

# Red de Salud de UVM/Porter Medical Center

Tipo de documento: Política de asistencia financiera	
Propietario del cargo: Director de PFS	
Cargo del oficial que aprueba: Director financiero (Chief Financial Officer, CFO) de PMC	
Entrada en vigor original: Enero de 2012	Última revisión: Septiembre de 2019

**TÍTULO:** Programa de Asistencia Financiera para el Paciente

**OBJETIVO:** Establecer una política y procedimiento para la administración del Programa de Asistencia Financiera para el Paciente del Centro Médico UVMHN/Porter.

**POLÍTICA:** El Centro Médico Porter de la Red de Salud de la Universidad de Vermont (University of Vermont Health Network Porter Medical Center, UVMHN/PMC) es una organización centrada en el paciente comprometida con brindar a todos los pacientes tratamiento de manera equitativa, con dignidad y respeto, independientemente de los beneficios de su seguro de atención médica o de sus recursos financieros. Además, el UVMHN/PMC tiene el compromiso de brindar asistencia financiera a personas con necesidades esenciales de atención médica que no cuentan con un seguro, que su seguro es insuficiente, que no son elegibles para un programa gubernamental o que no pueden pagar por atención médica necesaria debido a su situación financiera individual. La asistencia financiera se basará únicamente en la capacidad de pago y no se juzgará por motivos de raza, color, religión, origen nacional, ascendencia, credo, discapacidad, sexo, edad, estado civil u orientación sexual en particular. Todo esto de conformidad con su misión de prestar servicios de atención médica compasivos, de alta calidad y asequibles y de cumplir con nuestra responsabilidad como una organización sin fines de lucro. El UVMCHN/PMC se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de atención médica no les impida solicitarla o recibirla.

La asistencia financiera no se considera un sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con UVMHN/PMC para obtener asistencia financiera y que contribuyan al costo de su atención según su capacidad individual de pago. Se alienta a las personas con capacidad financiera para adquirir un seguro de enfermedad a que lo hagan, como medio de garantizar el acceso a los servicios de atención sanitaria, para su salud personal en general y para la protección de sus bienes individuales.

Con la finalidad de gestionar sus recursos de manera responsable y permitir al UVMHN/PMC proporcionar el nivel adecuado de asistencia a la mayor cantidad de personas que lo necesiten, se establecieron las siguientes políticas y procedimientos para la provisión de asistencia financiera a los pacientes.

Se entregará a todos una solicitud sin costo alguno; la solicitud de asistencia financiera se procesará de manera oportuna cuando se reciban los documentos completos y con todos los anexos requeridos. El UVMHN/PMC notificará al solicitante sobre la decisión de asistencia financiera por escrito en un plazo 30 días de la recepción de la solicitud llena.

## PROCEDIMIENTOS:

### Asistencia Financiera para el Paciente

#### Elegibilidad para servicios de atención médica:

- Servicios elegibles de conformidad con esta política:
  - Servicios médicos de emergencia proporcionados en una sala de emergencias.
  - Servicios por una afección que, si no se tratan con prontitud, conllevaría a un cambio adverso en el estado de salud de una persona.
  - Servicios no electivos proporcionados en respuesta a circunstancias que amenazan la vida en un entorno que no es de sala de emergencia.
  - Servicios médicamente necesarios según lo definen los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).
  - Servicios electivos médicamente necesarios para pacientes que cumplen las pautas establecidas del programa.
  - Consultas de prácticas médicas de Porter.

- Servicios no elegibles de conformidad con esta política:
  - Servicios estéticos, excepto los médicamente necesarios según la revisión del médico.
  - Servicios de infertilidad o fertilidad, como control de natalidad, vasectomías o reversiones o ligadura de trompas o reversiones, a menos que el médico facilite documentos sobre la necesidad médica.
  - Procedimientos dentales en general, excepto si el programa dental presenta circunstancias atenuantes médicamente necesarias.
  - Atención nacional o internacional al paciente, a menos que el servicio sea provisto en una sala de emergencias. Nota: Servicios considerados como no médicamente necesarios.
  - Servicios que se reembolsan directamente al paciente de parte de una compañía aseguradora o de una tercera parte.

**Cobertura de proveedores:** Todos los proveedores médicos empleados por UVMHN/Porter Medical Center que brindan atención en Porter Medical Center y consultorios/departamentos médicos están cubiertos por esta póliza. Consulte la lista de adjunta de los Departamentos que no están cubiertos por esta póliza.

**Elegibilidad del paciente:**

Los servicios elegibles para asistencia financiera según esta política se descontarán en una escala móvil de acuerdo con la necesidad financiera según se determine en referencia con los Niveles Federales de Pobreza (Federal Poverty Levels, FPL) vigentes al momento de la determinación. La base de las cantidades que Porter Hospital descontará es la siguiente:

- Los pacientes cuyos ingresos familiares sean iguales o menores al 200 % de los FPL son elegibles para recibir atención médica gratuita.
- Los pacientes cuyos ingresos familiares sean iguales o mayores al 201% pero no más del 360% del FPL son elegibles para recibir descuentos basados en la matriz de escala móvil con un descuento del 20%, 40%, 60% u 80%.
- Los pacientes cuyos ingresos familiares superan el 360 % de los FPL pueden ser elegibles para recibir asistencia, según el caso y de acuerdo con sus circunstancias específicas, a discreción de Porter Hospital.
- Los pacientes son elegibles para un descuento de los cargos brutos del AGB al solicitar nuestro programa de asistencia financiera y calificar para nuestra escala móvil de tarifas, asegurando así que a ningún paciente elegible se le cobre más de un monto generalmente facturado al paciente asegurado promedio. El AGB promedio se calculó con el método de actualización, usando los honorarios por servicios de Medicare. Los cálculos y porcentajes se pueden encontrar en nuestra Política de facturación y cobranzas disponible a solicitud.

Todas las fuentes de ingresos y activos monetarios se incluirán en el cálculo de la necesidad financiera para el propósito de asistencia financiera.

Entre los ejemplos de ingresos se encuentran:

- sueldos y salarios antes de deducciones;
- ingresos por empleo independiente;
- beneficios del Seguro Social;
- distribución de pensiones y jubilación;
- compensación por desempleo;
- compensación de los trabajadores;
- pagos a veteranos;
- Seguridad de Ingreso Suplementario;
- asistencia pública;
- pensión alimenticia;
- manutención infantil;
- asistencia que proviene fuera del grupo familiar;
- manutención para familias de militares;
- seguro regular o pagos de anualidades e
- ingresos provenientes de dividendos, intereses, rentas, regalías, propiedades, fideicomisos, acuerdos legales y apuestas o ganancias de la lotería.
- No se considerarán ingresos alimentos o alquiler dados como salario, beneficios no monetarios y pagos de préstamos y subsidios estudiantiles.

Un paciente cuyos ingresos están documentados como “\$0” **debe** completar una “Declaración de Cero Ingresos”

Entre los ejemplos de activos monetarios se encuentran efectivo, cuentas corrientes y de ahorro, certificados de depósito, acciones, bonos, fondos mutuos, valor en efectivo de pólizas de seguro de vida y otras inversiones. No se considerarán activos monetarios los lugares de residencia principales, automóviles, bienes personales y activos mantenidos en planes de pensiones o cuentas de jubilación.

A cada núcleo familiar se le permiten activos líquidos limitados al sitio web de los CMS: limitación del beneficiario de bajos ingresos de Medicare.

### **Seguro de salud y pagos de obligaciones:**

- Porter Hospital aceptará una variedad de métodos de pago y ofrecerá recursos para ayudar a resolver cualquier saldo pendiente. Definiremos el estándar que utilizarán las agencias externas que cobran en nuestro nombre y nos aseguraremos de que estas políticas estén incorporadas a lo largo de todo el proceso de cobranza.
- Comunicaremos nuestra política a aquellos con necesidades de forma precisa y coherente. Ayudaremos a los pacientes a solicitar programas conocidos de asistencia financiera que puedan ser apropiados mediante nuestro asistente interno. Trataremos a todos los pacientes con dignidad, respeto y compasión.
  1. Los pacientes pueden llamar al 802-388-8808, opción 5, de lunes a viernes, de 7:30am a 4pm o dirigirse directamente a 44 Collins Drive, Middlebury VT 05753.
  2. Los pacientes pueden hablar con alguien en cualquiera de nuestras ventanas de registro para hacer una solicitud.
  3. Los pacientes pueden visitar nuestro sitio web para hacer una solicitud en <http://www.portermedical.org>
  4. El personal de registro, el personal subcontratado de autopago y el personal de facturación les notificarán a los pacientes de la disponibilidad de los Programas de Asistencia Financiera (Financial Assistance Programs, FAP).
- La Solicitud Financiera también está disponible en español, lo que se determinó de acuerdo con los siguientes informes: el informe de la Oficina del Censo de los EE.UU. (U.S. Census Bureau) sobre el Condado de Addison, el informe de uso de Stratus y el informe demográfico de las instalaciones y profesionales sobre una base anual. Proporcionamos servicios de interpretación a través de Stratus y de intérpretes del lenguaje de señas americano.  
<https://www.census.gov/quickfacts/fact/table/addisoncountyvermont,US/PST045216>
- Se prefiere (pero no es necesario) que se presente una solicitud de asistencia financiera antes de prestar los servicios médicamente necesarios que no sean de emergencia. Sin embargo, la solicitud y la determinación se pueden hacer en cualquier momento. La necesidad de asistencia financiera se evaluará cada vez que se necesite atención médica en el caso de que la evaluación financiera más reciente se hubiese completado más de un año antes, o en cualquier momento que cambie o se sepa que haya nueva información relevante sobre la elegibilidad para asistencia financiera.

### **Determinación o verificación de la necesidad de asistencia financiera:**

Un paciente que solicita asistencia financiera debe proporcionar documentación de ingresos familiares y activos monetarios para determinar su elegibilidad.

La información solicitada para verificación de la elegibilidad puede incluir, entre otros aspectos, lo siguiente (cuando corresponda):

- una copia de la declaración fiscal más reciente,
- constancia de ingresos de la Oficina del Seguro Social (800-772-1213),
- copias de los dos últimos talonarios de pago o del último talonario de pago del año calendario,
- constancia de ingresos de las personas que trabajan por su cuenta,
- verificación de ingresos por escrito de un empleador (si paga en efectivo),
- constancias recientes de instituciones financieras o de otras terceras partes donde se verifique el valor del activo o evidencia de que todos los posibles pagadores de terceras partes se han agotado y el saldo lo debe la parte responsable.
- En lugar de la verificación de ingresos mencionada anteriormente, se aceptará documentación por escrito de la información financiera por parte de una Clínica de Puertas Abiertas. Necesita una copia de la carta o notificación que recibió de la oficina gubernamental que documente la inelegibilidad si no es elegible para un programa del gobierno.
- Es crucial que los solicitantes cooperen con la necesidad de UVMHN/PCM de obtener información precisa y detallada dentro de un marco de tiempo razonable. Las solicitudes con información no legible o incompleta se pueden considerar denegadas o devueltas hasta que se pueda obtener toda la información crucial. Las solicitudes deben contener la firma del solicitante o la firma de un representante que actúe en nombre del solicitante (es decir, un poder notarial).

### **Período de solicitud**

El UVMHN/PMC procesará todas las solicitudes completas que hayan entregado las personas durante el período de solicitud, que comienza en la fecha en la que se presenta la factura del saldo de atención al paciente y termina 240 días después. Si al final del período de notificación de 120 días una cuenta se remitió a una agencia de cobranzas y se recibe una solicitud y se entrega dentro del período de solicitud de 240 días, la cuenta deberá recuperarse de la agencia y se procesará de conformidad con el programa de asistencia financiera.

### **Esfuerzos razonables:**

El UVMHN/PMC hará todos los esfuerzos razonables por dar notificación a los pacientes sobre el programa de asistencia financiera antes de transferir los saldos a cobranzas.

### **Asistencia financiera catastrófica**

El director de servicios financieros del paciente, junto con la alta gerencia, puede revisar y determinar si proceden descuentos adicionales en caso de una enfermedad catastrófica, cuando se haya presentado la documentación adecuada y cuando el paciente aún es responsable de un saldo de facturas de Porter Hospital que causa una dificultad excesiva en el núcleo familiar.

### **Relación con las políticas de cobranza**

Porter Hospital ha desarrollado políticas y procedimientos para las prácticas de cobro interno y externo que incluyen acciones que el hospital puede tomar en caso de impago, lo que incluye informarles a las agencias de crédito. Estas políticas de cobranza tienen en cuenta la medida en que un paciente califica para asistencia financiera, el esfuerzo del paciente al solicitar un programa gubernamental o asistencia financiera y el esfuerzo del paciente para cumplir con sus acuerdos de pago con Porter Hospital.

Si un paciente solicita asistencia financiera o solicita otra cobertura y coopera con el hospital, el hospital no emprenderá acciones de cobranza hasta que se haya tomado la decisión de que ya no existe una base razonable para creer que el paciente puede calificar para asistencia financiera.

A los pacientes que califican para descuentos de asistencia financiera y que cooperan de buena fe en pagar sus facturas descontadas del hospital, Porter Hospital puede ofrecerles planes de pago extendidos y no enviará las facturas impagas a las agencias de cobranza externas. Sin embargo, el período de solicitud de asistencia financiera finalizará 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta.

Porter Hospital no impondrá acciones de cobranza sin primero hacer los esfuerzos razonables para determinar si ese paciente es elegible para recibir asistencia financiera de conformidad con esta política.

No se realizarán acciones extraordinarias de cobro como embargos de salarios, gravámenes en residencias u otras acciones legales para ningún paciente.

### **Confidencialidad y retención de documentos:**

Toda la información relacionada con solicitudes de asistencia financiera se mantendrá confidencial.

Las solicitudes de asistencia financiera y la documentación de respaldo se conservarán durante 7 años a partir de la fecha de aprobación o denegación para permitir su posterior recuperación y revisión y auditorías.

### **Requisitos regulativos**

Al implementar esta política, Porter Hospital deberá cumplir con todas las leyes y regulaciones federales, estatales y locales que puedan aplicarse a actividades realizadas en conformidad con esta política.

## DEFINICIONES:

Para los propósitos de esta política, los siguientes términos se definen de la siguiente manera:

- **AGB:** Monto generalmente facturado a los pagadores de seguros por los servicios prestados. El método "de actualización" se utiliza para calcular el AGB, y refleja una combinación de las reclamaciones totalmente adjudicadas para honorarios por servicios de Medicare.
- **Deuda incobrable:** los cargos en los que incurre un paciente que, de acuerdo con la información financiera disponible, parece tener los recursos financieros para pagar los servicios de salud cargados, pero que ha demostrado con sus acciones que no está dispuesto a pagar la factura.
- **Familia:** Según la definición de la Agencia de Censos, un grupo de dos o más personas que residen juntas y están relacionadas por nacimiento, matrimonio, unión civil o adopción.
- **Ingreso familiar:** Según la definición de la Agencia de Censos, los siguientes ingresos se utilizan al calcular las pautas federales de pobreza:
  - Incluye ganancias, compensación por desempleo, compensación del trabajador, beneficios del Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios de sobrevivientes, ingreso por pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos por patrimonios, fideicomisos, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia que proviene fuera del grupo familiar y otras fuentes diferentes.
  - No se cuentan los beneficios que no son en efectivo, como cupones de alimentos y subsidios de vivienda.
  - Excluye ganancias o pérdidas de capital.
  - Se determina sobre el ingreso bruto ajustado.
  - Se determina sobre los ingresos y activos de pacientes individuales.
  - No incluye personas no dependientes que residan en su núcleo familiar. Puede incluir a estudiantes dependientes (menores de 21 años) que se reflejan como dependientes en sus declaraciones de impuestos federales.
- **Ingreso de las pautas federales de pobreza:** El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos actualiza las pautas de pobreza periódicamente en el Registro Federal.
- **Cargos brutos:** Los cargos totales completos a las tarifas establecidas antes de aplicarse las deducciones.
- **Médicamente necesario:** Según la definición de Medicare, los servicios o elementos razonablemente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión. (NO incluye servicios quirúrgicos electivos).
- **Activos monetarios:** Activos que se pueden convertir en efectivo rápidamente con poca o ninguna pérdida de valor.
- **Persona con seguro insuficiente:** Quien tiene algún tipo de seguro o asistencia de terceros, pero tiene pagos de su propio bolsillo que exceden su capacidad financiera.
- **No asegurado:** Quien no tiene ninguna clase de seguro o asistencia de terceros para ayudar a cumplir con las obligaciones de pago.

APROBADO POR: LA JUNTA DE UVMHN/PMC

APROBADO: Septiembre de 2019

**Departamentos, consultorios y médicos que están cubiertos por la escala móvil de tarifas financieras de la Red de Salud de UVM/Porter Medical Center.**

1. Red de salud de UVM/Porter Medical Center  
Atención primaria – Middlebury  
82 Catamount Drive, Middlebury, VT 05753 (802)-388-7185
2. Red de salud de UVM/Porter Medical Center  
Atención primaria – Brandon  
61 Court Drive Brandon, VT 05733 (802)-247-3755
3. Red de salud de UVM/Porter Medical Center  
Otorrinolaringología  
116 Porter Drive Middlebury, VT 05753 (802)-388-7037
4. Red de salud de UVM/Porter Medical Center  
Atención primaria Vergennes  
10 North Street Vergennes, VT 05491 (802)-877-3466
5. Red de salud de UVM/Porter Medical Center  
Atención primaria pediátrica  
1330 Exchange Street Suite 201 Middlebury, VT 05753 (802)-388-7959
6. Red de salud de UVM/Porter Medical Center  
Cardiología  
115 Porter Drive Middlebury, VT 05753 (802)-382-3443
7. Red de salud de UVM/Porter Medical Center  
Salud de la mujer  
116 Porter Drive Middlebury, VT 05753 (802)-388-6326
8. Red de salud de UVM/Porter Medical Center  
Ortopedia  
1436 Exchange Street Middlebury, VT 05753 (802)388-3194
9. Red de salud de UVM/Porter Medical Center  
Podología  
76 Court Street Middlebury, VT 05753 (802)-388-1200
10. Red de salud de UVM/Porter Medical Center  
Atención exprés  
44 Collins Drive, Middlebury, VT 05753
11. Red de salud de UVM/Porter Medical Center  
Cirugía general  
116 Porter Drive, Middlebury, VT 05753 (802)388-9708
12. Red de salud de UVM/Porter Medical Center  
Cargos de centros y médicos de atención hospitalaria  
Sala de emergencias y médicos  
Cargos de centros quirúrgicos  
Cargos por rehabilitación física

**Los departamentos, consultorios y médicos que pueden brindar asistencia de uno de nuestros afiliados de la red de acuerdo con sus pautas para la escala móvil de tarifas financieras son:**

- Red de Salud de UVM  
Central Vermont Medical Center  
130 Fisher Road, Berlin, VT 05602
- Red de Salud de UVM  
Champlain Valley Physician's Hospital  
75 Beekman Street, Plattsburgh, NY 12901
- Red de Salud de UVM  
Alice Hyde Medical Center  
133 Park Street, Malone, NY 12953
- Red de Salud de UVM  
Elizabethtown Community Hospital  
75 Park Street, Elizabethtown, NY 12932
- University of Vermont Medical Center  
111 Colchester Ave, Burlington VT 05401

**Departamentos, consultorios y médicos que NO están cubiertos por la escala móvil de tarifas financieras de la Red de Salud de UVM/Porter Medical Center. (Puede recibir facturas separadas por estos servicios)**

1. Middlebury Eye Associates Inc.
2. Eye Care Associates
3. Rainbow Pediatrics
4. Middlebury College Parton Health Center
5. Mountain Health Center
6. Middlebury Family Health
7. Helen Porter Nursing Home
8. Champlain Valley Hematology & Oncology
9. Rutland Heart Center
10. Pediatría del desarrollo/la conducta
11. Maple View Oral and Maxillofacial Surgery
12. Cirugía plástica en Burlington
13. Middlebury Dental Group
14. Vermont Spine Works & Rehabilitation
15. Counseling Service of Addison County