

**LAST REVISION MADE ON:** 03/18/25  
**LAST COMPLETE REVIEW:** 03/18/25  
**PAGE:** 1 of 6  
**ATTACHMENT(S):**

**TÍTULO:** Programa de Asistencia Financiera de Holland Hospital

**POLÍTICA:**

Holland Hospital provee servicios de atención médica de emergencia y médicamente necesarios, independientemente de la edad, el sexo, el origen cultural, la movilidad física o la capacidad de pago. Todas las políticas y prácticas de facturación y cobro reflejarán la misión y los valores de Holland Hospital. Holland Hospital brinda atención para afecciones médicas a las personas, sin discriminación e independientemente de la elegibilidad para recibir asistencia financiera.

**PÓLIZA DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:**

Holland Hospital brindará atención para condiciones médicas de emergencia a las personas, independientemente de si son elegibles para recibir asistencia financiera. Una condición médica de emergencia se define como una condición que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad, incluido el dolor intenso, de modo que se podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resulte en poner la salud del individuo (o la salud de un niño por nacer) en grave peligro, deterioro grave de las funciones corporales o disfunción grave de los órganos corporales.

**PROPÓSITO:**

Esta política está destinada a satisfacer los requisitos de la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas, según enmendado, que impone ciertos requisitos a los hospitales con respecto a la asistencia financiera, las limitaciones de cargos y las actividades de facturación y cobros.

Definir y establecer pautas mediante las cuales Holland Hospital brindará asistencia financiera a aquellos residentes dentro de nuestra área de servicio que no puedan pagar los servicios de salud médicamente necesarios en nuestras instalaciones sin fines de lucro. Se pueden hacer excepciones para los empleados actuales de Holland Hospital y sus dependientes u otros pacientes que necesiten atención médicamente necesaria.

**RESPONSABILIDAD/ALCANCE:**

Todos los servicios y ubicaciones del Hospital.

**DISPONIBILIDAD DEL CONTENIDO DE LA PÓLIZA:**

La información relacionada con la política de Asistencia Financiera está disponible:

- a. En línea en el sitio web del Hospital Holland: [hollandhospital.org](http://hollandhospital.org)
- b. Llamando a los Defensores Financieros del Paciente al (616) 394-3626
- c. En el estado de cuenta
- d. Cualquier personal de acceso al paciente por comunicación verbal o
  - Tarjeta de presentación de información financiera
  - Folleto/póster de asistencia financiera

Holland Hospital hará todos los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera, y puede tomar las siguientes medidas para publicitar ampliamente la póliza a sus pacientes y a la comunidad, incluidas, entre otras:

- a. Publicar la póliza en el sitio web del Hospital.
- b. Consultando la política de asistencia financiera sobre los estados de cuenta.
- c. Publicar la oportunidad de asistencia financiera en la sala de espera de emergencia y en las oficinas de admisión, junto con cómo comunicarse y solicitar una copia de la póliza.

**LAST REVISION MADE ON:** 03/18/25  
**LAST COMPLETE REVIEW:** 03/18/25  
**PAGE:** 2 of 6  
**ATTACHMENT(S):**

- d. Consultando la póliza y la oportunidad de asistencia financiera al registrarse.
- e. Proporcionar la póliza cuando la solicite.
- f. Hacer referencia a la política y oportunidad de asistencia financiera en folletos y otras comunicaciones.

**MÉTODOS PARA SOLICITAR LA ASISTENCIA:**

Los pacientes pueden presentar una solicitud en persona o por teléfono. El paciente también puede acceder a [www.hollandhospital.org](http://www.hollandhospital.org) para descargar una copia de la aplicación. La solicitud completa, incluida toda la documentación de respaldo, puede enviarse por correo electrónico a: [billing@hollandhospital.org](mailto:billing@hollandhospital.org), por fax al 616-494-4079 o dejarse en persona en la Oficina del Cajero en el campus principal del hospital, ubicado en: 602 Michigan Avenue, Holland, MI 49423. La solicitud y toda la documentación de respaldo también pueden enviarse por correo a Patient Financial Services, 602 Michigan Ave., Holland, MI 49423. Los pacientes tienen 240 días a partir de la fecha de su primer estado de cuenta para solicitar asistencia financiera.

**CALIFICACIONES:**

Holland Hospital o un defensor financiero designado del paciente proporcionará la evaluación inicial para determinar si un paciente no puede pagar los servicios prestados. De acuerdo con EMTALA, todas las instalaciones de Holland Hospital aplicables proporcionarán un examen médico adecuado a cualquier persona, independientemente de su capacidad de pago, que solicite tratamiento para una posible afección médica de emergencia. Si, después de un examen médico adecuado, el personal de Holland Hospital determina que la persona tiene una condición médica de emergencia, Holland Hospital proporcionará los servicios, dentro de la capacidad de la instalación, necesarios para estabilizar la condición médica de emergencia de la persona, o efectuará un traslado apropiado según lo definido por EMTALA. La política de Holland Hospital es proporcionar atención de emergencia y médicamente necesaria sin fines de lucro a los pacientes, sin distinción de raza, credo o capacidad de pago. Además, Holland Hospital no permite acciones que desalienten a las personas a buscar atención médica.

Los pacientes que no puedan cumplir con la política de pago de Holland Hospital serán evaluados para determinar si cumplen con los criterios básicos de asistencia financiera o si se determina que son presuntamente elegibles. El defensor financiero del paciente de Holland Hospital completará una evaluación financiera cuando se determine que un paciente no tiene seguro médico o tiene un seguro médico insuficiente y no cumple con los requisitos para ninguno de los programas de Medicaid disponibles, incluido Healthy Michigan. Las cuentas que no califican para ninguno de los programas pueden procesarse utilizando una herramienta automatizada de elección de Holland Hospital para verificar los ingresos, el tamaño del hogar, la capacidad de pago y/o el Nivel Federal de Pobreza (FPL). En todos los demás casos, se le pedirá al paciente que complete una solicitud de asistencia financiera y proporcione la información requerida. Los activos del solicitante no pueden exceder el nivel aceptado por Medicaid, excepto por lo siguiente:

Los niveles mínimos de activos protegidos serán los siguientes:

- a. \$2,000 para una sola persona
- b. \$3,000 para una pareja
- c. \$200.00 por cada depende adicional. (Depende: menor de 18 años)

Las Solicitudes de Asistencia Financiera están disponibles para todos los pacientes que las soliciten. Con la solicitud se debe presentar la siguiente información:

- a. Comprobante de residencia en el área de servicio de Holland Hospital (copia de la licencia de conducir, tarjeta de identificación de Michigan o copia de la factura de servicios públicos que muestre la dirección y el nombre del paciente).
  - i. Se pueden hacer excepciones a los pacientes que buscan atención médica urgente necesaria.
  - ii. Se pueden hacer excepciones para los pacientes que reciben recetas de farmacia para pacientes ambulatorios.
- b. Fuentes de ingresos.
- c. Activos que incluyen:
  - i. Estados de cuenta bancarios: los dos meses más recientes.
  - ii. Mercados monetarios

**LAST REVISION MADE ON:** 03/18/25**LAST COMPLETE REVIEW:** 03/18/25**PAGE:** 3 of 6**ATTACHMENT(S):**

- iii. Cuentas de Ahorros para la Salud y Gastos Flexibles
  - iv. Cuentas de jubilación (los planes de jubilación patrocinados por el empleador y las cuentas IRA quedarán a discreción del departamento de Apoyo Financiero al Paciente)
  - v. Acciones/Cuentas de Inversión
  - vi. Otro
- d. Declaraciones de impuestos más recientes para solicitantes que trabajan por cuenta propia o tienen ingresos de alquiler/granja.
  - e. Comprobantes de pago: los 30 días anteriores.
  - f. Si está desempleado, carta de apoyo de la persona que está ayudando al paciente con los gastos de manutención.
  - g. Documentación de activos adicionales que se consideran por encima de las pautas de Medicaid, como botes, segundos vehículos, segundas viviendas, casas rodantes, vehículos recreativos, etc.

Las recetas para pacientes ambulatorios que califican a través del programa de beneficios de farmacia del NCPDP (Consejo Nacional de Programas de Medicamentos con Recetas) que se están considerando para recibir asistencia financiera, deben provenir de un proveedor acreditado de Holland Hospital para ser elegibles. Nos reservamos el derecho de determinar la elegibilidad de los medicamentos recetados para la consideración de asistencia financiera en los casos en que una receta no provenga de un médico acreditado de Holland Hospital.

**NECESIDAD MÉDICA:**

Los servicios elegibles para recibir asistencia financiera serán aquellos que Medicare considere médicamente necesarios, lo que se define como servicios o suministros de atención médica necesarios para diagnosticar o tratar enfermedades, lesiones, una afección, enfermedad o sus síntomas y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina, que, si no se tratan, representarían una amenaza para el estado de salud continuo del paciente. Los servicios que sean cosméticos o que no sean médicamente necesarios por naturaleza no se considerarán para asistencia financiera ni para ningún descuento de pago por cuenta propia o sin seguro médico. Los servicios de farmacia con receta para pacientes ambulatorios también están excluidos de la asistencia financiera bajo esta política. Cualquier servicio proporcionado debido a una actividad ilegal no se considerará para recibir asistencia financiera.

**PARTICIPACIÓN:**

El paciente debe solicitar Medicaid o un Programa de Atención Médica Calificado o proporcionar prueba de denegación o exención. (Las reclamaciones de farmacia para pacientes ambulatorios pueden quedar excluidas de este requisito). Un paciente que califica para Medicare también debe inscribirse en los beneficios de la Parte B. Si la Parte B de Medicare cubre el servicio prestado y el paciente no tiene cobertura, no se considerará la asistencia financiera. Si no se proporciona alguna información durante el proceso de solicitud o si el paciente no cumple, el proceso de solicitud se interrumpirá y los saldos del paciente seguirán siendo de pago propio.

**PERÍODO DE ELEGIBILIDAD:**

Los pacientes están cubiertos por la asistencia financiera durante seis (6) meses a partir de la fecha de aprobación de la asistencia financiera original. Si los ingresos o activos cambian dentro de ese período de seis meses, Holland Hospital se reserva el derecho de solicitar una nueva solicitud y verificación. El paciente es responsable de notificar al servicio de atención al cliente cuando se adeuda un nuevo saldo de pago por cuenta propia.

**APELACIONES:**

Las denegaciones pueden ser apeladas por el solicitante por escrito dentro de los 14 días posteriores a la fecha de la carta de denegación. La determinación de la apelación de primer nivel es realizada por el Gerente de Apoyo Financiero al Paciente. La determinación de la apelación de segundo nivel es hecha por el Senior Director of Revenue Cycle y es definitivas.

***LAST REVISION MADE ON:*** 03/18/25  
***LAST COMPLETE REVIEW:*** 03/18/25  
***PAGE:*** 4 of 6  
***ATTACHMENT(S):***

**DETERMINACIÓN:**

La determinación del estado de la asistencia financiera se realizará dentro de los 14 días hábiles siguientes a la recepción de toda la información requerida. Sin embargo, las situaciones más complejas pueden tardar hasta cuatro semanas. Todos los pacientes serán notificados por escrito una vez que se determine el nivel de asistencia financiera.

Los pacientes que se determine que son presuntamente elegibles serán procesados para recibir asistencia financiera sin la necesidad de completar la Solicitud de Asistencia Financiera u otra información adicional del paciente. Holland Hospital no necesita notificar a los pacientes que se determine que califican para recibir asistencia financiera en función de la elegibilidad presunta.

Los pacientes que no tienen seguro médico y que no califican para recibir asistencia financiera pueden comunicarse con el servicio de atención al cliente de Holland Hospital al (616) 394-3122 para analizar las opciones de pago, incluida la disponibilidad de planes de pago.

**CATASTRÓFICO:**

Holland Hospital se reserva el derecho de revisar los casos catastróficos de forma individual mediante la revisión de las facturas médicas y los ingresos de los últimos tres meses. Este programa es para servicios médicamente necesarios para hogares con un ingreso anual superior al 300% del nivel federal de pobreza y una deuda médica excesiva relacionada con los servicios incurridos en Holland Hospital únicamente. La responsabilidad de pago propio requerida del paciente no excederá el 25% del ingreso familiar anual.

**ELEGIBILIDAD PRUNTATIVA:**

Holland Hospital reconoce que no todos los pacientes y garantes pueden completar la Solicitud de Asistencia Financiera o proporcionar la documentación requerida. A discreción de Holland Hospital, y si la documentación impresa no está disponible, los Defensores Financieros del Paciente permitirán la confirmación visual de los verificadores y la documentarán como tal. Los defensores financieros del paciente están disponibles en el hospital para ayudar a cualquier persona que busque asistencia para la solicitud. Para los pacientes y garantes que no pueden proporcionar la documentación requerida, Holland Hospital puede otorgar asistencia financiera presunta basada en información obtenida de otras fuentes. La elegibilidad presunta puede determinarse en función de las circunstancias de la vida individual que pueden incluir:

- Vivienda.
- Mentalmente incapacitados sin nadie que actúe en su nombre.
- Estar inscrito en uno o más programas gubernamentales para personas de bajos ingresos que tengan criterios de elegibilidad iguales o inferiores al 200% de las Pautas Federales de Pobreza
- El paciente ha fallecido sin patrimonio conocido.

Los pacientes que cumplan con cualquiera de los criterios anteriores para la elegibilidad presunta se considerarán elegibles para el 100% de descuento y no se les pedirá ni se les exigirá que presenten una Solicitud de Asistencia Financiera.

**CONFIDENCIALIDAD:**

Holland Hospital entiende que la necesidad de asistencia financiera puede ser un tema delicado para los pacientes. La confidencialidad de la información recopilada se mantendrá para todos los que busquen asistencia financiera de acuerdo con esta Política. Ninguna información obtenida en el proceso de solicitud de asistencia financiera del paciente puede ser divulgada, excepto cuando el paciente lo autorice o lo exija la ley.

**LAST REVISION MADE ON:** 03/18/25  
**LAST COMPLETE REVIEW:** 03/18/25  
**PAGE:** 5 of 6  
**ATTACHMENT(S):**

**CÁLCULO:**

Holland Hospital utilizará una escala móvil de hasta el 300% de las Pautas Federales de Nivel de Pobreza actuales como criterio de elegibilidad para la asistencia financiera. Este baremo se actualizará anualmente.

- a. Los ingresos totales se basarán en los ingresos totales brutos para que coincidan con los criterios de la Directriz Federal de Pobreza, con excepción de los trabajadores por cuenta propia que tendrán su Anexo C Ingresos netos revisados.
- b. La base de los importes cobrados en virtud de esta póliza, excluyendo las recetas de farmacia para pacientes ambulatorios, será:
  - Holland Hospital utilizará el Método Retrospectivo para determinar los Montos Generalmente Facturados (Ver Apéndice B).
  - Se aplicará un descuento para personas sin seguro médico a los cargos brutos de todos los pacientes sin seguro médico, independientemente de la elegibilidad para la asistencia financiera, la elegibilidad para reclamaciones hospitalarias y profesionales. Las recetas de farmacia para pacientes ambulatorios no recibirán un descuento.
  - A los pacientes no se les cobrará más que los montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria proporcionada a personas con seguro médico que reciben atención similar.
  - La base de asistencia financiera será la menor de las siguientes cantidades: 1) Montos Generalmente Facturados (AGB) o 2) el monto adeudado después de pagos y ajustes de otras fuentes, según corresponda.
  - Según el nivel de calificación del paciente, él o ella puede ser elegible para una reducción adicional de acuerdo con la escala móvil a continuación.
  - El resto (si lo hubiera) será responsabilidad del paciente en virtud de esta póliza.

<b>&lt;=225% de las Pautas Federales de Pobreza</b>	<b>226-250% de las Pautas Federales de Pobreza</b>	<b>251-275% de las Pautas Federales de Pobreza</b>	<b>276-300% de las Pautas Federales de Pobreza</b>
<b>Reducción de AGB</b>	<b>Reducción de AGB</b>	<b>Reducción de AGB</b>	<b>Reducción de AGB</b>
<b>Elegible para una reducción del 100% basada en FPL</b>	<b>Reducción adicional del 75% basada en el FPL</b>	<b>50% de reducción adicional basada en FPL</b>	<b>25% de reducción adicional basada en FPL</b>

**PROVEEDORES PARTICIPANTES:**

Consulte el Apéndice A para obtener una lista de los grupos de proveedores participantes.

**ACCIONES QUE SE PUEDEN TOMAR EN CASO DE IMPAGO:**

Las acciones tomadas en caso de impago se describen en la Política de Facturación y Cobros. Esta póliza está disponible de forma gratuita:

- a. En el sitio web del Holland Hospital: [www.hollandhospital.org](http://www.hollandhospital.org)
- b. Llamando a Servicio al Cliente al 616-394-3122.
- c. Previa solicitud en persona en la Oficina del Cajero en el campus principal del hospital:  
602 avenida Michigan.  
Holanda, MI 49423

**CUENTAS EN COBRANZAS:**

Las cuentas que se hayan colocado en una agencia de cobro recibirán la misma consideración para la asistencia financiera que las cuentas corrientes y se ajustarán en consecuencia.

Holland Hospital se reserva el derecho de alterar, enmendar, modificar o eliminar esta política/procedimiento en cualquier momento sin previo aviso



**POLÍTICA 29.2.3.12**

***LAST REVISION MADE ON:*** 03/18/25  
***LAST COMPLETE REVIEW:*** 03/18/25  
***PAGE:*** 6 of 6  
***ATTACHMENT(S):***

***REFERENCIA***      **29.2.3.12 Versión en español, 29.2.3.10 Versión en English,**

***ESCRITO POR:***      Senior Director of Revenue Cycle

***APROBADO***          CFO  
***POR:***                  Consejo de Administración