

Asistencia Financiera y Prácticas de Cobro

1.0 Introducción

1.1 En un espíritu de caridad y justicia, Avera existe en respuesta a la llamada del Señor para un ministerio de sanación para el enfermo, el anciano y el oprimido, y para proporcionar servicios de salud a todas las personas necesitadas, sin considerar la edad, raza, sexo, credo, lugar de origen, o la habilidad para pagar.

1.2. Nuestra filosofía es proporcionarle atención médica a los pacientes enfermos y necesitados:

1.2.1. Creemos que proporcionarle atención médica a quienes la necesitan es tanto una obligación de justicia, como también de caridad y misericordia.

1.2.2 Creemos que todas las personas tienen el derecho de recibir la atención de salud médicamente necesaria y tener el mismo acceso a tratamiento diagnóstico y terapéutico sin importar su estatus económico.

1.2.3. Creemos que darle importancia y asegurar que todos tengan acceso igual a la atención de salud médicamente necesaria es una obligación de la sociedad y debe ser compartida por todas las organizaciones de salud y la sociedad en general.

1.2.4 Creemos que nuestras organizaciones de salud, debido a nuestra preocupación profunda por la dignidad humana, tienen una obligación de responder de la mejor manera a las necesidades médicas de salud del pobre y del necesitado en nuestra área.

1.2.5 Creemos que tenemos una responsabilidad doble de mantener un papel de liderazgo en la proporción de atención médica que es necesaria y de buen precio para el pobre, y el médicamente necesitado, y de tomar una posición de defensa por medio de seguir esforzándonos para lograr reembolso adecuado por servicios de atención médica para el pobre y el médicamente necesitado.

2.0. Ámbito

- 2.1 Esta regulación y procedimiento es pertinente a todas las instituciones que Avera patrocina, posee, y renta y es altamente recomendada a Las Instituciones Administradas por Avera. Las personas y los departamentos que son cubiertos por esta póliza incluyen, Pre-admisiones, Representantes Financieros del Paciente, Representantes para el Registro de pacientes, y los Líderes de Acceso al Paciente. No incluye a médicos independientes y otros profesionales de salud y servicios que no son de Avera. Los pacientes que buscan un descuento por atención proporcionada por un médico independiente o profesional de salud que no es de Avera, deben acudir directamente a este médico u otro profesional de salud.
- 2.2 Esta regulación no aplica a ciertos grupos o profesionales de salud que puedan dar tratamiento a un Paciente de Avera. Vea el Apéndice A para una lista de esos grupos y profesionales de salud.

3.0 Propósito

- 3.1. El objetivo de esta regulación es de estipular específicamente cómo Avera visualiza la asistencia financiera, atención caritativa, también cómo se van a manejar las peticiones para atención caritativa, y para asegurar que las instituciones de Avera sigan y apliquen prácticas de cobro con uniformidad.
- 3.2. Los pacientes que no tienen seguro médico, o que también han demostrado la inhabilidad de pagar por los servicios de salud recibidos, pueden calificar para varios programas de asistencia financiera. Proporcionarles a los pacientes que califican con asistencia financiera para las necesidades médicas es un elemento esencial de alcanzar la misión de Avera.

4.0 Póliza

- 4.1 Avera está dedicado a proporcionar atención caritativa a personas que tienen necesidades médicas y no tienen seguro, seguros de baja cobertura, que no son elegibles para programas del gobierno, o que de ninguna forma pueden pagar por

atención médica que es necesaria basado en su situación individual económica. Consistente con su misión de impactar positivamente la vida y la salud de las personas y las comunidades por medio de la proporción de servicios de calidad guiados por valores Cristianos, Avera se esfuerza por asegurar que la capacidad financiera de la gente quién necesita servicios de salud no los detenga en buscar o recibir atención de salud.

- 4.2 La atención caritativa no es un sustituto por la responsabilidad personal. La expectativa es que los pacientes cooperen con los procedimientos de Avera de obtener la atención de caridad u otras formas de ayuda financiera y contribuir al costo de su atención basado en su capacidad de pagar. Los Individuos y /o familias con la capacidad financiera de comprar un seguro médico se les aconseja que lo hagan como un medio de asegurar acceso a servicios de atención médica, para su salud personal total, y para la protección de las pertenencias de uno mismo y/o de la familia.
- 4.3 Operaciones patrocinadas, poseídas y rentadas por Avera deben de mantener una regulación de puerta abierta para proporcionar **atención médica de emergencia y que es médicamente necesaria** a la comunidad, dentro del significado del artículo 1867 del Acta del Seguridad Social (42 U. S. C. 1395dd). Ninguna limitación o situaciones para proporcionar la atención médica estarán basadas en la capacidad del paciente para pagar.
- 4.4. Esta regulación es específicamente enfocada en pacientes de bajo ingreso, sin seguro y con seguro de baja cobertura, quienes cumplen ciertos requisitos de elegibilidad y no tiene la intención de ser aplicada en pacientes que son asegurados, que tienen los medios de aceptar la responsabilidad de sus gastos incurridos.
- 4.5 Avera reconoce que ciertas leyes del Estado y/o las leyes federales requieren que se hagan esfuerzos de buena fé para colectar todas las cuentas y como tal, los servicios de agencia de colección se utilizarán en acuerdo con los estándares de práctica de la industria comercial.
- 4.6 Además, Avera reconoce que ciertas leyes del Estado y/o las leyes federales no permiten descuentos a todos los pacientes y como tal, Avera sólo considerará descuentos basado en caso por caso ha como es solicitado por el paciente o su

representante legítimo o guardián. Avera también reconoce que las leyes le pueden impedir rebajar o perdonar ciertos co-pagos y deducibles.

- 4.7 Cualquier paciente puede completar una aplicación y solicitar la asistencia financiera. La asistencia financiera puede incluir ajustes de caridad completos o parciales, Medicaid y otros programas de ayuda del condado y del estado. El programa de asistencia financiera está diseñado para cumplir los requisitos Federales, Estatales y de la Asociación Católica de Salud.
- 4.8 Las organizaciones de Avera reguladas por esta póliza tienen la discreción de tomar en cuenta cualquier circunstancia justificativa cuando determinan la elegibilidad para asistencia financiera y cuando determinan los niveles de descuento. Todas dichas determinaciones tienen que cumplir con los parámetros de esta regulación a un mínimo tal que se hace más sencillo para un paciente lograr elegibilidad o que los niveles de descuento sean mayores de lo que recomienda ésta regulación.

5. Principios de Dirección

5.1. De: Proporcionar asistencia comunitaria a los pacientes y las familias cuando los cobros por los servicios del hospital/clínicos recibidos crean dificultad financiera excesiva.

5.2 De: Crear un proceso en el cual todo recurso financiero del paciente es evaluado (incluyendo el ingreso del hogar y bajo ciertas leyes del estado, los ingresos de hijos/as adultos) y la atención caritativa proporcionada relativa a la situación financiera completa del paciente, incluyendo todas las obligaciones de atención de salud.

5.3 De: Proporcionar prácticas de cobro uniformes, y un programa de atención caritativo en todas las organizaciones de salud que son propiedad, son patrocinadas y que son alquiladas por Avera.

VI. Definiciones

Mala Deuda: Se define como esas cantidades que no se pueden coleccionar y no cumplen con el criterio del servicio de atención caritativa. Mala Deuda es el resultado de esfuerzos de colección fracasados en cuentas del paciente indispuerto a pagar. Avera va a usar todos los métodos legales disponibles para coleccionar en pacientes que tienen los recursos, pero aun así están indispuertos a pagar. Cualquier descuento y pérdida total debido a mala deuda no va a contar como atención caritativa.

Atención Caritativa: Asistencia médica gratuita del 100% por atención de Emergencia o por Servicios Médicos necesarios proporcionado por Avera. Los pacientes que no son asegurados o que tienen seguro de baja cobertura para un servicio médicamente necesario, quienes no son elegibles para la cobertura gubernamental u otra, y quienes tienen ingresos de familia no superiores al 150% de Las Pautas de Pobreza Federales pueden ser elegibles para recibir atención de Caridad de un 100% basado en su aplicación de asistencia financiera. Avera puede determinar o re-determinar la elegibilidad de un paciente para atención de caridad en cualquier momento que la información sobre la elegibilidad del paciente se hace disponible.

Indigente (necesitado) Financiero: Los pacientes que no son asegurados o con seguro de baja cobertura, a quienes se les proporciona atención sin obligación o una obligación rebajada de pagar los servicios dados. Éstos pacientes también se definen como pobres o económicamente desfavorecidos y tienen ingresos en o bajo los niveles federales de pobreza.

Indigente por Diseño: Los pacientes a quienes se les ofreció el seguro médico y decidieron no participar en plan de seguro médico de su institución de empleo Y cuyos ingresos sobrepasan el 400% de las Pautas de Pobreza Federales. Avera puede, a su propia discreción, otorgar un descuento a pacientes que se consideran indigentes por diseño y va a negociar con dichos pacientes para alcanzar un plan de pagos aceptable para ambos lados. Avera usará todos los métodos legalmente disponibles para cobrar las cuentas de pacientes que se consideran indigentes por diseño. Todo descuento en ésta categoría no se va a considerar atención caritativa.

Otras situaciones que se pueden considerar Indigente por Diseño incluyen, pero no se limitan a:

- Pacientes menores de 26 años quienes califican para la inclusión en el plan de seguro médico de los padres
- Estudiantes universitarios quienes no seleccionaron el plan de salud para estudiantes

Medicamento Indigente: Los pacientes de quienes los cobros médicos o cuentas del hospital, después del pago de un tercero, exceden los recursos financieros disponibles al paciente. El paciente que incurre en gastos médicos catastróficos se clasifica como medicamento indigente cuando el pago requeriría la liquidación de pertenencias críticas para vivir, o causaría daño financiero innecesario al sistema de apoyo de la familia. Además, medicamento indigente también incluirá gastos médicos catastróficos a pacientes donde después del pago de un tercero, la cantidad restante excede los recursos financieros disponibles del paciente.

Medicamento Necesario: Los servicios de salud o productos que un médico prudente le proporcionaría a un paciente por el propósito de prevención, diagnóstico, o tratamiento para una enfermedad, accidente, enfermedad o sus síntomas de una manera que es: (a) en acuerdo con los estándares generales de práctica médica aceptados; (b) clínicamente apropiado en términos del tipo, frecuencia, alcance, sitio y duración; y (c) no primeramente para la conveniencia del paciente, médico, u otro médico o institución de salud. (AMA definición de “necesidad médica” Regla H-320.953[3], AMA Regla Compendium).

Atención Caritativa Parcial: Atención a un precio descontado por Emergencias o servicios Medicamento Necesarios proveídos por Avera. Pacientes que no tienen Seguro médico y que tienen baja cobertura médica por atención medicamento necesaria y quienes tengan un ingreso familiar que excede el 150% de las Guías Federales de Pobreza son elegibles para recibir Atención Caritativa Parcial en la forma de un descuento de un máximo del 90% del neto de los cobros como paciente interno, paciente externo y/o clínicos. Sin embargo, pacientes quienes de lo contrario calificarían para Atención Caritativa Parcial, pero que tienen suficientes propiedades para liquidación disponibles para pagar sin convertirse en medicamento necesitados, no son elegibles para atención caritativa parcial. Representantes Autorizados de Pacientes, Servicios Financieros del Paciente, y Personal Administrativo pueden autorizar un mayor descuento de lo que permite la cuadrícula si la situación es válida para un descuento mayor y podría aumentar a un 100%.

Paciente –Hogar: Aquellos que son responsables por pagar por ellos mismos o sus dependientes. Esto no tiene que ser limitado a quienes vivan directamente en una sola residencia y podría incluir todas las relaciones dependientes como un hijo/a o un dependiente en la

universidad en una ciudad diferente. Esto también podría incluir otros dependientes viviendo en la misma residencia tales como familiares dependientes viviendo dentro del hogar.

Atención Caritativa Presunta: Una determinación en la cual se presume que un paciente es elegible para Atención Caritativa cuando se ha proveído la información apropiada por el paciente, o por medio de otro recurso lo cual permite que Avera pueda determinar que el paciente califica para atención caritativa. (Ver adjunto IV)

VII. Elegibilidad (HR3590 (4)(A)(i))

- 7.1 Avera se apegará a una metodología establecida para determinar la elegibilidad para la Atención Caritativa y la Atención Caritativa Parcial. La metodología debe considerar si ya sea que la atención por los servicios de salud cumple con el criterio de Emergencia o Necesidad Médica, al igual que el ingreso, propiedades netas, tamaño de la familia, y los recursos disponibles para pagar por la atención recibida.
- 7.2 Los pacientes sin seguro médico y seguro médico de baja cobertura quienes tenga un ingreso propio/familiar que no exceda el 150% de las Guías Federales de Pobreza del presente, se les podría otorgar un perdón del 100% de la deuda por su atención de emergencia o atención medicamente necesaria. Se tomarán en cuenta las posesiones de los pacientes para determinar su calificación si su ingreso propio/familiar es a o menor del 400% de las Guías Federales de Pobreza. Por ejemplo, un paciente con un ingreso anual de \$10.000 y con posesiones netas de \$100.000 podría tener los recursos para pagar su deuda.
- 7.3 Los pacientes sin seguro médico y seguro médico de baja cobertura quienes tenga un ingreso propio/familiar que exceda el 150% de las Guías Federales de Pobreza del presente, se les podría otorgar un perdón del 90% de la deuda por su atención de emergencia o atención medicamente necesaria basado en una escala de descuento basado en sus ingresos.
- 7.4 Los pacientes sin seguro médico y seguro médico de baja cobertura y los necesitados por diseño quienes tengan un ingreso propio/familiar que exceda el 400% del nivel de las Guías Federales de Pobreza podrían calificar para un descuento por su atención médica basado en sus circunstancias particulares. Dichos descuentos se hacen a la discreción de la organización y no serán contados como ayuda caritativa.
- 7.5 La instituciones de Avera tienen la opción de aprobar un plan de pago rápido. Dichos descuentos se hacen a la discreción de la organización y NO serán contados como ayuda caritativa.

7.6 La elegibilidad para la Ayuda Caritativa y la Ayuda Caritativa Parcial se extenderá por un máximo de 180 días de la fecha en la cual se determina la elegibilidad, pero se puede volver a examinar en cualquier momento cuando haya información nueva disponible. El periodo de los 180 días depende de si el paciente coopera de buena fé con Avera en todas las fuentes de pago.

7.7 Las circunstancias que podrían descalificar a un paciente para atención caritativa son:

7.7.1 Fraude (Dar información falsa en la aplicación para Asistencia Financiera & en el Formulario sobre la Información Financiera del Paciente).

7.7.2 El paciente o el representante legal/guardián no responde a las peticiones para información.

7.7.3 Negarse a completar la aplicación para Asistencia Financiera & el Formulario sobre la Información Financiera del Paciente.

7.7.4 Negarse a proveer la información pedida sobre el ingreso y las propiedades.

7.7.5 Negarse a cooperar con la póliza sobre la atención caritativa.

7.7.6 Negarse a cooperar con todos los arreglos razonables de pago.

8.0 Metodología de Cálculo (HR3590 (4)(A)(ii))

8.1 Se deben evaluar todos los recursos financieros disponibles sobre atención caritativa y atención caritativa parcial antes hacer una determinación. Avera va a tomar en cuenta todos los recursos financieros del paciente, como también de todas las personas que tengan responsabilidad legal de proveer para el paciente (ej. padres del menor, esposo/a). Consideración especial se le podría dar a la residencia primaria y al automóvil del paciente.

8.1.1 Si en el curso de la evaluación de la situación financiera del paciente, Avera determina que el paciente podría calificar para asistencia federal, estatal, o para programas locales, o cubrimiento por seguro médico, se le daría consejería financiera al paciente para ayudarlo a aplicar por la cobertura disponible. **Ayuda Caritativa y Ayuda Caritativa Parcial se le va a negar a los**

pacientes/guardianes quienes no cooperan completamente en aplicar para cobertura disponible.

- 8.1.2 Los pacientes con Reaseguro Médico (Reinsurance) y Cuentas de Ahorros Médicos están asegurados para propósito de esta póliza y la cantidad de depósito será considerada como un recurso disponible para pagar por la atención recibida.
- 8.1.3 Si un paciente tiene un reclamo, o un posible reclamo, en contra de un tercero quien podría pagar el cobro del hospital, el hospital podría posponer la determinación de Ayuda Caritativa esperando el resultado del reclamo pendiente de dicho tercero.
- 8.2 La elegibilidad para la Ayuda Caritativa o Ayuda Caritativa Parcial se determinará usando una escala de descuento basado en sus ingresos, que sobrepase el 150% del nivel de las Guías Federales de Pobreza a como sea publicado anualmente por el Registro Federal, junto con la consideración de propiedades disponibles y obligaciones y todas las circunstancias justificadas.
 - 8.2.1 Avera Medical Group Behavioral Marshall será excluido de utilizar propiedades y obligaciones de sus determinaciones caritativas.
- 8.3 Las organizaciones de Avera usarán el **Anexo V** para calificar la Ayuda Caritativa y Aplicaciones para Ayuda Financiera y para aplicar el descuento correspondiente al cobro del paciente donde el ingreso del paciente excede el 150% del nivel de las Guías Federales de Pobreza.
- 8.4 Los Pacientes/Guardianes van a ser notificados por escrito cuando Avera hace una determinación con respecto a Atención Caritativa o Atención Caritativa Parcial.
- 8.5 Toda la información obtenida de los pacientes y de los responsables se tratará como Información confidencial hasta el punto requerido por el **Acta de Seguro Médico de Portabilidad y Responsabilidad 1996 (HIPAA)** y todas otras leyes aplicables de privacidad federales, estatales o locales.
 - 8.5.1 Las aplicaciones y la documentación pertinente no debe de ser colocada con el expediente médico de papel o electrónico del paciente. Estos deben ser guardados en el Sistema Central de Administración de Contrato u otra Bodega Central Electrónica Asegurada como lo determine el comité.

9. Atención Caritativa Presunta (HR3590 (4)(A)(ii)) (efectivo el 1 de enero, 2013)

- 9.1 La Atención Caritativa Presunta es un instrumento de último recurso y aplica sólo después de que todas las otras opciones hayan sido agotadas. Hay ocasiones cuando un paciente puede parecer elegible para un descuento de ayuda caritativa, pero no hay ninguna solicitud de ayuda financiera en el archivo porque no está la información completa necesaria para proveer la asistencia. Tales casos han resultado en que la cuenta de un paciente sea asignada a una agencia de colección y que al final se haya reconocido en los registros de la contabilidad como un costo de deuda incobrable, debido a una falta de pago. Esta manera, sin embargo, no resulta, ni en una solución justa para el paciente, ni en una contabilidad apropiada de la transacción. A menudo hay información adecuada proporcionada por el paciente o por otras fuentes, que podrían proveer a Avera las pruebas suficientes para proveerle un descuento de ayuda caritativa, sin tener que determinar la elegibilidad como indigencia médica. Esta elegibilidad presunta, cuando se documenta correctamente internamente por el personal de Avera, es suficiente para proporcionar un descuento de ayuda caritativa a los pacientes que califican. Una vez decidido, debido a la naturaleza inherente de las circunstancias presuntas, el único descuento que Avera le puede conceder al paciente es una amortización del 100 % del saldo de la cuenta.
- 9.2 Se presume que algunos pacientes son elegibles para descuentos de ayuda caritativa basada en las circunstancias individuales de la vida (p.ej., sin hogar, los pacientes que no tienen ningún ingreso, pacientes que han calificado para otros programas de ayuda financieros como estampillas de comida o el WIC). Avera concederá descuentos de ayuda caritativa del 100% sólo a pacientes a quienes se determina que son elegibles para ayuda caritativa presunta. Avera internamente documentará cualquier y toda recomendación para proporcionar descuentos de ayuda caritativa presunta de pacientes y otras fuentes como de médicos, comunidad o grupos religiosos, servicios sociales internos y externos o el personal de asesoramiento financiero.
- 9.2.1 Para determinar si un acontecimiento que califica bajo elegibilidad presunta puede ser aplicado, el paciente/responsable proporcionará una copia de la documentación aplicable que esté fechada en el plazo de 30 días después de la fecha del servicio.
- 9.2.2 Para los casos en los cuales un paciente no puede completar la aplicación para ayuda financiera, Avera puede conceder un descuento de ayuda caritativa del 100% sin una petición formal, basado en la circunstancias presuntas, aprobadas por el Gerente Financiero o el Administrador, el Director de Cuentas del Paciente/Oficina de Central de Cobros, CFO, CEO o los designados de acuerdo con los umbrales de la aprobación encontrados en el Anexo V.
- 9.2.3 Avera utilizará el Formulario Estandarizado de Descuento para el Paciente de Ayuda Caritativa –Elegibilidad Presunta (véase el **Anexo IV**).
- 9.2.4 La determinación de la elegibilidad presunta para un descuento del 100% de ayuda caritativa será hecha por Avera basado en los ingresos del paciente/responsable, no solamente basado en ingresos del paciente afectado.

9.2.5 Es posible que no se exija que los individuos tengan que completar formularios adicionales o proveer información adicional si ellos ya han calificado para programas que, por su naturaleza, son operados para beneficiar a individuos sin suficientes recursos para pagar por su tratamiento médico. Más bien los servicios proporcionados a tales individuos se van a considerar como ayuda caritativa y se deben de considerar como calificación para tales pacientes basado en la elegibilidad presunta. Los ejemplos de las situaciones de los pacientes que razonablemente asisten para la determinación de la elegibilidad presunta se pueden encontrar en el Anexo IV de ésta póliza.

9.3 Las entidades de Avera también pueden usar un proceso de caridad presunta que incluye la calificación de las cuentas del paciente vía un comerciante tercero. Para las cuentas de pacientes quienes califican fuera de la elegibilidad caritativa, Avera va a otorgar el 100% de caridad y le avisa al paciente su decisión vía carta. Los pagos hechos anteriormente en cuentas presuntas no se le van a reembolsar al paciente.

10. Proceso de Aplicación (HR3590 (4)(A)(iii))

10.1 Los pacientes pueden aplicar para asistencia financiera por comunicarse con la oficina de cobros o por visitar www.avera.org para obtener los materiales de aplicación. Copias de los documentos para verificar los niveles de ingresos y las pertenencias deberán de ser proporcionados por el paciente/responsable (e.g.: W-2, las declaraciones de impuestos, los talones de los cheques, y estados de cuentas bancarias)

- 10.2 Se exigirá que el paciente/responsable proporcione la información suficiente para que Avera determine si él o ella es elegible para beneficios disponibles de seguro médico, Medicare, Medicaid, compensación del trabajador, la responsabilidad de terceros y de otros programas federales, estatales, o locales. Utilice **El Anexo I**.
- 10.3 En caso de que Avera determine que un paciente no califica para el ayuda caritativa o ayuda caritativa parcial, el paciente puede apelar esa decisión en forma escrita al Director Financiero (CFO) o su designado en un plazo de (30) días después de haber recibido el cobro de la cuenta para la cual se ha solicitado la ayuda financiera. El fallo a hacer una apelación dará lugar a que la decisión sea final. La determinación del CFO o de su designado no se someterá a ninguna otra apelación.
- 10.4 Los pacientes quienes devuelven una aplicación completa deben de tener toda la actividad extraordinaria de colección reversas en su cuenta y reembolso de todo pago que hayan hecho fuera de su nuevo saldo calculado.
- 10.5 Los pacientes quienes devuelven una aplicación incompleta se les debe de dar un plazo de 10 días de oficina para completar la aplicación y se deben de suspender todas las actividades de colección extraordinarias. También se le debe de enviar una carta al paciente indicando cual es la información que se necesita para procesar su aplicación y la información de contacto para usar si ellos tienen alguna pregunta.
- 10.6 Si un paciente necesita asistencia gratuita para completar o para entender esta póliza o los materiales de aplicación, ellos deben de obtener asistencia al visitar uno de los Consejeros Financieros en un sitio de Avera o al llamar a el numero ubicado en el estado de cuentas.
- 10.7 Las aplicaciones completas y los documentos adjuntos serán enviados a los departamentos designados de la organización para el proceso y calificación (usualmente La Oficina de Cobros o Consejeros Financieros).
- 10.8 Las aplicaciones serán calificadas y una carta de determinación será enviada al paciente o al guardián dentro de 3 semanas desde el recibimiento.
- 10.9 Las aplicaciones, adjuntos, y las cartas de determinación van a ser escaneadas dentro del depósito central con vencimiento notado de 180 días desde su determinación.

12. La Facturación y las Colecciones (HR3590 (4)(A)(iv))

- 12.1 En el momento de la facturación, la organización proporcionará a todos los pacientes responsables por PAGAR ELLOS MISMOS, los de bajo ingreso, los que no tienen seguro médico que califiquen para atención médica gratuita o atención descontada bajo esta póliza,

la misma información sobre los servicios recibidos y los gastos que se les da al resto de los pacientes que reciben atención. A los pacientes que califican se les dará un descuento como responsables por pagar ellos mismos y cualquier descuento de Ayuda Caritativa aplicable. Entonces los cobros brutos, los descuentos aplicables, y el saldo neto aparecerán en la factura y el saldo neto será lo que el paciente es responsable por pagar.

12.1.1 Si el paciente califica para atención caritativa del 100%, no se enviará ninguna cuenta. En lugar de eso, se enviará una carta indicando que la cuenta del paciente se ha perdonado totalmente.

12.2 Cuando se envía una cuenta a un paciente, la organización incluirá en la cuenta toda la información siguiente:

12.2.1 Un cobro que indica que si el paciente cumple con ciertos requisitos sobre los Ingresos, el paciente podría ser elegible para un programa patrocinado por el gobierno o para ayuda financiera de la organización para ayudarlo a pagar los servicios que fueron proporcionados; y

12.2.2 Información que le proporciona al paciente el número de teléfono de la institución y el sitio de internet e información para comunicarse, para que el paciente pueda recibir información sobre la póliza de Ayuda Financiera para personas de bajos recursos sin seguro médico y cómo solicitar esa ayuda, para el pago de los servicios que fueron proporcionados.

12.2.3 Los avisos y la información para comunicarse se pueden imprimir al frente o atrás de la factura del paciente. El mensaje impreso en el cobro no tiene que ser largo y puede decir algo similar a “Avera tiene una póliza de la ayuda financiera. Si usted cumple ciertos requisitos y no puede pagar su cuenta usted podría calificar para un descuento. Esta póliza junto con los materiales de aplicación se pueden encontrar en www.avera.org. Por mas información comuníquese con la oficina de cobros local.

12.3 Si el paciente califica para la póliza de ayuda financiera de la institución por bajos ingresos, pacientes sin seguro médico y está cooperando con la organización con respecto a esfuerzos para pagar una cuenta dentro de la póliza actual de colección de paciente que paga por sí mismo en un período razonable, la organización o su agente no enviará, ni intimidará al paciente de que enviará la cuenta sin pagar a alguna agencia externa de colección. En el momento en que la organización envía la cuenta a una agencia de colección externa, la cantidad referida a la agencia reflejará el nivel reducido de pago para el cual el paciente fue elegible bajo póliza de la ayuda financiera de la organización para los pacientes sin seguro médico y de bajos recursos. Avera no reporta ningún dato a las agencias de crédito, sin embargo, las agencias de colección que Avera utiliza pueden divulgar a las agencias de crédito.

12.4 Las instituciones de Avera van a permitir 240 días desde el primer cobro después de la salida para aplicar por asistencia financiera.

- 12.5 Las instituciones de Avera le van a permitir a todo individuo un lapso de 120 días desde el primer cobro después de la salida para aplicar por asistencia financiera, antes de iniciar alguna actividad extraordinaria de colección (ECA). Avera considera la colocación en una agencia de colección un ECA.
- 12.6 El termino “individuo” no incluye ningún fideicomiso, propiedad, asociación, compañía, corporación, o entidad gubernamental y, por eso, no incluye ninguna aseguradora privada o pública. Por lo tanto, las regulaciones finales retienen la provisión en el 2012, regulaciones propuestas acerca de ECAs en contra de individuos que son responsables por el cobro de hospital de un paciente. Esta provisión no requiere que una institución hospitalaria haga esfuerzos razonables para determinar elegibilidad-FAP- antes de involucrarse en ECAs en contra de aseguradoras privadas o públicas o algún otro tercero responsable que no es un individuo.
- 12.7 Antes de enviar a una agencia de colección, Avera le proporcionara al paciente un estado o aviso final que contiene una lista de acción(s) específicas de colección que tiene intención de iniciar, la fecha final después de la cual tal se podría iniciar (no es antes de 30 días después de la fecha en se envió el aviso); un resumen de FAP también va a ser incluido con el aviso. Actividad extraordinaria de colección podría resultar una vez que no se reciba el pago de su cuenta dentro de 30 días de la fecha del aviso. Esta actividad podría incluir la colocación de su cuenta con agencia de colección de deudas. Subsecuente a la sentencia, la agencia podría proceder con embargo.
- 12.8 Para todo paciente para el cual Avera tiene la intención de iniciar en ECAs, se le va a comunicar sobre la póliza de asistencia financiera durante toda comunicación verbal con respecto a su cuenta.
- 12.9 Avera se va a abstener de toda actividad de colección durante un visita de sala de emergencias, a menos que se le haya dado la salida al paciente.
- 12.10 Toda extensión de plan de pago que sea ofrecido por el **hospital o por un representante del hospital**, para liquidar un cobro que debe un paciente quien califica para asistencia financiera, debe de ser sin interés siempre y cuando se cumpla con el horario acordado.
- 12.10.1 Las clínicas de Avera generalmente no ofrecen planes de extensión de pago.

13. Aviso Público, Publicación, y Comunicación con los Pacientes. (HR3590 (4)(A)(v))

13.1 La institución Avera deberán publicar un aviso, en conformidad con La Comisión de Garantía a la Comunidad de el Acta Hill-Burton y varios otros requisitos Estatales, Federales, y de JCAHO, con respecto a la disponibilidad de asistencia financiera para el pago por servicios prestados a pacientes de bajos ingresos sin seguro médico.

13.2 La Provisión de Garantía a la Comunidad del Acta Hill-Burton bajo el Título VI del Acta de Servicios de Salud exige que las organizaciones que reciben fondos de Hill-Burton faciliten los servicios a personas que residen dentro del área de servicio, sin discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, credo, o cualquier otro motivo no relacionado con la necesidad del individuo para el servicio o la disponibilidad del servicio necesario en la organización. La obligación de servicio a la comunidad no requiere que la organización tenga disponibles servicios que no sean de emergencia a las personas que no pueden pagar por ellos. Sin embargo, se requiere que la organización tenga a disposición los servicios de emergencia sin tener en cuenta la capacidad de la persona para pagar. Esta garantía estará vigente durante el tiempo de vida de la organización; solamente siempre y cuando sea manejada por una entidad sin fines de lucro o una entidad pública. Para referencia, favor de visitar <http://www.hhs.gov/ocr/hburton.html> y <http://www.hrsa.gov/osp/dfcr/obtain/CONSFAQ.HTM>.

13.3 Los avisos deberán ser publicados en el idioma(s) predominante en la comunidad en una forma visible en lugares donde hay un alto volumen de pacientes internos, o pacientes externos, admisiones/registros, como por ejemplo los departamentos de emergencias, oficinas de cobros, oficinas de admisiones, en lugares donde se presta atención a pacientes externos así como también en el sitio de internet de la organización.

13.3.1. Los avisos publicados deberán tener lo siguiente:

13.3.1.1. Un comentario indicando que la organización tiene una póliza de asistencia financiera para pacientes de bajos ingresos y/o sin seguro médico que no pueden pagar su cuenta y que esta póliza provee cuidado de atención médica caritativa y pagos reducidos para servicios de atención médica; y

13.3.1.2. Identificar un número de teléfono para que el paciente pueda llamar para obtener más información acerca de la póliza de asistencia financiera y de cómo solicitar esa ayuda.

13.4 Además, las organizaciones de Avera publicarán extensivamente la asistencia financiera dentro de las comunidades que ellos sirven. La publicación puede incluir, pero no está limitada a anuncios en el periódico, radio, o anuncios televisados, el sitio de web, anuncios publicitarios, volantes, o en los centros de distribución o lugares frecuentados por las poblaciones necesitadas, tales como las despensas de comida o refugios.

- 13.5 Hacer razonablemente disponibles, y/o a petición, un folleto "Una guía sobre los cobros del hospital y sobre el seguro médico", ambos en forma impresa y o en todos los sitios web del hospital.
- 13.6 Todas las organizaciones de Avera deberán publicar en el sitio internet o de otra manera poner a disposición del público de una manera razonable, una notificación que tiene un programa de asistencia financiera para personas de bajos ingresos, para pacientes sin seguro médico y la persona o el departamento de la organización para solicitar la asistencia financiera.
- 13.7 Todas las organizaciones de Avera deberán publicar en su sitio de internet y de alguna forma poner a disposición del público esta póliza o cualquier variación local a la misma.
- 13.8 Las organizaciones de Avera va a tener disponibles copias gratis de un resumen de asistencia financiera via www.avera.org Este resumen también se va a ofrecer antes de la salida del hospital y dentro de con el estado de cobro final antes de alguna actividad extraordinaria de colección.

14. Limitación en Cobros (HR3590 (5)(A) & (B))

- 14.1 Avera reconoce que las regulaciones de Medicare exigen "cobros" del hospital uniformes para el propósito de reporte de costos. Por lo tanto, todos los pacientes deberán de recibir la misma cantidad de "cobro" por el mismo servicio.
- 14.2 Avera también reconoce que la Sección 501 (r) (5) limita las cantidades " cobradas" por emergencia o por otro tipo de atención médica necesaria, a cantidades no mayores de la que generalmente se le cobra a individuos que tienen seguro médico que cubre dicha atención.
- 14.2.1. Las Organizaciones de Avera deben COBRAR al 100% de los pacientes quienes aplican y califican para ayuda caritativa o ayuda financiera bajo esta póliza (ingresos de o menor del 400% de las Guías Federales de la Pobreza) no más que el más bajo IP & OP combinado Medicare & la tasa de pago comercial. Esta tasa puede ser variada por cada

organización de Avera y se va revisar en base anual. Esta tasa se considera el método de mirar hacia atrás por las Guías de IRS.

14.2.1.1.1 Las tazas se pondrán al día en cada octubre y por lo tanto durante el curso del calendario anual, se van a usar dos tasas diferentes.

14.2.2 Los pacientes deben de recibir un estado de cuenta nuevo de Avera que enlista los siguientes artículos: la suma de cobro bruto, cantidad de descuento aplicado por medio del método de mirar hacia atrás, cantidad de descuento por asistencia financiera, y el saldo total que se debe.

14.2.2.1.1 El saldo de cuenta después de todo descuento a pacientes responsables por su mismo pago, va a ser usado para determinar el porcentaje dado de caridad.

14.2.3 En el caso donde una regulación Estatal, Federal u otra regulación o tratado es más Estricto que la Sección 501(r)(5), se seguirá el método prescrito en esa regulación o acuerdo. Un ejemplo específico es el acuerdo con los hospitales proveniente de Minnesota Attorney General. Ese acuerdo especifica que los hospitales proporcionarán el Descuento más Superior de la Nación.

14.3 La factura que se envía al paciente especificará el cobro bruto, el descuento para pacientes que son responsables por sí mismos sin seguro médico, todo descuento de ayuda caritativa o asistencia financiera y la cantidad neta por la cual el paciente es responsable.

14.4 Las clínicas cobrarán la tarifa de cobros más cómoda para pacientes responsables por si mismos sin seguro médico y la factura no mostrará necesariamente el cobro bruto, ni el descuento para pacientes responsables por sí mismos, pero más bien mostrará el mejor cobro neto.

15. Requisitos para la Recopilación y el Reporte de Datos

A. La Oficina de Avera recopilará anualmente y publicará en su sitio de internet o hará de otra manera disponible para el público en una base razonablemente los datos siguientes de acuerdo con las regulaciones de la Asociación Católica para la Salud (CHA) y las pautas del Internal Revenue Service (IRS):

15.1. La cantidad de atención caritativa proporcionada basado en el costo.

15.1.2 El costo no reembolsado por atención proporcionada a los beneficiarios de los programas del gobierno incluyendo, pero no limitado a Medicaid y los programas del condado para los necesitados, con este artículo siendo definido como el déficit entre el costo y reembolso de pérdida/ ganancias que experimenta un hospital en el abastecimiento de la atención de salud.

15.1.3 El costo que no es reembolsado por atención proporcionada a los beneficiarios de Medicare, con este artículo siendo definido como el déficit entre el costo y reembolso de pérdida/ ganancias que experimenta un hospital en el abastecimiento

de la atención de salud. Este artículo no debe ser incluido en el Reporte de los Beneficios de la Comunidad con excepción de que sea en un documento separado.

15.1.4 La cantidad de Mala Deuda incurrida es basado en costo. Este artículo no debe ser incluido en el Reporte de los Beneficios de la Comunidad con excepción de que sea una nota separada.

16.0. Conformidad con Vigilancia

16.1 La Auditoría Interna de Avera conducirán periódicamente inspecciones para asegurar la conformidad con esta póliza.

17.0 Enmiendas/Interpretación

17.1 Esta póliza puede cambiar en cualquier momento sin aviso previo, puede ser interpretada por Avera a su discreción única, y no tiene la intención de crear ninguna relación contractual u obligación.

17.2 Avera Health Financial determinarán la necesidad de revisiones a esta póliza y someterá las revisiones para ser evaluadas a La Consejería General y El Gerentes de Finanzas patrocinados por el Hospital Avera y someterá las revisiones para la aprobación a la Junta Directiva de Avera Health.

COMENTARIOS PREVIOS:

AGOSTO 1982

SEPTIEMBRE 1984

FEBRERO 1991

MAYO1999

NOVIEMBRE 2004

Apéndice A-Proveedores y grupos que están sometidos a esta póliza que podrían dar tratamiento a pacientes de Avera. Última revisión 09/22/15

- Central Plains ENT & Audiología
- Harbert Orthopedics PC/Aberdeen Orthopedics & Sports Medicine
- Dr. Sanjeevi Giridhar & NE Mental Health CTR
- Family Dental Care, Aberdeen
- Aberdeen Dental Associates
- Aberdeen Dermatology Clinic
- Ophthalmology Associates, Aberdeen
- Aberdeen Asthma & Allergy
- Physician Labs
- Bostwick Laboratories
- Yankton Medical Clinic
- Yankton Anesthesiology
- Lewis and Clark Family Medicine
- Yankton Surgical Associates
- Shindler Foot Clinic
- Willcockson Eye Associates

- Nephrology Associates
- Family Medicine Clinic of Yankton
- Anesthesiology Associates, Inc
- Affiliated Medical Center, Marshall MN
- Southwest Minnesota Sports Medicine
- Whitney Sleep Center
- Central Dakota Ear Nose
and Throat
- North Central Heart
- Dr. Bormes- SURGERY
- Dr. Wyatt
- Audiology Associates
- Dr. Werth
- Dr. Cihal
- Dr. Whitney
- Jeff Schmidt, DPM
- Kynan Trail, M.D.; Yankton Surgical Associates
- Michael Krause, M.D.; Dakota Women's Clinic
- Michael Pietila, M.D.; Yankton Medical Clinic
- North Central Heart Institute
- Ear, Nose, & Throat Associates, PC
- James Valley Imaging, 2200 N Kimball Street, Mitchell, SD 57301
- KCI
- Parkston Ambulance
- Tripp Ambulance
- Corsica Ambulance
- Lake Andes Ambulance
- The Hearing Clinic
- CHI Health
- Faith Regional Cardiovascular
- Lesley Kester-Certified DSF
- Platte Valley Medical Group
- Heartland Hematology and Oncology
- Nephrology Associates
- Midlands OBGYN
- Miles Eye Center
- Shindler Foot Clinic
- White Mountain Foot and Ankle
- Nebraska Pulmonary Specialists
- Urology Associates-Grand Island
- Surgical Institute of South Dakota
- James Valley Imaging, LTD
- Graham Ear Nose & Throat, PC
- Mitchell Anesthesia, PC
- Mitchell Clinic, LTD
- Sanford Clinic

- Ophthalmology LTD
- Dakota Women's Clinic, Michael R. Krause, D.O., P.C.
- Horizon Health Care, Inc.
- Urology Specialists of Sioux Falls
- Jeffrey R. Schmidt, DPM
- Plastic Surgery Associates of Sioux Falls