:</b>  | 1445  |   |                 |
| <b>Autor(es):</b>   | Jennifer Grayson, Directora de Integridad de los Ingresos |   |                 |
| <b>Propietario:</b>   | Vicepresidente del Ciclo de Ingresos                      |   |                 |

|  |
|--|
| <b>Alcance:</b>  |
| Renown Health y sus entidades afiliadas, incluidas Renown Regional Medical Center, Renown South Meadows Medical Center y Rehabilitation Hospital, adoptan la siguiente política y procedimiento.   |
| <b>Declaración de la política:</b>   |
| Renown Health (“Renown”) se compromete a brindar servicios de emergencias, atención médica de calidad médicamente necesaria para todos los pacientes sin importar su edad, sexo, orientación sexual, raza, religión, discapacidad, condición de veterano, nacionalidad o capacidad de pago.  |
| <b>Definición de términos:</b>   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. FAP - Programa de asistencia financiera</li> <li>2. FPG - Lineamientos federales de pobreza</li> <li>3. FPL - Nivel de pobreza federal</li> <li>4. Aval - Persona financieramente responsable de la cuenta de un paciente</li> <li>5. Montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB) específicos del hospital:<br/>Para cada Hospital, un porcentaje derivado de dividir la suma de todas las reclamaciones para servicios Médicamente necesarios brindados en dicho Hospital pagados durante el Periodo correspondiente por la tarifa de servicio de Medicare y todas las aseguradoras primarias como pagadores primarios, junto con cualquier parte de estas reclamaciones que pagan los beneficiarios de Medicare o personas aseguradas en la forma de copagos, coseguro o deducibles, por Cargos usuales y razonables para Servicios médicamente necesarios. (Reembolso total ÷ Cargos totales = Porcentaje de AGB específico del hospital) Véase Regulación del Tesoro 1-501r5(b)(1)9B</li> <li>6. Médico-indigente:<br/>Personas que no tienen seguro de salud y no son elegibles para otra cobertura de atención médica, como Medicaid, Medicare o un seguro de salud privado.</li> </ol> |

Estas Políticas y procedimientos son orientación para la Organización. La Organización reconoce que puede haber hechos o circunstancias específicos que ameritan una desviación de una disposición específica de la política. Nada en este documento pretende anular la capacidad de un empleado para usar el buen juicio en tales circunstancias.

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <b>Título:</b> Programa de asistencia financiera | <b>Página 2 de 9</b>             |
| <b>Número:</b>                                   | <b>Vigencia:</b> <u>7/1/2021</u> |

**7. Médicamente necesario:**

Significa aquellos servicios requeridos para identificar o tratar una enfermedad o lesión que es diagnosticada o se sospecha razonablemente que es Médicamente necesaria tomando en cuenta el nivel de cuidado más apropiado. Para ser Médicamente necesario, un servicio debe:

- a. Ser requerido para tratar una enfermedad o lesión.
- b. Ser consistente con el diagnóstico y tratamiento de la afección del paciente.
- c. Estar en concordancia con los estándares de las buenas prácticas médicas.
- d. No ser para la conveniencia del paciente o el médico del paciente.
- e. Ser el nivel de cuidado más apropiado para el paciente, según lo determine la afección médica del paciente y no la situación financiera o familiar del Aval.

8. Cargos brutos: Cargos que no han sido descontados.

9. Las acciones en caso de falta de pago de la cuenta de pago por cuenta propia de una persona se describen en la Política de facturación y recolección del pago por cuenta propia (Renown.SPC.005)

**Procedimiento:**

**1. Notificación del Programa**

- a. A los avales se les ofrecerá una solicitud o un folleto de FAP.
- b. Los avales pueden pedir una solicitud de FAP o resumen en lenguaje claro en cualquier ubicación que autoriza la internación, oficina de asistencia financiera para pacientes o la oficina de negocios.
- c. Los avales pueden encontrar un resumen en lenguaje claro y una solicitud de FAP en <https://www.renown.org/interact/paying-for-your-care/financial-assistanceprogram/>

**2. Referidos**

- a. Los avales no asegurados se identificarán tan pronto como sea posible cuando no esté disponible otra fuente de pago y serán referidos al FAP.
- b. Los referidos pueden hacerse en cualquier momento que un aval exprese una dificultad financiera y desee asistencia (hasta un año después del servicio o hasta 240 días después de que las actividades de recolección hayan comenzado, lo que ocurra después). Las excepciones pueden solicitarse y requieren la aprobación del Vicepresidente del Ciclo de Ingresos o un superior.
- c. La información pertinente a los referidos FAP debe hacerse antes de cualquier procedimiento planificado y en el momento del servicio.

**3. Solicitud**

- a. Los avales referidos recibirán una Carta y solicitud de FAP. (Anexo B y C)
- b. Pueden enviarse varias cuentas para revisión en una sola Solicitud FAP.

|  |                           |
|--|---------------------------|
| <b>Título:</b> Programa de asistencia financiera | <b>Página 3 de 9</b>      |
| <b>Número:</b>                                   | <b>Vigencia:</b> 7/1/2021 |

- c. Los activos exentos de consideración financiera incluyen la residencia donde reside un aval o la familia del aval, automóviles necesarios para transportar a todas las personas que trabajan hacia el lugar de trabajo, cuentas de banco con menos de dos meses de ingreso y cuentas de retiro con menos de \$50,000.
- d. La documentación financiera solicitada en la Carta FAP al Aval y la Solicitud debe devolverse para que una Solicitud se considere completa.
- e. Si un aval necesita asistencia para completar la solicitud FAP, puede contactar a un Especialista en asistencia financiera al 775-982-4110 o llamar sin costo al 855- 951-6871 o en la Oficina de negocios al 775-982-4130 o llamar sin costo al 866-691-0284 o en línea en Renown.org.
- f. Las solicitudes no completadas dentro de 30 días calendario a partir de la emisión serán denegadas.

#### 4. Copago

- a. Todos los avales deben hacer una contribución financiera en su factura. Los avales están sujetos a una cantidad de copago con base en su Nivel de pobreza federal específico. El Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) determina los Niveles de pobreza federales.

- i. Tabla de copago

| FPL%   | Copago   |
|--------|----------|
| <100 % | \$25.00  |
| 150 %  | \$75.00  |
| 200 %  | \$150.00 |
| 250 %  | \$200.00 |
| 300 %  | \$250.00 |
| 350 %  | \$300.00 |
| 400 %  | \$350.00 |

- b. Los montos del copago del aval deben pagarse en su totalidad al momento de la aprobación de la solicitud FAP en función del ingreso declarado.
  - i. Si el Supervisor FAP o un superior concede la aprobación, los pagos pueden retrasarse hasta un máximo de 90 días después del envío.
  - ii. La aprobación de la solicitud se aplicará a todos los servicios previos que cumplan los criterios de FAP, así como toda la futura responsabilidad financiera del aval que cumpla los criterios de FAP durante 6 meses a partir de la fecha de aprobación. La Asistencia financiera para el paciente de Renown debe ser notificada sobre cualquier cambio en el ingreso o el tamaño del hogar durante el periodo de aprobación de 6 meses para mantener la elegibilidad.
  - iii. Si la solicitud es denegada, el Especialista en asistencia financiera se pondrá en contacto con el paciente para informarle sobre el acuerdo de pago.

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <b>Título:</b> Programa de asistencia financiera | <b>Página 4 de 9</b>             |
| <b>Número:</b>                                   | <b>Vigencia:</b> <u>7/1/2021</u> |

## 5. Requisitos de elegibilidad

- a. El FAP no debe usarse para procedimientos cosméticos o bariátricos, fertilizaciones, procedimientos ambulatorios o a precio de paquete, o cualquier otro procedimiento que no sea médicamente necesario. Las excepciones pueden solicitarse y requieren la aprobación del Vicepresidente del Ciclo de Ingresos o un superior.
- b. Todas las selecciones se basarán en el estado financiero del aval al momento de la solicitud.
- c. Los avales deben cumplir los siguientes criterios:
  - i. Los avales sin seguro deben solicitar asistencia/seguro del gobierno.
  - ii. Los avales con seguro deben solicitar asistencia del gobierno.
  - iii. Se asignará un FPL a los solicitantes usando la matriz nacional de FPG documentada en el Anexo A.
  - iv. Los avales con un FPL del hogar de  $\leq 600$  % serán considerados para el programa FAP.
    1. Se otorgarán descuentos con base en el FPL y los activos.
    2. Los avales aprobados para el FAP no serán responsables por un cobro mayor al AGB específico del hospital. Los pacientes elegibles serán responsables por la menor cantidad del copago según el nivel federal de pobreza específico o el AGB específico del hospital.
    3. El AGB se calculará después de cada año fiscal. Las regulaciones finales de la Sección 501(r)(5) permiten que el hospital tarde hasta 120 días luego de la finalización del periodo de 12 meses que se utiliza para calcular los porcentajes de AGB para comenzar a aplicar los nuevos porcentajes de AGB.
    4. Si los pacientes tienen preguntas sobre los cálculos de AGB pueden comunicarse con nuestro centro de contacto de pago por cuenta propia al:
      - i. Teléfono: 775-982-4130
      - ii. En persona: 850 Harvard Way, Reno, NV 89502
- v. Los avales elegibles para programas de asistencia (es decir, estampillas de alimentos, ayuda social, etc.), o que se consideran médico-indigentes pueden no estar obligados a presentar una solicitud FAP para ser considerados en el programa. En tales casos, las fuentes de datos estatales y locales que representan la indigencia o las herramientas de evaluación de crédito pueden usarse como fuentes para aprobar a un aval para el FAP. En ningún caso se usarán solamente estas fuentes para descalificar a un solicitante.

|  |                           |
|--|---------------------------|
| <b>Título:</b> Programa de asistencia financiera | <b>Página 5 de 9</b>      |
| <b>Número:</b>                                   | <b>Vigencia:</b> 7/1/2021 |

- vi. Los avales que se determinen como personas sin hogar o sin documentación para establecer la indigencia, avales fallecidos sin herencia, ya sea solteros, divorciados o viudos pueden considerarse para FAP caso por caso sin solicitud. En tales casos, las fuentes de datos estatales y locales que representan la indigencia o las herramientas de evaluación de crédito pueden usarse como fuentes para aprobar a un aval para el FAP. En ningún caso se usarán solamente estas fuentes para descalificar a un solicitante.
- vii. Debe asegurarse un pago, denegación o resumen de beneficios de cualquier fuente de pago antes de la determinación final de elegibilidad FAP.

## 6. Determinación

- a. La determinación de elegibilidad de FAP y los ajustes benéficos que se aplicarán una vez aprobados se basan en el Nivel de pobreza federal del aval, según lo definido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos.
- b. Todos los Avales deben hacer una contribución financiera en su factura. Menos los montos de Copagos que figuran en la Tabla de copagos en el punto 4.a.i de esta póliza, los porcentajes de ajuste de caridad basados en el Nivel de pobreza federal se determinan de la siguiente manera:
  - 1. FPL 0 %-99 % = 100 %
  - 2. FPL 100 % - 249 % = 80 % - 99 %
  - 3. FPL 250 % – 350 % = 72 % – 79 %
  - 4. FPL 350 % – 400 % = 31 % – 72 %
  - 5. FPL 400 % – 500 % = hasta 50 % con la aprobación del Director de Integridad de los Ingresos
  - 6. FPL 500 % - 600 % = hasta 40 % con la aprobación del Vicepresidente del Ciclo de Ingresos
  - 7. FPL > 600 % = no elegible para ajustes benéficos para FAP
    - 1. Se recomendará a los avales con un FPL superior al 600 % a que realicen otros arreglos de pago con el Departamento de servicios de pagos por cuenta propia.
    - 2. Los acuerdos de condiciones de pago pueden estar sujetos a la aprobación del Vicepresidente del Ciclo de Ingresos.
- c. La notificación de aprobación o denegación se envía al paciente. Si la solicitud de FAP es denegada, el Especialista en asistencia financiera se pondrá en contacto con el aval para informarle sobre las opciones de acuerdo de pago.

## 7. Facturación

- a. La base para calcular los montos cobrados a los pacientes se inicia mediante documentación clínica basada en los servicios de atención médica prestados. Según esa documentación, los cargos se aplican automáticamente o los aplica el personal de revisión de historias clínicas. En la mayoría de los casos, los especialistas en codificación de la Administración de Información de Salud también revisan la cuenta para fines de codificación. Una vez que todos los cargos se recopilan, validan y se genera una reclamación con el saldo final

|  |                           |
|--|---------------------------|
| <b>Título:</b> Programa de asistencia financiera | Página 6 de 9             |
| <b>Número:</b>                                   | <b>Vigencia:</b> 7/1/2021 |

adeudado para la cuenta, se puede procesar la solicitud de asistencia financiera.

- b. Se facturará a los avales por el saldo restante según una determinación con base en los Lineamientos de facturación y recolección de pago por cuenta propia de Renown.
  - i. Puede solicitarse una copia de estos lineamientos contactando a un Especialista en asistencia financiera al 775-982-5747 o sin costo al 855-951-6871 o a la Oficina de negocios al 775-982-4130 o sin costo al 866-691-0284 o en línea en Renown.org
- c. Los avales que hayan realizado pagos para saldos pendientes que superen los montos de ajuste aprobados para FAP se procesarán de acuerdo con la Política de Reembolsos y Saldos de Crédito de Renown Health, RENOWN.PRB.005.

#### 8. Exclusiones:

- a. FAP no se aplica a los cargos considerados como no médicamente necesarios.
- b. Los avales con FPL > 600 %-1000 % serán evaluados por la Directora de Integridad de los Ingresos o el Vicepresidente del Ciclo de Ingresos para ajustes benéficos aplicables, o posibles acuerdos de pago según cada caso.
- c. Los beneficiarios de Medicare pueden reunir los requisitos de deuda incobrable de Medicare en virtud de la Política de deudas incobrables de Medicare de Renown.

#### Referencias/Regulaciones:

Regulación del Tesoro 1-501r5(b)(1)9B

Actualización anual de los Lineamientos de Pobreza de HHS: 85 FR 3060 Doc. 2020-00858

Nivel de pobreza federal

<https://www.federalregister.gov/documents/2020/01/17/2020-00858/annual-update-of-the-hhs-povertyguidelines>

CÓDIGO DE FACTURACIÓN 4150-05-P

Manual de Medicaid para Nevada - Necesidad Médica Sección 103.1

[http://dhcfnv.gov/uploadedFiles/dhcfpnavgov/content/Resources/AdminSupport/Manuals/MSM/Medicaid\\_Services\\_Manual\\_Complete.pdf](http://dhcfnv.gov/uploadedFiles/dhcfpnavgov/content/Resources/AdminSupport/Manuals/MSM/Medicaid_Services_Manual_Complete.pdf)

Política de Deuda Incobrable de Medicare

REOWN.CBO.109

Política de Reembolsos y Saldos de Crédito

REOWN.PRB.005

Política de Ajustes de Cuentas por Cobrar

REOWN.CBO.024

Política de la Guía de Facturación y Cobro para Pacientes

REOWN.SPC.005

Anexo B - Carta de solicitud para el Programa de asistencia financiera

**Cuenta del Aval:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Estimado Aval:

Adjunto encontrará una solicitud para el Programa de asistencia financiera ofrecido por Renown Health. Este programa es para personas que consideran que podrían necesitar asistencia para cumplir su obligación financiera para servicios médicos.

**Requisitos:**

El propósito del Programa de asistencia financiera es brindar asistencia a los avales que no califican para asistencia Federal, Estatal o del Condado y que no tienen medios razonables para pagar su responsabilidad. Si no ha realizado una solicitud directamente a estas agencias, puede contactar a un Especialista en asistencia financiera para avales para recibir apoyo en su solicitud llamando al 775-982-4110.

- ✓ Todos los elementos de la solicitud deben completarse en su totalidad.
- ✓ Se requiere un copago de \$ \_\_\_\_\_ por determinar con base en la preevaluación al momento en que envíe su solicitud. El pago se aplicará a cualquier saldo pendiente sin importar la aprobación de la solicitud.
- ✓ Prueba de ingreso y gastos (anexar copias):
  - **Formularios de impuestos** presentados del año anterior (Formularios 1040 y programas correspondientes)
  - Últimos 4 meses de talones de pago u otra **Fuente de ingresos** (seguridad social, desempleo, pensión alimenticia, pensión conyugal, etc.)
  - Últimos 4 meses de **Estados de cuenta** bancarios (incluir cuentas asociadas, todas las páginas)
  - Últimos 4 meses de recibos de **Hipoteca o Renta**
  - Últimos 4 meses de estados de cuenta de cualquier **otra Cuenta de activos** (es decir, fondos de retiro (401k, 403b, 503b, IRA, etc.), pólizas de seguro, inversiones, distribución del seguro de vida, fondos de conciliaciones legales, etc.)
- ✓ Debe tener prueba de la solicitud y denegación de asistencia a través de los Servicios Sociales de su condado y los programas de Asistencia Social del Estado.
- ✓ Se correrá un Reporte de Trans Union Credit para verificar toda la información que se presentó en la solicitud de fondos de Asistencia Financiera.

Después de que se ha enviado toda la documentación de soporte, se le notificará por escrito o por teléfono la determinación final de su elegibilidad. Infórmenos si cambia su dirección o número de teléfono.

Si tiene preguntas respecto del Programa de asistencia financiera, contacte a un Especialista en asistencia financiera en Renown Health llamando al 775-982-5747.

**Renown Regional Medical Center**  
850 Harvard Way T-6  
Attn: Medical Financial Hardship  
Reno NV 89502

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

IMPORTANTE: Lea y complete el formulario completo antes de firmarlo. La información que brinde debe ser exacta para un procesamiento adecuado.

**Pt. Número de cuenta:**

**Fecha de nacimiento:**

**Fecha de solicitud:**

|   |  |                          |                    |                                      |
|---|--|--------------------------|--------------------|--------------------------------------|
| NOMBRE DEL PACIENTE   |  | FECHA DE INTERNACIÓN     |                    |                                      |
| NOMBRE DE LA PARTE RESPONSABLE (Aval)   |  | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL  |                    | NÚMERO DE TELÉFONO DE LA CASA        |
| DIRECCIÓN   |  | RELACIÓN CON EL PACIENTE |                    | CUÁNTAS PERSONAS RESIDEN EN EL HOGAR |
| EMPLEADOR   |  | DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR  |                    | N.º DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR        |
| ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO   |  | OCUPACIÓN                |                    |                                      |
| NOMBRE DEL CÓNYUGE  |  | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL  | OCUPACIÓN          | ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO              |
| EMPLEADOR DEL CÓNYUGE   |  | DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR  |                    | N.º DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR        |
| NOMBRE DEL FAMILIAR MÁS CERCANO   |  |                          | RELACIÓN           |                                      |
| DIRECCIÓN   |  |                          | NÚMERO DE TELÉFONO |                                      |
| <b>INFORMACIÓN DEL AVAL:</b>  |  |                          |                    |                                      |
| 1. BIENES INMUEBLES:  |  | DIRECCIÓN                |                    |                                      |
| 2. EFECTIVO EN MANO   |  |                          |                    |                                      |
| 3. REFERENCIAS Y CUENTAS DE BANCO/CRÉDITO UNIONES/FIDEICOMISOS:   |  |                          |                    |                                      |
| NOMBRE  |  | DIRECCIÓN                |                    | TIPO Y NÚMERO DE CUENTA              |
|   |  |                          |                    | SALDO                                |
| 4. PÓLIZAS DE SEGURO:   |  |                          |                    |                                      |
| NOMBRE  |  | TIPO Y NÚMERO DE PÓLIZA  |                    | VALOR                                |
| 5. ACCIONES/BONOS:  |  |                          |                    |                                      |
| DESCRIPCIÓN   |  |                          |                    | VALOR                                |
| 6. PROPIEDAD DE UN NEGOCIO:   |  |                          |                    |                                      |
| NOMBRE Y DIRECCIÓN  |  | TIPO DE CAMPO DE INTERÉS |                    | VALOR                                |
| 7. VEHÍCULOS:   |  |                          |                    |                                      |
| DESCRIPCIÓN   |  |                          |                    | VALOR                                |
| 8. TÍTULOS DE FIDEICOMISO, NOTAS:   |  |                          |                    |                                      |
| 9. MISCELÁNEOS:   |  |                          |                    |                                      |
| 10. ¿ES USTED ELEGIBLE PARA RECIBIR ASISTENCIA SOCIAL DEL CONDADO O DEL ESTADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |  |                          |                    |                                      |
| SI ES ASÍ, DESCRIBA LA BASE PARA LA ELEGIBILIDAD  |  |                          |                    |                                      |

CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERAZ Y CORRECTA. TAMBIÉN AUTORIZO A RENOWN HEALTH A OBTENER LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA LA VERIFICACIÓN DE MI POSICIÓN FINANCIERA.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PARTE RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
FECHA



