

Política de Ayuda Financiera

Esta política se aplica a la atención al paciente en estos lugares:

- Centro Médico UVA Health Culpeper (CPMC)
- Centro Médico UVA Health Haymarket (HAMC)
- Centro Médico UVA Health Prince William (PWMC)
- Servicios Médicos UVACH
- Centro Oncológico UVA Health Gainesville

POLÍTICA

La política de los Servicios Médicos de UVA (UVACH), que incluye el Centro Médico UVA Health Culpeper (CPMC), Centro Médico UVA Health Haymarket (HAMC), Centro Médico UVA Health Prince William (PWMC), Servicios Médicos UVACH y Centro Oncológico UVA Health Gainesville, es garantizar el acceso a los servicios médicos necesarios para todos. UVACH trata a todos los pacientes, asegurados o no, con dignidad, respeto y compasión a lo largo de los procesos de admisión, prestación de servicios, alta, facturación y cobro. Esta política se ha redactado con la intención de satisfacer los requisitos de la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986, en su versión modificada, en relación con las políticas de asistencia financiera y atención médica de emergencia, las limitaciones en los cargos a personas elegibles para recibir asistencia financiera y los esfuerzos razonables de facturación y cobro, y debe interpretarse en consecuencia.

COBERTURA

Esta política debe ser utilizada por todos los centros de cuidados intensivos de UVACH y no cubre los procedimientos electivos.

DEFINICIONES

Importes Generalmente Facturados (AGB por sus siglas en inglés): Los importes generalmente facturados se refieren a los importes generalmente cobrados a los pacientes por servicios de urgencia y médicamente necesarios que tienen un seguro para dichos servicios. Los gastos de los pacientes que puedan optar a una ayuda económica se limitarán como máximo a los importes generalmente facturados ("AGB") por dichos servicios. Estos cargos se basan en los importes medios permitidos por Medicare y los pagadores comerciales para urgencias y otros cuidados médicamente necesarios. Las cantidades permitidas incluyen tanto la cantidad que pagará el asegurador como la cantidad, si la hubiera, que el individuo es personalmente responsable de pagar. Los AGB de CPMC, PWMC y HAMC se calculan utilizando el método retrospectivo según 26 CFR §1.501(r). Para más información sobre el descuento AGB, véase el APÉNDICE A.

Activos - El valor total de lo que posee, incluidas las cuentas bancarias y de jubilación, la vivienda, el coche, etc. Además, los activos contables incluyen el valor liquidado de la tierra (incluidas las tierras de cultivo), la equidad en vehículos recreativos, barcos, segunda residencia, etc. Los activos incluidos en la fórmula para la consideración de la ayuda financiera serán la cantidad inferior a 50.000 dólares.

Deuda Incobrable - Cancelación de las Cuentas Por Cobrar como incobrables, pero que sigue considerándose un saldo pendiente adeudado.

Cosmético - Cirugías cuyo objetivo principal es mejorar la apariencia.

Hospital de Partes Desproporcionadas (DSH): Un hospital que atiende a un elevado número de pacientes con bajos ingresos y recibe pagos de los Centros de Servicios de Medicaid y Medicare para cubrir los costos de la atención a pacientes sin seguro.

Servicios Elegibles - Los servicios prestados por los centros UVACH que son elegibles en virtud de esta política de asistencia financiera incluirán:

- Servicios médicos de urgencia prestados en un servicio de urgencias
- Servicios médicos no electivos prestados en respuesta a circunstancias que ponen en peligro la vida en un entorno hospitalario que no sea una sala de urgencias.
- Servicios médicamente necesarios

Afección Médica de Urgencia: Una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) como para que una persona prudente, con conocimientos medios de salud y medicina, pueda razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata provoque:

- Peligro grave para la salud de la persona o, en el caso de una mujer embarazada, para la salud de la mujer o del feto.
- Deterioro grave de las funciones corporales
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo

Acciones Extraordinarias de Cobro (AEC): Acciones emprendidas por un centro hospitalario contra un particular relacionadas con la obtención del pago de una factura por servicios cubiertos por el programa de asistencia financiera del centro.

Ingresos Familiares: Ingresos brutos en efectivo o equivalentes ganados por una persona o proporcionados a ésta. Los elementos que no se consideran ingresos son las prestaciones no monetarias y las ayudas públicas, como los subsidios alimentarios y de vivienda y las ayudas a la educación.

Pautas Federales de Pobreza - El nivel federal de pobreza es utilizado por el gobierno de Estados Unidos para definir el nivel de pobreza de un paciente y su familia a efectos de esta Política. Se basa en los ingresos anuales en efectivo de una familia, en lugar de su riqueza total, el consumo anual, o su propia evaluación de bienestar. Las directrices de pobreza son actualizadas anualmente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos en vigor en el momento de dicha determinación.

Tarifa Plana - Tarifa predeterminada para determinados servicios que los pacientes eligen y que el paciente abona en el momento de la prestación.

Garante - Paciente, cuidador o entidad responsable del pago de una factura médica.

Cabeza de Familia- La persona que figura en la declaración de impuestos como "Cabeza de Familia".

Sin Hogar - Persona sin vivienda permanente que puede vivir en la calle; alojarse en

un refugio, misión, edificio abandonado o vehículo; o en cualquier otra situación inestable o no permanente. Se puede considerar que una persona no tiene hogar si se aloja en casa de una serie de amigos y/o familiares durante más de 90 días.

Miembros de la Familia ("Dependientes"): personas "residentes" en el hogar que se declaran en la declaración de impuestos del cabeza de familia.

Medical Eligibility Vendor/Medical Assistance Advocacy (Proveedor de Elegibilidad Médica/Defensor de Asistencia Médica) - Proveedor de defensa contratado por UVACH para seleccionar pacientes para programas gubernamentales y asistencia financiera de UVACH.

Servicios Médicamente Necesarios: Servicios médicos necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, dolencia o sus síntomas y que cumplen las normas aceptadas de la medicina. En cualquiera de esas circunstancias, si la afección produce síntomas debilitantes o efectos secundarios, también se considera médicamente necesario tratarla.

Servicios no Subvencionables: Los siguientes servicios médicos no son subvencionables en virtud de esta póliza:

- Servicios prestados como consecuencia de un accidente. Estos cargos están sujetos a todos los instrumentos legales requeridos para asegurar el pago de responsabilidad de terceros, incluso si estos instrumentos se presentan después de que se haya aprobado la elegibilidad inicial para el Programa de Asistencia Financiera al Paciente. Si existe cobertura de terceros, UVACH cobrará el saldo adeudado al tercero pagador. En caso de que quede un saldo pendiente después del seguro, el paciente podrá solicitar asistencia financiera. Los pacientes asegurados que están dentro del umbral de ingresos y recursos (en o por debajo del 400% de las Pautas de Pobreza y activos en o por debajo de \$50,000), pueden solicitar asistencia financiera siempre y cuando no entre en conflicto con un contrato entre la compañía de seguros y UVACH.
- Procedimientos electivos no necesarios desde el punto de vista médico, como procedimientos cosméticos y de tarifa plana, y pacientes con seguro que deciden no utilizar su seguro, equipos médicos duraderos, atención domiciliaria y medicamentos con receta.

Requisitos Reglamentarios

Al aplicar esta política, UVACH cumplirá todas las demás leyes, normas y reglamentos federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas en virtud de esta política.

PROCEDIMIENTO

La razón de ser de este procedimiento es que las pruebas de UVACH identifican a las personas y a los miembros de sus familias que pueden reunir los requisitos para participar en programas de seguro médico federales, estatales o locales o en el Programa de Asistencia Financiera al Paciente ("FAP") de UVA Community Health. La aplicación de esta política a cualquier paciente individual está supeditada a la cumplimentación satisfactoria de la solicitud de asistencia financiera con toda la documentación necesaria. Todo paciente que se niegue a cumplimentar satisfactoriamente la solicitud de asistencia financiera, incluida la documentación

justificativa, notendrá derecho a recibir asistencia financiera en virtud de esta política (siempre que el paciente haya recibido las notificaciones exigidas por la normativa en virtud del artículo 501(r)). UVACH no podrá denegar la asistencia financiera en virtud de su FAP basándose en que el solicitante no haya facilitado información o documentación, a menos que dicha información o documentación se describa en la FAP o en el formulario de solicitud de la FAP. Consulte el APÉNDICE B para obtener información sobre cómo los pacientes pueden obtener una solicitud de asistencia financiera.

UVACH proporcionará, sin discriminación, atención para condiciones médicas de emergencia y/otrabajo de parto a individuos sin importar si son elegibles para FAP. UVACH no emprenderá ninguna acción que pueda disuadir a las personas de buscar atención médica de emergencia y cuenta con una política EMTALA que prohíbe cualquier demora en el examen o tratamiento con el fin de preguntar sobre el seguro o el estado de pago de un paciente. La política EMTALA de UVACH también establece procedimientos para aceptar traslados apropiados de pacientes con afecciones médicas de emergencia procedentes de otros centros.

UVACH espera que todos los pacientes sean examinados para los programas de seguro federales, estatales o locales antes de ser examinados para el FAP de UVACH. Debido a que el FAP no es un sustituto de la responsabilidad personal, se espera que las personas que buscan FA a través del Programa cooperen con los procedimientos de UVACH para determinar la elegibilidad y contribuyan al costo de los servicios en la medida de su capacidad individual. Se espera que los pacientes proporcionen información adecuada y oportuna a UVACH para obtener asistencia financiera. Se animará a las personas con capacidad financiera para contratar un seguro médico a que lo hagan, como medio de garantizar el acceso a servicios médico más amplios y para su salud personal en general. Si un paciente opta por no facturar a su seguro un determinado procedimiento o fecha de servicio, esa visita no podrá optar a la FAP.

En determinadas situaciones, la legislación estatal aplicable puede imponer obligaciones adicionales o diferentes a los centros hospitalarios de dichos estados. La intención de esta política es satisfacer tanto los requisitos de la legislación federal como los de la estatal en dichos estados. Por consiguiente, algunas disposiciones sólo son aplicables en determinados estados, como se indica a continuación.

Criterios de Elegibilidad

UVACH presta servicios médico primarios a cualquier persona que los solicite y no excluye, deniega prestaciones ni discrimina de ningún otro modo a ninguna persona por su incapacidad para pagarlos, independientemente de que el pago de dichos servicios se efectúe en virtud de los siguientes criterios

Medicare, Medicaid o CHIP; la raza, el color, el sexo, la nacionalidad, la discapacidad, la religión, la edad, la orientación sexual o la identidad de género de la persona.

Importes Cobrados a los Pacientes

La FAP proporciona un 100% de asistencia financiera para Servicios Elegibles a pacientes no asegurados y asegurados con un ingreso familiar bruto anual igual o inferior al 200% de las actuales Directrices Federales de Pobreza (FPG) ajustadas anualmente y activos iguales o inferiores a 50.000 dólares según lo establecido y definido en esta política. UVACH también ofrece una tarifa con descuento a los pacientes cuyos ingresos familiares brutos se sitúen entre el 201% y el 400% del FPL y con activos iguales o inferiores a 50.000 dólares. (APÉNDICE C).

AGB

A una persona elegible para la FAP no se le cobrará más que el AGB por atención

de emergencia u otra atención médicamente necesaria. El AGB de UVACH se ajusta anualmente al mercado y se basa en el método retrospectivo que utiliza las tarifas de Medicare y comerciales, incluidos los copagos y las franquicias (APÉNDICE D). UVACH también ofrece un descuento por pago por cuenta propia a los pacientes no asegurados que no reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera.

Período de Admisibilidad

Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera hasta 240 días después de la fecha del primer extracto de facturación. Si al paciente se le aprueba la asistencia financiera, su cobertura será válida durante 5 años antes y 365 días después de la fecha de firma de la solicitud. Los pacientes aprobados para recibir asistencia financiera que regresen para recibir servicios durante su plazo de aprobación de 240 días serán evaluados para los programas de seguro de salud federales, estatales o locales en cada visita. El programa de asistencia financiera de UVACH no es un seguro.

Proveedores Participantes

Ciertos servicios de atención médicamente necesaria y de emergencia son prestados por proveedores que no son empleados de UVACH, que pueden facturar por separado los servicios médicos y que pueden no haber adoptado esta política de asistencia financiera. Consulte el APÉNDICE E para obtener detalles sobre la lista completa de proveedores que prestan atención de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria y que no han adoptado el programa de asistencia financiera de UVACH.

DIRECTRICES DE PROCEDIMIENTO

Véanse las directrices de procedimiento en el Apéndice F.

Esta política ha sido aprobada por el Consejo de Administración de UVACH.

Para más información sobre facturación y cobros, consulte nuestra Política de facturación y cobros.

Título: Asistencia Financiera	Fecha:	03/01/2022
	Sustituye a la Versión Fechada:	06/23/2022
Categoría: SYS.MIS.FAP	Página 1 de 12	Aprobado por: UVACH Inc. Junta

ANEXO A

Centro Médico UVA Health Culpeper (CPMC) Descuento AGB

Para más información sobre el descuento AGB, llame al servicio de atención al cliente: 540-829-4320 o 540-829-4330 (llamada local).

Centro Médico UVA Health Haymarket AGB Descuento

Para más información sobre el descuento AGB, llame al Centro Médico UVA Haymarket (HAMC): 571-284-1517

Centro Médico UVA Health Prince William (PWMC): Descuento AGB

Para más información sobre el descuento AGB, llame al Centro Médico Prince William de la UVA (PWMC): 703-369-8020

ANEXO B

OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LA AYUDA FINANCIERA

Los pacientes pueden obtener una solicitud de asistencia financiera en <https://uvahealth.com/services/billing-insurance/financial-assistance-eligibility>, en un registro o con un asesor financiero ubicado en uno de nuestros centros hospitalarios, llamando al servicio de atención al cliente a los siguientes números:

Centro Médico UVA Health Culpeper (CPMC): 540-829-4320 o 540-829-4330

(Local) Centro Médico UVAHealth Haymarket (HAMC): 571-284-1517

Centro Médico UVA Health Prince William (PWMC): 703-369-8020

ANEXO C

CENTRO MÉDICO UVA HEALTH CULPEPER (CPMC) PORCENTAJES DE AJUSTE

	Activos	<=200% FPL	201%-300% FPL	301%-400% FPL
Descuento	<=\$50,000	100%	85%	75%

CENTRO MÉDICO UVA HEALTH HAYMARKET (HAMC) PORCENTAJES DE AJUSTE

	Activos	<=200% FPL	201%-300% FPL	301%-400% FPL
Descuento	<=\$50,000	100%	85%	75

CENTRO MÉDICO UVA HEALTH PRINCE WILLIAM (PWMC) PORCENTAJES DE AJUSTE

	Activos	<=200% FPL	201%-300% FPL	301%-400% FPL
Descuento	<=\$50,000	100%	85%	75%

SERVICIOS MÉDICOS UVACH PORCENTAJES DE AJUSTE

	Activos	<=200% FPL	201%-300% FPL	301%-400% FPL
Descuento	<=\$50,000	100%	85%	75%

ANEXO D
IMPORTES GENERALMENTE FACTURADOS

	AGB
CENTRO MÉDICO UVAHEALTH CULPEPER (CPMC)	31.6%
CENTRO MÉDICO UVA HEALTH HAYMARKET (HAMC)	27.0%
CENTRO MÉDICO UVA HEALTH PRINCE WILLIAM (PWMC)	32.9%

ANEXO E

Proveedores Participantes

Si desea consultar la lista completa de médicos que prestan atención de urgencia u otro tipo de atención médicamente necesaria y que no han adoptado el programa de asistencia financiera de UVACH, visite: [https://uvahealth.com/services/billing-insurance/financial-assistance-information.](https://uvahealth.com/services/billing-insurance/financial-assistance-information)

ANEXO F

DIRECTRICES DE PROCEDIMIENTO

Estas directrices se proporcionan para ayudar al personal a cumplir los objetivos de esta política. Al tiempo que sigue estas directrices de procedimiento, se espera que el personal ejerza su juicio dentro de su ámbito de práctica y/o responsabilidades laborales.

Proceso de Elegibilidad

El siguiente proceso se utilizará para determinar la elegibilidad para la ayuda financiera:

- El paciente u otro representante designado rellena y firma una solicitud. El objetivo de la solicitud es registrar los datos necesarios para verificar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.
- Pueden utilizarse fuentes de datos externas para proporcionar información sobre la capacidad de pago de un paciente o de su garante (como la calificación crediticia).
- Los pacientes deben tener un saldo de cuenta o un servicio programado con UVACH antes de solicitar asistencia financiera. La elegibilidad puede determinarse en cualquier momento durante el ciclo de ingresos.
- Los pacientes que se nieguen a participar y cooperar con nuestros proveedores de elegibilidad médica no podrán optar a la ayuda económica prevista en esta política.
- Se notificará por correo al solicitante de ayuda financiera si se necesita información adicional. En la carta se aconsejará al solicitante que devuelva la información en un plazo de 30 días laborables a partir de la recepción de la carta. Si la información solicitada no se recibe en el plazo de 30 días hábiles, no se realizará ninguna actividad adicional en relación con la solicitud de ayuda financiera del solicitante.
- Las solicitudes de asistencia financiera se tramitarán con prontitud y UVACH hará esfuerzos razonables para notificar al paciente la aprobación o denegación dentro de los 14 días siguientes a la recepción de toda la información requerida para completar la solicitud.

Verificación de Ingresos, Bienes y Recursos

Los siguientes documentos pueden utilizarse para verificar los ingresos de la familia:

- Declaraciones completas de impuestos de la unidad familiar del paciente correspondientes al año natural más reciente.
- Si el paciente trabaja por cuenta propia, una copia del último estado financiero

trimestral de la empresa del paciente junto con la declaración de impuestos de la empresa del año anterior y la declaración de impuestos individual del paciente.

- Los tres últimos recibos de sueldo o una declaración de la empresa
- Carta actual de prestaciones por desempleo o indemnización por accidente laboral en la que conste la denegación o el derecho a percibir las y la cuantía percibida.
- Carta actual del Seguro Social, carta de notificación de incapacidad, o extracto bancario completo para los depósitos directos de la Seguridad Social.
- Estado de pensiones actual
- Carta SNAP
- Documento judicial o carta del progenitor no custodio indicando el importe de la pensión alimenticia recibida
- Contrato de alquiler o documentación que acredite los ingresos brutos por alquiler
- Documentación que enumere el valor de las acciones, bonos, certificados de depósito, cuentas de ahorro para la salud (HSA) o cualquier otra propiedad que el paciente pueda poseer.
- Copia completa de cualquier cuenta corriente, de ahorro o del mercado monetario

Se evaluarán otros ingresos o recursos patrimoniales, incluidos los recursos procedentes de cuentas de ahorro, cuentas corrientes y cuentas de jubilación, así como certificados de depósito (CD). Se evaluarán las cuentas de ahorro para la salud (HSA) y se exigirá que todo el dinero disponible se utilice en gastos de atención médica antes de conceder cualquier ayuda económica. Se solicitará una copia de los extractos bancarios de todos los miembros de la unidad familiar. Si el solicitante no ha proporcionado esta documentación, UVACH le enviará una carta solicitando información adicional. Si aún así no se proporciona la documentación, se denegará la ayuda financiera.

A pesar de que la prueba de ingresos se solicita para la consideración del Programa de Asistencia Financiera al Paciente, algunas regulaciones del Sistema Local DSH pueden requerir prueba de ingresos. Dichas normativas se tratarán caso por caso para garantizar el cumplimiento de los programas DSH del sistema local.

Comunicación del Programa de Asistencia Financiera

UVACH se esforzará razonablemente por garantizar que la información sobre nuestro programa y su disponibilidad se comunique claramente y se ponga ampliamente a disposición del público.

Las personas pueden obtener una copia de nuestra Solicitud y Política de Asistencia Financiera en (**where this Policy is uploaded is the address we should use**). UVACH también proporcionará la dirección del sitio web a cualquier individuo que lo solicite. Las personas también pueden obtener y recibir asistencia para completar la Solicitud de Asistencia Financiera en cualquiera de nuestras áreas de registro, asesores financieros u oficinas de caja. Los asesores financieros o las oficinas del cajero se encuentran en las zonas de registro de pacientes. Las personas pueden pasar por cualquiera de nuestros mostradores de información situados en cada hospital para pedir ayuda para localizar a los asesores financieros o las cajas. Las personas pueden obtener



una copia gratuita por correo de nuestra Solicitud y Política de Asistencia Financiera llamando a nuestro departamento de atención al cliente del CPMCal 540-829-4320 o 540-829-4330 (Local). El departamento de servicio al cliente de PWMC y HAMC puede ser alcanzado en 703-369- 8020 (PWMC) o 571-284-1517 (HAMC).