Sentara®

Política:	Política de ayuda financiera		
División:	Finanzas corporativas	**Fecha original:**	Agosto de 2003
Departamento:	Finanzas corporativas	**Fecha de entrada en vigor de la revisión/modificación:**	1 de enero de 2025 1 de julio de 2025
Categoría:	Cumplimiento	**Adoptado por:**	Las juntas directivas de Sentara Hospitals
Ubicaciones:	Sentara Albemarle Medical Center	**Propietario:**	**Facturación a Pacientes**

Fechas anteriores de revisión/modificación: enero de 2009, marzo de 2013, octubre de 2019, mayo de 2020, febrero de 2021, abril de 2024, julio de 2025

Declaración de la política:

Como parte de la misión de Sentara Health ("Sentara") de mejorar la salud todos los días, Sentara se compromete a brindar servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios a todos los pacientes dentro de sus respectivas comunidades, independientemente de la capacidad del paciente para pagar dichos servicios.

Propósito:

En esta política de ayuda financiera ("Política"), se establece la política que Sentara Albemarle Medical Center debe seguir al hacer lo siguiente: (1) determinar la elegibilidad para recibir ayuda financiera de aquellos pacientes que reciben servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios; (2) calcular los montos cobrados a un paciente elegible para recibir ayuda financiera; (3) facilitar el proceso de solicitud de ayuda financiera por parte del paciente; y (4) determinar si los pacientes son presuntamente elegibles para recibir ayuda financiera. Además, en esta Política se describen las prácticas de facturación y cobro de Sentara Health para los servicios de atención médica, incluidas las medidas que Sentara Albemarle Medical Center adoptará para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir ayuda financiera.

Definiciones:

Montos facturados por lo general (Amounts Generally Billed, AGB): los montos que un centro hospitalario cobra por lo general por servicios de emergencia o servicios médicamente necesarios a las personas cuyo seguro cubre dicha atención médica. Estos montos se determinan según la sección 1.501(r)-5(b) de las Regulaciones del Departamento del Tesoro.

Periodo de solicitud: periodo de tiempo que comienza en la fecha de prestación del servicio y finaliza 240 días después de la presentación del primer estado de cuenta del paciente correspondiente a la fecha de prestación del servicio.

Activos disponibles: el monto total de activos disponibles del hogar, incluido cualquier activo líquido o fijo, para su uso en el pago de la atención médica, incluidos, entre otros, efectivo y equivalentes de efectivo, cuentas bancarias, certificados de depósito, inversiones, cuentas de fideicomiso, automóviles, vehículos recreativos

y otros medios de transporte de ocio, y participación inmobiliaria en bienes inmuebles distintos del lugar de residencia principal. Quedan específicamente excluidos de los activos disponibles el capital de la vivienda principal del solicitante, la fuente principal de transporte, las cuentas de ahorros para la jubilación reconocidas por el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), los activos empresariales y los 3.99 acres de terreno.

Entidad cubierta: Sentara Albemarle Medical Center.

Servicios cubiertos: servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios ofrecidos por una entidad cubierta.

Servicios de emergencia: atención o tratamiento brindado por una entidad cubierta por una «afección médica de emergencia», según se define dicho término en la Ley Laboral y de Tratamiento Médico de Emergencia (EMTALA).

EMTALA: Ley Laboral y de Tratamiento Médico de Emergencia (título 42, sección 1395dd del Código de los EE. UU. [U.S.C.]; título 42, sección 489.24 del Código de Regulaciones Federales [C.F.R.]).

Pautas federales de pobreza: pautas federales de pobreza publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. *Visite* http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm para consultar las pautas actuales.

Ayuda financiera: una reducción del monto de los cargos brutos de la entidad cubierta para aquellos pacientes que sean elegibles para recibir la ayuda financiera en virtud de esta Política. También puede denominarse “caridad”, “atención caritativa” o “asistencia caritativa” y es sinónimo de dichos términos a efectos de información financiera, información reglamentaria y cumplimiento.

Cargos brutos: precio íntegro establecido por una entidad cubierta para los servicios de atención médica que cobra a los pacientes de forma sistemática y constante antes de aplicar cualquier descuento, asignación o deducción contractual.

HITECH: Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica de 2009. De acuerdo con la sección 13405 del Subtítulo D de la Ley HITECH (título 42 del USC 17935), un paciente asegurado puede optar por que su información protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) no se comunique al seguro médico, por lo que el paciente asegurado opta por ser un paciente que paga por cuenta propia y, por lo tanto, es responsable de pagar a través de desembolso directo todos los cargos.

Centro hospitalario: un centro hospitalario operado por Sentara que requiere licencia hospitalaria en virtud del artículo 5, capítulo 131E de los Estatutos Generales de Carolina del Norte.

Organización hospitalaria: una organización reconocida o que pretende ser reconocida como se describe en la sección 501(c)(3) del Código de Impuestos Internos que gestiona uno o más centros hospitalarios.

Ingresos familiares: los ingresos brutos anualizados de un paciente y de todos los miembros del hogar que se declaran en la misma declaración de impuestos federal.

Hijo en el hogar: a los efectos de la presunta elegibilidad, un hijo en el hogar se definirá según el título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), sección 435.603 (f) (3) como un hijo natural, biológico, adoptado o hijastro menor de 19 años que viva en el hogar o, en el caso de un estudiante de tiempo completo, menor de 21 años.

Pacientes asegurados: las personas con cualquier tipo de seguro médico gubernamental, comercial, de atención administrada o privado.

Servicios médicamente necesarios: servicios razonables y necesarios requeridos para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, lesión o afección relacionada con el embarazo que se realizan de acuerdo con los estándares de atención reconocidos en el momento del servicio y que no son principalmente para la conveniencia del paciente o del médico del paciente u otro proveedor de atención médica.

Servicios sin cobertura: servicios de atención médica brindados por la entidad cubierta que no están cubiertos en virtud de esta política. Estos servicios incluyen, entre otros, todos los servicios cosméticos, electivos, de venta al por menor o de paquetes de precios en los que ya se ha aplicado un descuento, servicios con precios solo en efectivo y todos los servicios en los que existe un reclamo de responsabilidad a terceros.

Centro no hospitalario: un centro que no requiere licencia hospitalaria en virtud del artículo 5, capítulo 131E de los Estatutos Generales de Carolina del Norte, que incluye, entre otros, un consultorio médico propiedad de una organización hospitalaria y gestionado por dicha organización.

Emergencia de salud pública (PHE): declaración oficial realizada por la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS), en virtud de la sección 319 de la Ley del Servicio de Salud Pública (Public Health Service, PHS). La declaración puede durar lo que dure la emergencia o 90 días, pero la Secretaría puede extenderla o renovarla por periodos sucesivos de 90 días. Una declaración presidencial de emergencia u orden de catástrofe en virtud de la Ley Stafford también puede acompañar a una PHE, pero no es necesaria para declarar una PHE ni es necesario que el gobernador de un estado declare el estado de emergencia para que se produzca una emergencia de salud pública.

Paciente que paga por cuenta propia: pacientes asegurados que deciden, antes de recibir los servicios cubiertos de la entidad cubierta, no facturar a su seguro un servicio relacionado con la atención médica, tal y como exige la Ley HITECH.

Sentara Bill Pay (SBP): la opción de pago electrónico de facturas de Sentara.

Sentara MyChart: una herramienta que permite un acceso electrónico seguro y conveniente a la información médica personal de un paciente y a su proveedor de atención médica. Con Sentara MyChart, un paciente puede iniciar una solicitud de ayuda financiera, cargar los documentos de apoyo y enviarla a Sentara para su revisión y procesamiento.

Entidad sustancialmente relacionada: con respecto a un centro hospitalario gestionado por una organización hospitalaria, se trata de una entidad considerada como sociedad a efectos fiscales federales en la que la organización hospitalaria posee una participación en el capital o en los beneficios, o una entidad excluida de la que la organización hospitalaria es el único miembro o propietario, que ofrece servicios cubiertos en dicho centro hospitalario.

Reclamos de responsabilidad a terceros: cualquier reclamo que un paciente pueda tener contra otro individuo, aseguradora no médica o entidad responsable de cubrir el costo de los servicios médicos del paciente.

Descuento para pacientes no asegurados y que pagan por cuenta propia: un porcentaje fijo de descuento aplicado a los cargos brutos de la entidad cubierta sobre los servicios cubiertos de pacientes sin seguro y pacientes que pagan por cuenta propia.

Pacientes sin seguro: personas que no tienen ningún tipo de seguro de atención médica (seguro médico gubernamental, comercial, de atención administrada o privado).

Servicios cubiertos:

Solo los servicios cubiertos brindados por Sentara Albemarle Medical Center se consideran atención médica elegible en virtud de esta Política. Los servicios proporcionados por centros no hospitalarios, como consultorios médicos de Albemarle Physician Services, Sentara, Inc. y los servicios sin cobertura, por definición, están específicamente excluidos como un servicio cubierto.

La lista de todos los proveedores, que no sean del propio centro hospitalario, que brindan servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios en cada centro hospitalario y si sus servicios están cubiertos o no en virtud de esta Política se mantiene en un documento aparte que puede obtenerse, de forma gratuita: (1) en las áreas de registro de pacientes de cada centro hospitalario; (2) a través del número de teléfono indicado en esta política; (3) enviando una solicitud por escrito al domicilio indicado en esta póliza; o (4) visitando www.sentara.com/financialassistance.

Descalificación de la ayuda financiera:

La ayuda financiera no está disponible para los pacientes que no cumplan razonablemente con los requisitos aplicables de los pagadores, incluidos, entre otros, la obtención de autorizaciones, remisiones o respuesta a las consultas de las aseguradoras u otros requisitos para la adjudicación de reclamos.

La ayuda financiera no está disponible cuando el paciente dispone de un reclamo de responsabilidad a terceros relacionado. Las excepciones son determinadas por la entidad cubierta correspondiente caso por caso, en función de los hechos y las circunstancias particulares.

Se denegará la ayuda financiera si el paciente o su responsable/garante facilitan información falsa sobre los ingresos familiares, el tamaño del hogar, los activos, los pasivos, los gastos u otros recursos disponibles que puedan indicar la existencia de medios económicos para pagar los servicios cubiertos.

Criterios de elegibilidad y determinación del monto de ayuda financiera:

Los pacientes tienen derecho a solicitar ayuda financiera para pagar los servicios cubiertos en virtud de esta política en cualquier momento durante el plazo para presentar la solicitud. Los ingresos familiares de cada paciente se evalúan en función de los hechos y circunstancias pertinentes, como los ingresos declarados, los activos, los pasivos, los gastos y otros recursos disponibles para el paciente o la parte responsable del paciente, al momento de determinar el nivel de ayuda financiera que un solicitante puede recibir en virtud de esta política.

Los siguientes criterios de ingresos familiares se utilizan para determinar qué monto, en su caso, del saldo pendiente de la cuenta del paciente relacionado con los servicios cubiertos de un paciente se cancelará como ayuda financiera:

- Los pacientes sin seguro con ingresos familiares iguales o inferiores al 300 % de las pautas federales de pobreza vigentes en ese momento son elegibles para recibir una cancelación total del 100 % de los cargos brutos de la entidad cubierta relacionados con los servicios cubiertos conforme a esta política.

- Los pacientes que pagan por cuenta propia con ingresos familiares iguales o inferiores al 300 % de las pautas federales de pobreza vigentes en ese momento son elegibles para recibir una cancelación total del 100 % de los cargos brutos de la entidad cubierta relacionados con los servicios cubiertos conforme a esta política.

- Los pacientes asegurados con ingresos familiares iguales o inferiores al 300 % de las pautas federales de pobreza vigentes en ese momento son elegibles para una cancelación total del 100 % de cualquier saldo restante de responsabilidad del paciente después de que el seguro haya pagado los servicios cubiertos en virtud de esta Política.

- Los pacientes sin seguro y los pacientes que pagan por cuenta propia con un ingreso familiar superior al 300 %, pero igual o inferior al 400 %, de las pautas federales de pobreza vigentes en ese momento cumplen con los requisitos para un descuento del 80 % de los cargos brutos de la entidad cubierta relacionados con los servicios cubiertos por esta política.

- Los pacientes sin seguro y los pacientes que pagan por cuenta propia con ingresos familiares superiores al 400 % de las pautas federales de pobreza vigentes en ese momento no son elegibles para recibir la ayuda financiera conforme a esta Política. Se aplicará un descuento equivalente al 50 % de los gastos brutos del hospital para estos pacientes sin seguro y pacientes que pagan por cuenta propia que están excluidos de la ayuda financiera en virtud de esta Política. Para obtener información adicional, consulte la política de descuentos para pacientes sin seguro y que pagan por cuenta propia.

- Los pacientes asegurados con ingresos familiares superiores al 300 %, pero iguales o inferiores al 400 % de lo establecido por las pautas federales de pobreza vigentes en ese momento son elegibles para un descuento de la cancelación del 80 % de cualquier saldo restante de responsabilidad del paciente después de que el seguro haya pagado los servicios cubiertos en virtud de esta política.

- La ayuda financiera en caso de catástrofe está disponible para los servicios cubiertos para pacientes que no cumplen con los requisitos para recibir atención gratuita o a precio reducido en función de los criterios anteriores, pero que, debido a la naturaleza y el alcance de los servicios brindados, tienen importantes obligaciones financieras relacionadas con la atención de Sentara Health en relación con los ingresos familiares y otros recursos potencialmente disponibles. En tales circunstancias, cuando el monto de responsabilidad del paciente adeudado por los servicios cubiertos supere el 100 % de los ingresos familiares, la entidad cubierta ajustará el saldo de responsabilidad del paciente al 25 % de los ingresos familiares del solicitante.

Se espera que los solicitantes pidan el seguro disponible, incluido Medicaid, antes de solicitar la ayuda financiera. La entidad cubierta ha contratado los servicios de proveedores de elegibilidad de Medicaid para ayudar a los pacientes sin seguro a solicitar programas gubernamentales.La entidad cubierta también utiliza tecnología y otros servicios de proveedores para ayudar a identificar la información del pagador de un paciente cuando dicha información no se comunica a la entidad cubierta durante el proceso de registro del paciente.

De acuerdo con el Programa de Alivio de Deudas Médicas Hospitalarias del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte, la Entidad Cubierta condonará las deudas médicas hospitalarias impagas de pacientes que datan del 1 de enero de 2014, a aquellos con ingresos iguales o inferiores al 350 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL) o cuya deuda total supere el 5 % de sus ingresos anuales. A partir del 1 de julio de 2025, la Entidad Cubierta evaluará a todos los pacientes afiliados a Medicaid para condonar las deudas médicas hospitalarias impagas que datan del 1 de enero de 2014.

Es posible que, durante el periodo de solicitud, se exija a los solicitantes de la ayuda financiera en virtud de esta Política que presenten cualquiera de los siguientes documentos para verificar los ingresos familiares: los tres últimos talones de pago en el momento de la solicitud; la última declaración anual de impuestos federales o el último formulario W-2 en el momento de la solicitud; la verificación del empleador; los documentos de asistencia gubernamental; las cartas de determinación del Seguro Social, de la compensación de trabajadores o de la compensación por desempleo; los extractos bancarios; o cualquier otro documento que demuestre los ingresos familiares y los activos disponibles. Una entidad cubierta también puede utilizar los datos de ingresos, activos, pasivos, gastos y otros recursos de consultas crediticias de terceros y fuentes de datos disponibles públicamente como prueba para determinar y validar los ingresos familiares y los activos disponibles de un solicitante para la elegibilidad de la ayuda financiera en virtud de esta Política.

No se presume que las determinaciones previas de elegibilidad de un paciente con respecto a la ayuda financiera se apliquen a nuevos episodios de atención para ese paciente después de que haya expirado el periodo de aprobación de elegibilidad. Se debe completar una nueva solicitud de ayuda financiera.

Si un paciente cumple con uno de los siguientes criterios no basados en ingresos, se considera que el paciente es presuntamente elegible para recibir ayuda financiera en virtud de esta política; y se cancelará el 100 % del saldo restante del paciente para los servicios cubiertos:

- Falta de vivienda.
- Incapacidad mental sin ninguna persona que actúe en nombre del paciente.
- Inscripción en Medicaid de un paciente o un hijo en el hogar.
- Inscripción en otro tipo de asistencia pública, por ejemplo: Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños o Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria.

Si un paciente no cumple con los criterios no basados en ingresos, se realizará una determinación de presunción mediante consultas de ingresos de terceros y fuentes de datos disponibles públicamente para determinar si un paciente cumple con los requisitos para recibir ayuda financiera en virtud de esta Política. Si estos datos sugieren que los ingresos familiares totales de un paciente asegurado, un paciente sin seguro o un paciente que paga por cuenta propia son iguales o inferiores al 300 % de lo establecido por las pautas federales de pobreza vigentes en ese momento, se cancelará el 100 % del saldo restante del paciente por los servicios cubiertos.

Los pacientes que cumplan con la presunta elegibilidad para recibir ayuda financiera a través de criterios no basados en ingresos y que reciban servicios del Departamento de Emergencias serán notificados sobre la elegibilidad antes de emitir una factura al paciente. En el caso de todos los demás servicios, la notificación de elegibilidad se realizará antes del alta.

Es posible que la elegibilidad de un paciente para recibir ayuda financiera presunta no se aplique a futuros episodios de atención, y la entidad cubierta puede realizar nuevas consultas para evaluar la elegibilidad para cada episodio de atención.

Una vez que se determine que el paciente es elegible para recibir ayuda financiera en virtud de esta Política, no se le cobrará más que el AGB por los servicios cubiertos en virtud de esta Política. El AGB se determina multiplicando los cargos brutos por la prestación de cualquier servicio de emergencia u otros servicios médicamente necesarios por el porcentaje de AGB de la entidad cubierta, que se basa en todos los reclamos permitidos tanto por Medicare como por el seguro médico privado. Se puede obtener gratuitamente una hoja informativa en la que se indica el porcentaje de AGB de la entidad cubierta y cómo se calcula dicho porcentaje: (1) en las áreas de registro de pacientes de cada entidad cubierta; (2) a través del número de teléfono indicado en esta Política; (3) enviando una solicitud por escrito al domicilio que figura en esta Política; o (4) visitando www.sentara.com/financialassistance.

Los pacientes sin seguro y los pacientes que pagan por cuenta propia que no cumplan con los requisitos de elegibilidad para recibir la ayuda financiera conforme a esta Política deben comunicarse con Sentara según se describe en esta Política para determinar si pueden cumplir con los requisitos para recibir los descuentos ofrecidos fuera de esta Política.

Métodos para solicitar u obtener la ayuda financiera:

La solicitud de ayuda financiera está disponible en áreas de registro de pacientes de Sentara Albemarle Medical Center y también se puede descargar gratuitamente de Internet en www.sentara.com/financialassistance. La solicitud de ayuda financiera también puede enviarse de manera gratuita por correo postal a los pacientes que la soliciten por teléfono al 757-233-4600, o enviando una solicitud por escrito al siguiente domicilio:

Sentara Health
ATTN: Financial Coordinator
824 N. Military Hwy, #100
Norfolk, Virginia 23502

Las solicitudes de ayuda financiera completadas, junto con los comprobantes de ingresos familiares y otros documentos acreditativos, deben enviarse por correo al domicilio indicado en esta política, o la solicitud y los documentos acreditativos pueden enviarse a través de Sentara MyChart. Alternativamente, el paciente puede devolver la solicitud completada, junto con la prueba de ingresos familiares y el resto de documentos acreditativos, en cualquier área de registro de pacientes de un centro hospitalario.

Los pacientes que necesiten información adicional acerca de esta política, o que necesiten ayuda con el proceso de solicitud de ayuda financiera, pueden llamar o visitar la ubicación mencionada más arriba de lunes a viernes entre las 8.30 a. m. y las 4.30 p. m. para hablar con un coordinador financiero de Sentara.

Duración de la elegibilidad:

Las determinaciones de elegibilidad aprobadas a través del proceso de solicitud en virtud de esta Política son efectivas para los servicios cubiertos brindados hasta 240 días antes de la fecha de solicitud y para los servicios cubiertos 6 meses después de la fecha de aprobación final o 12 meses completos después de la fecha de aprobación final si el único medio de ingresos familiares del solicitante proviene de una fuente de ingresos fijos verificable, como una pensión o el Seguro Social.

Medidas adoptadas en caso de falta de pago (cobros/deuda incobrable):

El proceso de cobro es el mismo para todos los pacientes asegurados, independientemente del tipo de seguro que tengan, es decir, Medicare, seguro comercial, atención administrada o seguro médico privado. Las medidas de cobro a los pacientes comienzan después de que hayan pagado todos los seguros. Cualquier saldo restante después de que todos los seguros han pagado se considera el monto de responsabilidad del paciente. Sentara intenta cobrar el monto de responsabilidad del paciente a los pacientes asegurados durante un mínimo de 120 días con al menos tres notificaciones de saldo adeudado antes de que la cuenta/visita se convierta en deuda incobrable, momento en el cual la cuenta/visita puede ser asignada al Departamento de Cobranzas de Sentara o a una agencia de cobranzas externa.

Los pacientes sin seguro y los pacientes que pagan por cuenta propia siguen el mismo proceso de cobro que los pacientes asegurados en lo que respecta al monto de responsabilidad del paciente. El Departamento de Cobranzas de Sentara o la agencia de cobranzas realiza al menos tres intentos adicionales durante el siguiente periodo de 120 días para cobrar el monto adeudado por el paciente y esto también cubre el periodo de solicitud para que un paciente solicite la ayuda financiera. Las cuentas con deudas incobrables asignadas a una agencia de cobranzas externa permanecen en la agencia hasta que se pagan o se devuelven a Sentara. Las cuentas devueltas a Sentara pueden recibir medidas de cobro adicionales o Sentara puede elegir, a su propia discreción, suspender todas las medidas de cobro basándose en las circunstancias individuales del paciente.

Sentara hace esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente en cuanto a la ayuda financiera en virtud de esta Política con respecto a los servicios cubiertos antes de emprender esfuerzos de cobros contra el paciente. Estos esfuerzos incluyen notificar a un paciente acerca de esta Política, ayudar a un paciente a remediar una solicitud incompleta de ayuda financiera e informar a un solicitante de la ayuda financiera acerca de la determinación de elegibilidad una vez que se ha recibido una solicitud completa.

Si, después de realizar esfuerzos razonables, se determina que un paciente no cumple con los requisitos para recibir la ayuda financiera conforme a esta Política o no responde a los esfuerzos de la entidad cubierta para obtener la información necesaria a fin de determinar su elegibilidad para recibir la ayuda financiera, la cuenta del paciente puede convertirse en deuda incobrable y la cuenta vencida puede transferirse al Departamento de Cobranzas de Sentara o a una agencia de cobranzas externa. ***Ni la entidad cubierta ni las agencias de cobranzas externas que actúen en su nombre participan en ningún momento en medidas extraordinarias de cobro según se define en la sección 1.501(r)-6(b)(1) de las regulaciones del Departamento del Tesoro de los EE. UU.***

Después de un periodo razonable, una entidad cubierta también tratará de ayudar al paciente a reunir los requisitos de presunta elegibilidad y a cancelar los saldos relacionados con los servicios cubiertos de ese paciente en virtud de esta Política cuando un paciente no brinde información financiera ni información no basada en ingresos o no responda a los intentos de brindar ayuda financiera según criterios no basados en ingresos o datos de informes crediticios que ayuden a determinar los ingresos y la solvencia crediticia. Cuando los datos crediticios sugieren que los ingresos familiares totales de un paciente asegurado, un paciente sin seguro o un paciente que paga por cuenta propia son iguales o inferiores al 300 % de lo establecido por las pautas federales de pobreza vigentes en ese momento, el saldo de la cuenta por los servicios cubiertos de ese paciente se cancelará como presunta ayuda financiera.

Se considera que un paciente es elegible para recibir ayuda financiera presunta para los servicios cubiertos según esta Política y se le puede cancelar el saldo de la cuenta si se considera que el paciente es elegible para Medicaid o tiene cobertura de Medicaid, ha fallecido y no tiene herencia, recibe servicios de atención médica en una clínica gratuita que no pertenece a Sentara, una clínica de Sentara Community Care o un centro de salud con certificación federal (Federally Qualified Health Center, FQHC).

Antes de categorizar las cuentas de los pacientes como deuda incobrable, una entidad cubierta, como parte de su proceso de cobranza de rutina, enviará por correo o pondrá a disposición en Sentara Bill Pay (Sentara Bill Pay, SBP) una serie de no menos de tres comunicaciones de saldos o estados de cuenta de pacientes, y también puede realizar intentos por teléfono para comunicarse con los pacientes. En caso de que el paciente no pague o de que no se llegue a un acuerdo de pago mutuo, la entidad cubierta considerará que la cuenta es una deuda incobrable y podrá adoptar las ECA transcurridos 120 días desde la presentación del primer estado de cuenta posterior al alta del paciente o la primera comunicación de saldo adeudado en Sentara Bill Pay (SBP). El paciente recibirá por correo una serie adicional de tres estados de cuenta cuando la cuenta se encuentre en situación de deuda incobrable. Se evaluará todo monto que quede sin pagar al final de esta segunda serie de estados de cuenta que se envía al paciente con miras al envío posible a una agencia de cobranzas externa.

Los saldos del paciente son elegibles para la evaluación de ayuda financiera durante el periodo de solicitud. A quien solicite ayuda financiera y brinde información incompleta durante el periodo de solicitud se le da un tiempo razonable, según y como lo determine Sentara y en base a hechos y circunstancias particulares, para que responda a la notificación por escrito de la entidad cubierta y entregue la información o la documentación adicional necesaria para finalizar la solicitud.

El director de operaciones del centro de atención al cliente es responsable de determinar que una entidad cubierta ha realizado esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad del paciente para recibir la ayuda financiera en virtud de esta Política.

Excepciones a esta política

El director de operaciones del centro de atención al cliente, el asesor general adjunto, el vicepresidente de Gestión del Ciclo de Ingresos, el vicepresidente sénior de Finanzas Corporativas y el director financiero de Sentara tienen autoridad para otorgar excepciones de elegibilidad y determinación a esta Política caso por caso, según corresponda a los hechos y las circunstancias de un paciente individual. Si se declara una emergencia de salud pública, los líderes de Sentara Health autorizados, caso por caso, para realizar excepciones de elegibilidad y determinación a esta Política pueden modificar de manera temporal los requisitos de elegibilidad y determinación de todos los solicitantes mientras dure la emergencia de salud pública. En ningún caso se le negará ayuda financiera a un paciente si reúne los requisitos establecidos de elegibilidad y determinación con respecto a los servicios cubiertos establecidos en esta Política.