

<b>PRAIRIE RIDGE SALUD, INC.</b>		
<b>ASUNTO:</b> Programa de Atención Comunitaria (Programa de Atención Comunitaria)	<b>SECCIÓN:</b> Tabla	<b>POLÍTICA#:</b>
<input type="checkbox"/> NUEVA POLÍTICA <input checked="" type="checkbox"/> POLÍTICA ACTUALIZADA (Reemplaza las políticas de las fechas: 4/00, 11/01, 1/02, 12/02, 5/04, 5/05, 5/06, 5/07, 2/09, 12/11, 11/15, 9/30/16, 9/30/17, 9/30/18, 5/8/19, 10/19, 2/6/20)		
<b>ESCRITO POR:</b> Melissa Mangan <b>FIRMA:</b> <b>TÍTULO:</b> Vicepresidente de Finanzas/CFO	<b>APPROVED POR:</b> Jennifer Homman <b>FIRMA:</b> <b>TÍTULO:</b> Presidente, Consejo de Administración <b>APROBADO POR:</b> John Russell <b>FIRMA:</b> <b>TÍTULO:</b> Presidente/CEO	
<b>FECHA DE EMISIÓN:</b> 4 de febrero de 2021	<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:</b> 4 de febrero de 2021	

**Aprobado por el Consejo de Administración: 2 febrero, 2021**

**FINALIDAD:**

La misión de Prairie Ridge Health, Inc. (PRH) es "al construir relaciones afectuosas con aquellos a quienes servimos, guiamos el viaje hacia la salud y el bienestar". El Programa de Cuidado Comunitario de PRH está destinado a ayudar a las personas y familias que experimentarían dificultades extremas mientras cumplen con su obligación financiera completa con la organización. El propósito de esta política es definir y establecer pautas para el Programa de Atención Comunitaria.

**POLÍTICA:**

PRH se compromete a brindar atención comunitaria a las personas que tienen necesidades de atención médica y que no tienen seguro, tienen un seguro insuficiente, no son elegibles para un programa gubernamental o no pueden pagar la atención médicamente necesaria en función de su situación financiera individual y que se ajustan a las pautas establecidas por PRH para la elegibilidad. Cuando es elegible, la totalidad o una parte de la deuda del paciente con PRH se perdona y se registra como Atención Comunitaria. PRH se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de atención médica no les impida buscar o recibir atención. PRH proporcionará, sin discriminación, atención médica de emergencia a las personas, independientemente de su elegibilidad para recibir asistencia financiera o asistencia gubernamental. Además, de acuerdo con la política del Plan de Detección Médica, Estabilización y Transferencia de PRH, no se producirá ningún retraso en la evaluación médica para preguntar sobre el método de pago y / o el estado del seguro.

En consecuencia, esta política escrita:

- Incluye criterios de elegibilidad para la asistencia financiera: atención gratuita y con descuento (comunidad comunitaria parcial)

- Describa el método por el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera.
- Describir cómo una persona puede calificar para la presunta elegibilidad de asistencia financiera
- Describa la base para calcular los montos cobrados a los pacientes elegibles para asistencia financiera bajo esta política
- Limita los montos que PRH cobrará por emergencias u otros cuidados médicamente necesarios proporcionados a las personas elegibles para asistencia financiera a los montos generalmente facturados (recibidos por) PRH para pacientes cubiertos por Medicare, Medicaid y todos los asegurados de salud privados.
- Describir cómo PRH dará amplia publicidad a la política dentro de la comunidad atendida por PRH
- Describir la relación del Programa de Atención Comunitaria con los principios de recolección de PRH
- Describir los cargos por servicios médicos elegibles y no elegibles para descuentos bajo el Programa de Atención Comunitaria

El cuidado comunitario no se considera un sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de PRH para obtener atención comunitaria u otras formas de pago o asistencia financiera, y que contribuyan al costo de su atención en función de su capacidad individual de pago. Se alentará 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 de la salud, para su salud personal general y para la protección de sus activos individuales.

Con el fin de administrar sus recursos de manera responsable y permitir que PRH brinde el nivel adecuado de asistencia al mayor número de personas necesitadas, la Junta Directiva establece las siguientes pautas para la prestación de Atención Comunitaria.

#### **DEFINICIONES:**

Montos generalmente facturados (AGB): Los montos facturados a aquellos elegibles para asistencia financiera no excederán los montos generalmente facturados a personas que tienen seguro que cubre emergencias u otra atención médicamente necesaria. PRH utiliza el método de retrospectiva para determinar el porcentaje de AGB, que se calcula multiplicando los cargos brutos por cualquier emergencia u otra atención médicamente necesaria que brinda a aquellos elegibles para asistencia financiera por un porcentaje de AGB del 44%. Este porcentaje de AGB se basa en todos los montos permitidos por Medicare, Medicaid y las aseguradoras de salud privadas divididos por los cargos brutos asociados durante el período más reciente de doce meses que finaliza el 31<sup>de</sup> diciembre.

Período desolicitud: Plazo para solicitar la atención comunitaria comenzando con la fecha en que se proporciona la atención y terminando no antes de doscientos cuarenta (240) días después de la fecha de la primera factura posterior al alta.

Atención comunitaria: La atención comunitaria es el resultado de la política de PRH de proporcionar servicios de atención médica gratuitos o con descuento de hasta el 100% del saldo de la cuenta (s) a las personas que cumplen con los criterios establecidos.

Familia: Usando la definición de la Oficina del Censo, un grupo de dos o más personas que residen juntas que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las reglas del Servicio de Impuestos Internos, si el paciente declara a alguien como dependiente en su declaración de impuestos, puede ser considerado como dependiente a los efectos de proporcionar asistencia financiera.

Ingresofamiliar: El ingreso familiar se determina utilizando la definición de la Oficina del Censo, que utiliza los siguientes ingresos al calcular las pautas federales de pobreza:

- Incluye todos los salarios, incluidos los diferenciales de horas extras y turnos o fines de semana, compensación por desempleo, compensación de trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobrevivientes, ingresos de pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de patrimonios, fideicomisos, asistencia educativa,
- Los beneficios no monetarios (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan.
- Determinado sobre una base antes de impuestos.
- Excluye las ganancias o pérdidas de capital; y
- Si una persona vive con una familia, incluye los ingresos de todos los miembros de la familia.

Sin seguro: El paciente no tiene seguro ni asistencia de terceros para ayudarlo a cumplir con sus obligaciones financieras.

Subaseguro: El paciente tiene algún seguro o asistencia de terceros, pero aún tiene gastos de bolsillo que exceden sus capacidades financieras.

Cargosbrutos: Los cargos totales a las tarifas completas establecidas de la organización para la prestación de servicios de atención al paciente antes de que se apliquen las deducciones de los ingresos.

Condiciones médicas de emergencia: Definidas en el sentido de la sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395dd).

Indigencia médica: Pacientes que, a pesar de sus ingresos, tienen un bajo nivel de activos líquidos, por lo que pagar sus facturas médicas sería muy perjudicial para su bienestar financiero básico y supervivencia.

Médicamente necesario: Según lo definido por Medicare (servicios razonables o artículos necesarios para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones).

## **PROCEDIMIENTO:**

### Servicios elegibles bajo esta Política

A los efectos de esta política, "Atención comunitaria" o "asistencia financiera" se refiere a los servicios de atención médica proporcionados por PRH sin cargo o con un descuento para los pacientes que califican. Los siguientes servicios de atención médica son elegibles para la atención comunitaria:

- Servicios médicos de emergencia proporcionados en un entorno de sala de emergencias.
- Servicios para una condición que, si no se trata con prontitud, conduciría a un cambio adverso en el estado de salud de un individuo.
- Servicios no electivos proporcionados en respuesta a circunstancias que amenazan la vida en un entorno que no es una sala de emergencias; y
- Servicios médicamente necesarios.

Los servicios que no siguen los criterios anteriores no son elegibles.

### Elegibilidad para la atención comunitaria

La elegibilidad para la atención comunitaria se considerará para aquellas personas que no tienen seguro, tienen un seguro insuficiente, no son elegibles para ningún programa de beneficios de atención médica del gobierno y que no pueden pagar por su atención, según una determinación de necesidad financiera de acuerdo con esta política. La concesión de la Atención Comunitaria se basará en una determinación individualizada de la necesidad financiera, y no tendrá en cuenta la edad, el sexo, la raza, la condición social o de inmigrante, la orientación sexual o la afiliación religiosa.

Todas las demás fuentes de financiación deben haber sido solicitadas, denegadas y/o agotadas. Cualquier cuenta pendiente de elegibilidad por otra fuente de pago no será elegible hasta que se haya recibido una denegación.

### Método por el cual los pacientes pueden solicitar atención comunitaria

1. La necesidad financiera se determinará de acuerdo con los procedimientos que requieren una evaluación individual de la necesidad financiera; y puede
  - Incluir un proceso de solicitud, en el que se requiere que el paciente o el garante del paciente cooperen y proporcionen información y documentación personal, financiera y de otro tipo relevante para determinar la necesidad financiera;
    - i. Para obtener ayuda con el proceso de solicitud o para la presentación del formulario de solicitud de Atención Comunitaria con documentación de respaldo, las consultas pueden dirigirse a:  
Consejero Financiero del Paciente Prairie Ridge Health, Inc.

1515 Park Avenue  
Colón, WI 53925-2402  
Teléfono: 920-623-2200  
Línea gratuita: 800-549-7511

Correo electrónico: [PFS@prairieridge.health](mailto:PFS@prairieridge.health)

Fax: 920-623-1508

- ii. Las solicitudes se pueden obtener en persona en la dirección indicada anteriormente, comunicándose con un Asesor Financiero del Paciente y solicitando una copia enviada por correo, correo electrónico o fax, o visitando [www.prairieridge.health/patient-billing/community-care](http://www.prairieridge.health/patient-billing/community-care) y descargando la solicitud. Las solicitudes se proporcionarán a cualquier solicitud de forma gratuita.
  - iii. La documentación de respaldo incluye copias de los dos (2) recibos de pago más recientes para todas las fuentes de ingresos familiares, una copia de la declaración de impuestos federales más reciente y el formulario de solicitud de Community Care completado, que enumera a los miembros de la familia, las fuentes de ingresos y los gastos. No se denegará community care por no proporcionar documentación no mencionada anteriormente.
    - Incluir el uso de fuentes de datos externas disponibles públicamente que proporcionen información sobre la capacidad de pago de un paciente o del garante del paciente;
    - Incluir esfuerzos razonables por parte de PRH para explorar fuentes alternativas apropiadas de pago y cobertura de programas de pago públicos y privados, y ayudar a los pacientes a solicitar dichos programas;
    - Tenga en cuenta los activos disponibles del paciente y todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, como se indica en la Solicitud de atención comunitaria; y
    - Incluya una revisión de las cuentas por cobrar pendientes del paciente por servicios anteriores prestados y el historial de pagos del paciente.
2. Se prefiere, pero no se requiere, que se presente una solicitud de atención comunitaria y una determinación de la necesidad financiera antes de la prestación de servicios médicamente necesarios no emergentes. Sin embargo, la determinación puede hacerse en cualquier momento del período de solicitud. La necesidad de asistencia financiera se reevaluará en cada momento posterior de los servicios, o en cualquier momento se conozca información adicional relevante para la elegibilidad del paciente para la atención comunitaria. Todas las cuentas por cobrar pendientes que no se hayan escrito previamente a una agencia de cobro se considerarán elegibles para la solicitud de Community Care.
3. Los valores de PRH de dignidad humana y administración se reflejarán en el proceso de solicitud, la determinación de la necesidad financiera y la concesión de Community Care. La solicitud de atención comunitaria se procesará con prontitud y PRH notificará al paciente o solicitante por escrito dentro de los 14 días posteriores a la recepción de una solicitud completa.

#### Elegibilidad de asistencia financiera presunta

Hay casos en que un paciente puede parecer elegible para los descuentos de Community Care, pero no hay un formulario de asistencia financiera en el archivo debido a la falta de documentación de respaldo. A menudo hay información adecuada proporcionada por el paciente o a través de otras fuentes, que podría servir como evidencia suficiente para proporcionar asistencia de atención comunitaria al paciente. En el caso de que no haya evidencia que respalde la elegibilidad de un paciente para la atención comunitaria, PRH puede usar agencias externas para determinar los montos de ingresos estimados con el fin de determinar la elegibilidad para la atención comunitaria y posibles descuentos. Una vez determinado, debido a la naturaleza inherente de las supuestas circunstancias, el único descuento que se puede otorgar es una cancelación del 100% del saldo de la cuenta.

La presunta elegibilidad puede determinarse sobre la base de las circunstancias de vida individuales, que pueden incluir:

1. Personas sin hogar o recibió atención de una clínica gratuita o sin hogar
2. El paciente ha fallecido sin patrimonio conocido.
3. Cuentas incobrables por exoneración del deudor por concurso de acreedores.
4. Todas las fechas de servicio caen dentro de los 30 días anteriores a cuando un paciente ha sido aprobado para asistencia médica;
5. La cobertura de asistencia médica fuera del estado no está contratada con PRH o figura como sin fondos disponibles.
6. Calificación para el tratamiento bajo el Memorando de Entendimiento entre Columbia County Health and Human Services y PRH

#### Criterios de elegibilidad e importes cobrados a los pacientes

Los pacientes que se registren como no asegurados recibirán automáticamente un descuento para reducir los cargos brutos por el descuento no asegurado. Además, esta política será elegible para ponerse a disposición del paciente en una escala de tarifas móvil, de acuerdo con la necesidad financiera, según se determine en referencia a los Niveles de Pobreza Federal (FPL) vigentes en el momento de la determinación. Una vez que PRH ha determinado que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera, ese paciente no recibirá facturas futuras basadas en montos no contados generalmente facturados. La base de los montos que PRH cobrará a los pacientes que califiquen para asistencia financiera es la siguiente:

1. Los pacientes cuyos ingresos familiares son iguales o inferiores al 200% del FPL son elegibles para recibir atención gratuita.
2. Los pacientes cuyos ingresos familiares son superiores al 200% pero no más del 400% del FPL son elegibles para recibir servicios por montos no mayores que los montos generalmente facturados; y
3. Los pacientes cuyos ingresos familiares son el 400% del FPL pueden ser elegibles para recibir tarifas con descuento caso por caso en función de sus circunstancias específicas, como enfermedades catastróficas o indigencia médica, a discreción de PRH. sin embargo, las tarifas con descuento no serán mayores que los montos generalmente facturados (recibidos por PRH para) pacientes cubiertos por Medicare, Medicaid y todas las aseguradoras de salud privadas.

4. Elcale deslizante utilizado y los porcentajes de descuento son los siguientes:

<b>Los ingresos como porcentaje de las Pautas Federales de Obrerismo son</b>	<b>Descuento \$1 – 1000</b>	<b>Descuento Cantidad más que \$ 1,001 a 3,500</b>	<b>Descuento Cantidad más que \$3,501 a 10,000</b>	<b>Descuento Cantidad más que US\$ 10,000</b>
400% o más	0%	0%	0%	0%
351% - 400%	56%	56%	65%	100%
301% - 350%	56%	60%	80%	100%
251% - 300%	60%	70%	90%	100%
201% - 250%	70%	85%	95%	100%
200% o menos	100%	100%	100%	100%

Comunicación del Programa de Atención Comunitaria a los Pacientes y dentro de la Comunidad

La notificación sobre la atención comunitaria disponible en PRH, que incluirá un número de teléfono de contacto, será difundida por PRH por varios medios, que pueden incluir, entre otros, la publicación de avisos en las facturas de los pacientes y mediante la publicación de avisos en las áreas de acceso de pacientes, y en otros lugares públicos que PRH pueda elegir. PRH también publicará y publicará ampliamente un resumen de esta política de atención comunitaria en el sitio web de la instalación, en los folletos disponibles en los sitios de las áreas de acceso al paciente y en otros lugares dentro de la comunidad atendida por PRH según PRH pueda elegir. Dichos avisos e información resumida se proporcionarán en los idiomas primarios hablados por la población atendida por PRH. La derivación de pacientes para atención comunitaria puede ser realizada por cualquier miembro del personal o personal médico de PRH, incluidos médicos, enfermeras, asesores financieros, trabajadores sociales y administradores de casos.

Relación con las políticas de cobro

La administración de PRH ha desarrollado políticas y procedimientos para las prácticas de cobro internas y externas (incluidas las acciones que PRH puede tomar en caso de falta de pago, incluidas las acciones de cobro y la presentación de informes a las agencias de crédito) que tienen en cuenta la medida en que el paciente califica para community care, el esfuerzo de buena fe de un paciente para solicitar un programa gubernamental o PRH Community Care, y el esfuerzo de buena fe de un paciente para cumplir con sus ACUERDOS DE PAGO con PRH. Para los pacientes que califican para Community Care y que cooperan de buena fe para resolver sus facturas de PRH con descuento, PRH puede ofrecer planes de pago extendidos, sin enviar facturas impagas a agencias de cobro de terceros, y cesará todos los esfuerzos de cobro. PRH no impondrá acciones extraordinarias de cobro como embargos salariales; Gravámenes sobre la atención primaria u otras acciones legales para cualquier paciente sin hacer primero esfuerzos razonables como se describe en la política de

Principios de Cobro de PRH para determinar si ese paciente es elegible para la Atención Comunitaria bajo esta política de asistencia financiera. Además, PRH deberá, si procede:

1. Validar que el paciente debe facturas impagas y que todas las fuentes de pago de terceros han sido identificadas y facturadas por el hospital;
2. Documentar que PRH ha ofrecido o intentado ofrecer al paciente la oportunidad de solicitar atención comunitaria de conformidad con esta política y que el paciente no ha cumplido con los requisitos de solicitud del hospital; y
3. Documente que al paciente se le ha ofrecido un plan de pago pero no ha cumplido con los términos de ese plan.

Las acciones que PRH puede tomar en caso de impago se describen en la política de Principios de Cobro. Las copias de esta política están disponibles de forma gratuita y se pueden obtener en persona en:

Consejero Financiero del Paciente  
Prairie Ridge Salud, Inc.  
1515 Park Avenue  
Colón, WI 53925-2402  
Teléfono: 920-623-2200  
Línea gratuita: 800-549-7511  
Correo electrónico: [PFS@prairieridge.health](mailto:PFS@prairieridge.health)  
Fax: 920-623-1508

O poniéndose en contacto con un asesor financiero del paciente y solicitando una copia por correo, correo electrónico o fax, o visitando [www.prairieridge.health/patient-billing/community-care](http://www.prairieridge.health/patient-billing/community-care) y descargando la póliza.

#### Profesionales incluidos/excluidos del programa de atención comunitaria

Los servicios profesionales médicos y otros profesionales cuyos cargos son elegibles para el descuento bajo el Programa de Atención Comunitaria son todos y cada uno de los profesionales que han asignado su facturación a Prairie Ridge Health, Inc., incluyendo, pero no limitado a:

- Todos los profesionales empleados o están bajo contrato para proporcionar servicios en cualquier ubicación de Prairie Ridge Health, Inc., Columbia Anesthesia LLC, Madison Emergency Physicians y cirujanos contratados que actúan como médicos de locum tenens physicians.

Los servicios médicos cuyos cargos no son elegibles para el descuento bajo el Programa de Atención Comunitaria incluyen, entre otros.

- Madison Radiologists, University of Wisconsin Medical Foundation for Pathology services y médicos empleados por las siguientes clínicas locales: SSM Health Dean Medical Group, Poser Clinic y Vita Park Eye Associates – Beaver Dam Eye Clinic.

#### Requisitos reglamentarios

Al implementar esta política, PRH cumplirá con todas las demás leyes, reglas y regulaciones federales, estatales y locales que puedan pertenecer a las actividades realizadas de conformidad con esta política.

#### Administración del Programa de Atención Comunitaria

El Programa de Atención Comunitaria se llevará a cabo de conformidad con la política de administración de atención comunitaria.

#### **Referencias**

Cobro de Obligaciones Financieras del Garante

Principios de colección

Administración de Atención Comunitaria

Plan de estabilización y transferencia de exámenes médicos

Referencias a la Agencia de Cobranza

Descuento para no asegurados