



PROPÓSITO

Como organización sin fines de lucro, Vail Health y las clínicas Vail Health ofrecen asistencia financiera a los pacientes que no tengan suficientes recursos económicos para costear los servicios. La asistencia financiera está disponible para pacientes con necesidad establecida de recibir atención médica de emergencia y servicios de atención médica necesarios desde el punto de vista médico.

El objetivo de esta norma es cumplir con el Proyecto de Ley de Colorado 21-1198 sobre la Atención hospitalaria con descuento (HDC, por su sigla en inglés).

ALCANCE

Esta norma se aplica a todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico proporcionados por Vail Health, incluido el hospital y las clínicas asociadas. Los servicios ofrecidos por proveedores que representan a los siguientes grupos no están cubiertos por la norma de asistencia financiera de Vail Health:

- The Steadman Clinic
- Vail-Summit Orthopedics & Neurosurgery
- Anesthesia Partners Colorado (APC)
- Cardinal Pathology
- Consultores de cuidados intensivos y pulmonares
- Obstetricia/Pediatría (atención neonatal), solo servicios prestados en Vail Health Hospital; se excluyen proveedores de Colorado Mountain Medical (CMM)
- Servicios prestados en Vail Valley Surgery Center, Dillon Surgery Center y Steadman Philippon Surgery Center

DISPONIBILIDAD DE NORMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Esta norma de asistencia financiera, el resumen en lenguaje sencillo y la solicitud están disponibles a través de los siguientes medios:

1. En toda interacción en que se registra o admite un paciente, y en todas las comunicaciones verbales con respecto al monto adeudado que se efectúan durante el período de notificación (según se define a continuación), Vail Health informará al paciente que existe el programa de asistencia financiera de Vail Health, dónde obtener información adicional acerca de la elegibilidad y cómo solicitarlo.
2. En todas las áreas públicas del hospital, lo que incluye, las áreas de ingreso o registro para el hospital y los consultorios médicos, salas de espera para pacientes e instalaciones del departamento de emergencias, habrá materiales escritos e impresos sobre el programa de asistencia financiera. Asimismo, dicha información se ofrecerá a cada paciente.
3. En los sitios web de Vail Health con la capacidad de descargar e imprimir la aplicación de asistencia financiera sin ningún hardware o software especial.
4. Vail Health traducirá los documentos del programa de asistencia financiera, la norma completa y los formularios de solicitud al idioma español.
5. En cada estado de cuenta del paciente que envíe Vail Health se incluirá un aviso destacado acerca de la asistencia financiera y las instrucciones para obtener una copia de la norma de asistencia financiera.

PERÍODO DE NOTIFICACIÓN Y SOLICITUD

1. Vail Health notificará a los pacientes sobre su norma de asistencia financiera que comienza en la primera fecha en que se presta atención médica y finaliza a los 180 días desde la fecha del alta del paciente o la fecha del servicio.
2. Los pacientes sin seguro no recibirán estados de cuenta hasta 46 días después del alta o la fecha del servicio, según los requisitos de la HDC.
3. Vail Health seguirá comunicándose con los pacientes durante 6 meses desde el alta o la fecha del servicio para alentarlos a que soliciten Atención hospitalaria con descuento o asistencia financiera.
4. Vail Health deberá aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera por un período máximo de 240 días desde que Vail Health entrega al paciente el primer estado de cuenta (que se define como el período de solicitud), de conformidad con la sección 501(r)(6).
5. Las declaraciones de Vail Health deben incluir una descripción de todas las acciones extraordinarias de cobro que Vail Health pretende iniciar. Se considerará que Vail Health ha procurado hacer todo lo razonable si notifica al paciente acerca del programa de asistencia financiera tal como se describe anteriormente y sigue los requisitos para solicitudes completas e incompletas que se describe en la sección "Revisión y aprobación" más adelante. No se realizarán acciones extraordinarias de cobro hasta 182 días después de la fecha de servicio o fecha de alta.

Si la solicitud de asistencia financiera se recibe durante el período de solicitud y se considera que está incompleta, se enviará un aviso escrito al paciente o garante dentro de los 15 días de haberla recibido para solicitarle que proporcione la información faltante dentro de los 30 días de la fecha del aviso. Dicho aviso incluirá información de contacto de la instalación o el departamento que puede brindar asistencia con el proceso de asistencia financiera. Todas las acciones extraordinarias de cobro que estén en curso al momento de recibir la solicitud completa se deberán suspender. Tales cobros pueden iniciarse o reanudarse si no se consideran elegibles.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

La elegibilidad para el programa de asistencia financiera de Vail Health se basa en los requisitos de residencia y los ingresos del hogar. Vail Health brinda asistencia financiera en una escala progresiva para personas con un ingreso familiar anual de hasta el 550 % del índice federal de pobreza (FPG, por su sigla en inglés) publicado anualmente.

Nuestros asesores financieros están disponibles para ayudar a los pacientes con el proceso de solicitud de asistencia financiera y pueden comunicarse con ellos de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al (970) 477-3116. También pueden comunicarse con los asesores financieros de las siguientes formas:

- **CORREO:** PO Box 40,000, Vail, CO 81658 | A/A: Financial Assistance Department
- **Correo electrónico:** FinancialAssistance@VailHealth.org
- **Teléfono:** (970) 477-3116
- **EN PERSONA:** llame para programar una cita: (970) 477-3116
Departamento de admisiones de Vail Health Hospital 180 S Frontage Rd. W, Vail, CO 81657
Edwards Pavilion 320 Beard Creek Rd., Edwards, CO 81632

La elegibilidad para recibir asistencia financiera se tiene en cuenta en función de los siguientes tipos de elegibilidad:

1. Elegibilidad presuntiva

Existe una instancia en la cual es posible que un paciente reúna los requisitos para recibir asistencia financiera; sin embargo; no se requiere una solicitud completa. Determinadas circunstancias proporcionan

suficiente información para que el paciente reúna los requisitos para recibir asistencia financiera y se lo considera presuntamente elegible. La elegibilidad presuntiva puede determinarse en base a uno o más de los siguientes factores:

- No tener un hogar: Se requiere autotestimonio.
- Elegibilidad para Medicaid: No activa para una fecha de servicio anterior a la fecha efectiva de Medicaid.
- Discapacidad mental: Nadie que pueda actuar en representación del paciente. Se requiere documentación*
- Elegibilidad para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) de Medicaid (Medicaid paga la prima de la Parte B)

* Se requiere una solicitud para estos programas, a fin de establecer la elegibilidad con la documentación de lo explicado anteriormente que respalde la elegibilidad.

2. Elegibilidad en caso de no asegurado

La elegibilidad para todos los pacientes sin seguro se basará en el cumplimiento de los requisitos de residencia e ingresos.

La asistencia financiera está disponible para pacientes con cobertura de seguro que están en el Nivel federal de pobreza (FPL, por su sigla en inglés) o un 250 % por debajo de este.

ANÁLISIS DE INGRESOS Y ACTIVOS

Si el paciente no califica para la Atención hospitalaria con descuento, se considerará para la asistencia financiera de salud de Vail. Las solicitudes de asistencia financiera se tendrán en cuenta para ingresos individuales o de la unidad familiar hasta el 550 % del nivel federal de pobreza.

1. Análisis de ingresos

Los ingresos se basarán en la documentación de respaldo de todos los trabajos realizados durante el año en curso. Se considerará la situación laboral al determinar los niveles de ingresos. Si al momento de la solicitud, el solicitante estuvo desempleado por un tiempo continuo de más de 90 días y está recibiendo o es elegible para recibir beneficios por desempleo, no se considerará el ingreso previo en el análisis de ingresos.

Ingresos laborales de todos los adultos que no son estudiantes que trabajan y tienen 18 años o más:

- Ingresos de trabajo por cuenta propia de todos los adultos que no son estudiantes que trabajan y tienen 18 años o más.
- Excepto según se especifica a continuación, los ingresos no derivados del trabajo de todos los miembros del hogar incluyen:
 - Ingreso del Seguro Social (SSI, por su sigla en inglés)
 - Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI, por su sigla en inglés)
 - Propinas, bonos y comisiones
 - Discapacidad a corto plazo
 - Pagos de pensiones
 - Pagos de cuentas de jubilación
 - Desembolsos de premios de lotería
 - Pagos mensuales de fondos fiduciarios
 - Ingreso de desempleo

No se permite contar los pagos de SSI y SSDI para menores o adultos con discapacidades que todavía están bajo el cuidado de sus padres o tutores

REQUISITOS DE RESIDENCIA

La asistencia financiera está disponible para la atención de emergencia o necesaria desde el punto de vista

médico para todas las personas que residen en el estado de Colorado y recibieron cuidados de Vail Health.

CÓMO DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD

Los lineamientos para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera se aplicarán sistemáticamente. Vail Health no discriminará a los pacientes que soliciten la asistencia financiera sobre la base de su raza, color de piel, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Al determinar la elegibilidad de un paciente para la Atención hospitalaria con descuento o la asistencia financiera de Colorado, los asesores financieros de Vail Health ayudarán al paciente a determinar si es elegible para programas patrocinados por el gobierno (lo que incluye dar remisiones a recursos externos), y a saber dónde encontrar información sobre coberturas de seguro que se ofrecen mediante el mercado de seguros de salud de Colorado.

Todas las solicitudes de asistencia financiera deberán estar firmadas por el paciente o su representante autorizado para confirmar que la información suministrada en el formulario es verdadera y correcta. Cuando sea posible, Vail Health evaluará a cada paciente no asegurado para ver si es elegible para la Atención hospitalaria con descuento o la asistencia financiera.

REVISIÓN Y APROBACIÓN

El asesor financiero de Vail Health aprobará la asistencia financiera por montos iniciales de hasta \$9,999. El director de acceso de pacientes debe revisar y aprobar las solicitudes con montos iniciales de \$10,000 - \$49,999. Las solicitudes con montos iniciales de \$50,000 o más serán aprobadas por el director financiero de Vail Health.

Con la aprobación o el rechazo de la asistencia financiera, se enviará una carta al paciente o a la parte responsable como notificación de la decisión adoptada. La carta se enviará a más tardar sesenta (60) días después de recibir la solicitud de asistencia financiera completa. Los pacientes elegibles para el programa de Atención hospitalaria con descuento de Colorado recibirán cartas dentro de los 14 días posteriores a la recepción de la solicitud completa.

Tras aprobar una solicitud de asistencia financiera, Vail Health hará lo siguiente:

- Le brindará al paciente una tarjeta que se presentará en todos los registros durante el período de elegibilidad para identificar el nivel de elegibilidad de asistencia financiera.
- Ajustará todos los montos adeudados por el paciente cubiertos por el período de elegibilidad de asistencia financiera.
- Le reembolsará al paciente los pagos efectuados dentro de los sesenta (60) días de la solicitud que superen los montos aprobados para la asistencia financiera, de conformidad con la norma de reembolsos para pacientes, que se puede consultar por separado.
- Tomará las medidas razonables para revocar o invalidar cualquier acción extraordinaria de cobro, por ejemplo, levantar un gravamen o eliminar información negativa de los informes de crédito.

APELACIONES

Se pueden apelar las denegaciones de la Atención hospitalaria con descuento de Colorado o la asistencia financiera. La apelación debe incluir una carta del paciente o de la parte con responsabilidad financiera en la que se solicite la reevaluación. La apelación también debe incluir cualquier documentación complementaria que pueda comprobar la incapacidad de pagar y que no fuera incluida en la consideración inicial.

Las apelaciones se remitirán a los asesores financieros, quienes las evaluarán dentro de los 15 días calendario de su recepción.

Si se determina que la información en la que se basó estaba equivocada después de la revisión y determinación de la asistencia financiera, ocurrirá lo siguiente:

- Si se corrige la información de una solicitud previamente rechazada y ahora el paciente reúne los requisitos para la asistencia financiera, se le informará al respecto y su cuenta se procesará tal como se describe anteriormente.
- Si se corrige la información de una solicitud previamente aprobada y ahora el paciente no reúne los requisitos para la asistencia financiera, se le informará al respecto y se le indicará que debe efectuar el pago en su cuenta.

Vail Health podrá iniciar o reanudar las acciones extraordinarias de cobro, es decir, transferir la cuenta a una agencia de cobro, contra una persona que haya presentado una solicitud incompleta y que no haya suministrado la información faltante para completarla, a más tardar:

- treinta (30) días después de que Vail Health le envíe un aviso por escrito indicando que falta información adicional, o
- el último día del período de solicitud.

Específico para la Atención hospitalaria con descuento: El paciente tiene 30 días calendario a partir de la fecha de la carta de determinación para apelar la determinación de elegibilidad de Vail Health. Vail Health debe confirmar la recepción de la carta de apelación dentro de los tres días hábiles y tiene 15 días calendario a partir de la fecha de la apelación del paciente para completar una redeterminación de elegibilidad y responder al paciente y al Departamento. Si Vail Health mantiene su determinación de elegibilidad inicial, el paciente puede pasar al siguiente paso del proceso de apelación. Si Vail Health establece que la determinación de elegibilidad inicial fue inexacta, debe corregir la solicitud y emitir al paciente un aviso de determinación siguiendo los requisitos descritos en la Sección 6.01.

REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE LOS DATOS DE ASISTENCIA FINANCIERA

Los informes se mantendrán para mostrar los siguientes datos mensualmente:

- Cantidad de solicitudes de asistencia financiera recibidas
- Cantidad de personas a las que se les otorga asistencia financiera
- Cantidad de apelaciones recibidas
- Porcentaje de apelaciones evaluadas con una decisión revocada
- Total de cancelaciones mensuales por asistencia financiera

El departamento de finanzas calculará el costo asociado con los servicios aprobados para asistencia financiera para informarlo en los estados contables anuales y la declaración de impuestos.

La solicitud de asistencia financiera completa y toda la documentación de respaldo relacionada se almacenarán en una unidad segura de Vail Health durante el período de retención requerido.

- Solicitud de asistencia financiera firmada
- Hoja de trabajo del programa de asistencia financiera firmada
- Carta de aprobación/denegación del paciente

LIMITACIÓN DE CARGOS

A los pacientes elegibles para asistencia financiera con un FPL inferior al 250 % no se les cobrará más que el

monto cobrado al pagador comercial más bajo de Vail Health. Los descuentos se aplicarán a los montos totales del cargo que se enumeran a continuación:

FPL	Descuento
<= 250%	100%
251% - 350%	80%
351% - 450%	60%
451% - 550%	50%

Los montos promedio generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) se calcularán 120 días después de finalizado el año fiscal en función de las tarifas de los servicios de Medicare y los datos de las reclamaciones de los seguros de salud privados. El estado de cuenta de un paciente indicará el cargo bruto estándar, pero debe mostrar una cancelación de asistencia financiera. www.irs.gov/charities-non-profits/limitation-on-charges-section-501r5

No es necesario que esta norma sea aprobada por el Consejo de directores de Vail Health cada año cuando se actualice el promedio generalmente facturado.

DEFINICIONES

Acciones extraordinarias de cobro: acciones extraordinarias de cobro tomadas por Vail Health contra una persona en relación con obtener el pago de una factura por atención médica cubierta por la norma de asistencia financiera de Vail Health y que requieren un proceso legal o judicial, suponen la venta de la deuda de una persona a un tercero, o implican transmitir información negativa sobre una persona a una agencia de informes de crédito del consumidor. Presentar un reclamo en un procedimiento de quiebra no se considera una acción extraordinaria de cobro.

Cargo bruto: precio establecido, incluido en la lista de precios de Vail Health (conocida como "Charge Master"), para un servicio o concepto que se cobra regular y uniformemente a todos los pacientes antes de aplicar subsidios, descuentos o deducciones contractuales.

Unidad familiar: una o más personas que viven juntas y están emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción (padres e hijos que se declaran como dependientes en la declaración de impuestos); o que viven juntas y comparten bienes conjuntamente, como tarjetas de crédito, cuentas bancarias o bienes inmuebles. Los pacientes mayores de 18 años, como los hijos adultos que viven con sus padres, hermanos o amigos no son considerados parte de la unidad familiar, a menos que dichas personas estén legalmente obligadas por las deudas del paciente.

Ingresos: incluyen salarios y sueldos, ingresos por intereses, ingresos por dividendos, seguridad social, indemnizaciones por accidentes laborales, pagos por incapacidad, indemnización por desempleo, ingresos comerciales, pensiones y anualidades, ingresos por establecimientos agrícolas, rentas y regalías, herencias beneficios por huelga y pagos de manutención. El ingreso también se define como los pagos provenientes del estado por tutela o curatela legal.

Resumen en lenguaje sencillo: declaración redactada en un lenguaje claro, conciso y fácil de comprender en la que se notifica que Vail Health ofrece un programa de asistencia financiera y una descripción de este programa.

No asegurado: paciente que no tiene cobertura de un tercero de un plan de seguro médico, Medicare o Medicaid financiado por el estado, o cuya lesión no es una lesión cubierta a los efectos de una indemnización por accidente laboral seguro de automóvil u otro seguro, según determine y documente Vail Health.

Necesarios desde el punto de vista médico: servicios de atención médica brindados a un paciente con el

propósito de prevenir, diagnosticar o realizar pruebas de una lesión, enfermedad o sus síntomas.

Atención médica establecida: el solicitante ha recibido atención médica en una de las ubicaciones de servicio de Vail Health antes de solicitar asistencia financiera.

Atención hospitalaria con descuento: Atención hospitalaria con descuento significa Facturación de atención médica para pacientes indigentes según se define en el Título 25.5, 26 Artículo 3, Parte 5, C.R.S.

REFERENCES

Declaración 15 del Consejo sobre principios y prácticas de la organización Health Care Financial Management Association: "Valuation and Financial Statement Presentation of Charity Care and Bad Debts" (Valoración y presentación de estados contables de atención médica de beneficencia y deudas incobrables).

Declaración de principios y lineamientos sobre prácticas de facturación y cobro de hospitales de la organización American Hospital Association, 5 de mayo de 2012

Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible

Aviso 2014-2 del IRS, emitido el 30 de diciembre de 2013

Código de Reglamentaciones Federales, IRS, partes 1,53 y 602 (emitido el 29 de diciembre de 2014)

Proyecto de ley 14-50 del Senado de Colorado, Asistencia financiera hospitalaria, CRS 25-3-112

Ley del Cuidado de Salud Asequible, artículo 1557