

Propósito

Intermountain Health se compromete a proporcionar asistencia financiera a las personas que tengan necesidades de atención médica y no tengan seguro, tengan seguro insuficiente, no sean elegibles para un programa gubernamental o no puedan pagar la atención médicamente necesaria debido a la situación de su hogar.

Intermountain Health brindará, sin discriminación, atención de afecciones médicas de urgencia a personas independientemente de su capacidad de pago o de su elegibilidad para recibir asistencia financiera o del gobierno.

Se proporcionará asistencia financiera a los pacientes que cumplan con los requisitos del programa y residan dentro de una de las áreas de servicio de Intermountain Health. La asistencia financiera se proporcionará, sin discriminación, a pacientes fuera de las áreas de servicio de Intermountain Health que de otro modo cumplan los requisitos para el programa y que presenten una afección que requiere atención de urgencia crítica, leve o que ponga en peligro su vida.

Intermountain Health usará las Pautas Federales de Pobreza más actuales para determinar la elegibilidad conforme a su política de asistencia financiera. Según esta política, los pacientes que reúnan los requisitos para recibir asistencia financiera pueden recibir atención con descuento total o pagar una tarifa con descuento. Una disposición sobre dificultades médicas amplía la asistencia financiera a los pacientes con ingresos superiores al umbral de elegibilidad para la asistencia financiera y las facturas médicas que superen un porcentaje umbral de los ingresos familiares del paciente.

La asistencia financiera se proporciona a los pacientes, o al garante del paciente, en cumplimiento de la legislación federal, estatal y local. La asistencia financiera se extiende con el requisito de que los pacientes cooperen con los procedimientos de Intermountain Health para solicitar dicha asistencia financiera u otras formas de pago. También deben contribuir al costo de su atención según su capacidad de pago. Se animará a las personas con capacidad económica para contratar un seguro médico a que lo hagan, como forma de garantizar el acceso a los servicios de atención médica, para su salud personal en general. El acceso al seguro o a la cobertura de Medicaid se ha ampliado significativamente mediante los intercambios de atención médica federales y estatales. Se espera que cualquier paciente sin seguro coopere con Intermountain Health para determinar la disponibilidad de Medicaid o cobertura de seguro.

La asistencia financiera estará basada en la necesidad económica y no se tendrá en cuenta la raza, el origen étnico, la religión, el credo, el sexo, la edad, la condición social o migratoria, la orientación sexual ni el tipo de seguro.

Por consiguiente, esta política escrita:

- Incluye criterios de elegibilidad para la asistencia financiera: atención completa o con descuento.
- Describe la base para calcular los importes cobrados a los pacientes que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de esta política.
- Describe el método a través del cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera.
- Describe los métodos que se usarán para difundir ampliamente la política dentro de las comunidades atendidas por Intermountain Health.
- Limita los montos que Intermountain Health cobrará por la atención de urgencia u otra atención médicamente necesaria proporcionada a las personas elegibles para la asistencia financiera. El límite estará basado en la tarifa media generalmente aprobada por Medicare.

Ámbito de aplicación: Esta política se aplica a todas las personas que trabajan para Intermountain Health o en nombre de la empresa. Esta política se aplica a todas las instalaciones hospitalarias, clínicas y médicos empleados de Intermountain Health, incluidos, entre otros:

Colorado

Good Samaritan Hospital, Lutheran Hospital, Platte Valley Hospital, Saint Joseph Hospital y St. Mary's Regional Hospital

Idaho

Cassia Regional Hospital

Montana

Holy Rosary Hospital, St. James Hospital y St. Vincent Regional Hospital

Utah

Alta View Hospital, American Fork Hospital, Bear River Valley Hospital, St George Regional Hospital, Fillmore Community Hospital, LDS Hospital, Layton Hospital, Logan Regional Hospital, McKay-Dee Hospital Center, Orem Community Hospital, Primary Childrens Hospital, Riverton Hospital, Sanpete Valley Hospital, Spanish Fork Hospital, Sevier Valley Hospital, Park City Hospital, Utah Valley Hospital, Cedar City Hospital, Heber Valley Hospital, Intermountain Medical Center y The Orthopedic Specialty Hospital

Con el fin de manejar sus recursos de manera responsable y permitir que Intermountain Health brinde el nivel adecuado de asistencia a las personas que la necesiten, el Consejo Directivo de Intermountain establece las siguientes pautas de asistencia financiera.

Definiciones:

Los siguientes elementos se definen para los fines de esta política:

Asesores financieros: cuidadores que ayudan a los pacientes y/o garantes a tomar buenas decisiones financieras respondiendo preguntas sobre el costo de los servicios de salud, creando planes de pago o identificando otras formas de asistencia financiera.

Asistencia financiera: asistencia proporcionada a pacientes para quienes representaría una dificultad financiera pagar en su totalidad los gastos de bolsillo estimados por servicios médicamente necesarios proporcionados por Intermountain Health y que cumplen con los criterios de elegibilidad para dicha asistencia.

Atención con descuento: asistencia financiera que proporciona atención con descuento a pacientes elegibles cuyos ingresos familiares anualizados se encuentran entre el 250 % y el 500 % de las pautas federales de pobreza. Este tipo de asistencia financiera exime al paciente de su obligación financiera, a excepción de los montos que puedan adeudarse una vez aplicados los descuentos correspondientes por los servicios médicos prestados por Intermountain Healthcare.

Atención con descuento total: una exención del 100 % de la obligación financiera del paciente por los servicios médicos provistos por Intermountain Health. Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente con ingresos familiares anualizados que no superen el 250 % de las pautas federales de pobreza serán elegibles para recibir atención con descuento total.

Atención de urgencia: el diagnóstico y tratamiento de afecciones médicas graves, que pueden suponer una amenaza inmediata para la vida y la salud.

Cola de trabajo (WQ): lista de trabajo o informe interactivo.

Cónyuge sobreviviente: persona que es cónyuge del paciente en el momento de su fallecimiento.

Dificultad médica: asistencia Financiera que proporciona un descuento basado en una escala móvil a pacientes elegibles con ingresos familiares anualizados superiores al 500 % de las pautas federales de pobreza y obligaciones financieras resultantes de los servicios médicos prestados por cualquier entidad o proveedor de Intermountain Health que superen el 25 % de los ingresos familiares anualizados.

Fallecido: la persona que ha fallecido, tal y como se usa en la gestión de su patrimonio, la legalización del testamento y otros procedimientos posteriores al fallecimiento.

Garante: una persona distinta del paciente que es responsable del pago de la factura del paciente.

Gastos brutos: los gastos totales según las tarifas completas establecidas por la organización para la prestación de servicios de atención al paciente antes de aplicar las deducciones por ingresos.

Importes generalmente facturados (AGB): importes generalmente facturados por atención de urgencia u otra atención médicamente necesaria a personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. Los AGB se calculan usando el "método retroactivo" de conformidad con §1.501(r)-5(b). (Los AGB excluyen el grupo médico y la asistencia a domicilio).

Médicamente necesario: según la definición de Medicare, servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

Nivel federal de pobreza (FPL): pautas actualizadas y publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos que definen la elegibilidad financiera para ciertos programas y beneficios federales.

Paciente con seguro insuficiente: una persona con cobertura de seguro privado o público para quien representaría una dificultad financiera pagar en su totalidad los gastos de bolsillo estimados por servicios médicos proporcionados por Intermountain Health.

Paciente no asegurado: una persona que no tiene cobertura de terceros por parte de una aseguradora comercial, un plan ERISA, un programa federal de asistencia médica (incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), indemnización laboral u otro tipo de asistencia de terceros para ayudarlo a cumplir con sus obligaciones de pago.

Pautas federales de pobreza: las pautas federales de pobreza son actualizadas anualmente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos de conformidad con la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de Estados Unidos. Las pautas actuales se encuentran en la sección Fuentes primarias a continuación. Intermountain Healthcare actualiza su tabla federal de pobreza anualmente el 1.º de abril.

Persona sin hogar: una persona sin vivienda permanente que puede vivir en la calle; alojarse en un refugio, albergue comunitario, instalaciones de habitación individual, edificio o vehículo abandonado; o en cualquier otra situación inestable o no permanente.

Política:

Servicios elegibles:

Los bienes y servicios elegibles según esta política de asistencia financiera incluyen los siguientes:

1. Servicios médicos de traumatología prestados en un entorno de urgencia. La atención continuará hasta que se haya estabilizado el cuadro clínico del paciente antes de realizar cualquier determinación sobre acuerdos de pago.
2. Servicios para una afección que, si no se trata inmediatamente, daría lugar a un cambio adverso en el estado de salud de un paciente.
3. Servicios no electivos prestados en respuesta a circunstancias que pongan en peligro la vida del paciente en un entorno que no sea una sala de urgencias.
4. Otros servicios médicamente necesarios programados con anticipación y evaluados y aprobados a discreción de Intermountain Health.

Una serie de proveedores participan en la prestación de atención al paciente. Puede encontrar una lista

de los proveedores cubiertos por esta política en el sitio web público, en el archivo adjunto de la sección Materiales secundarios o solicitando una copia por escrito. Los proveedores que no estén cubiertos por esta política pueden tener su propia política de asistencia financiera y requisitos de elegibilidad. Para informarse sobre sus programas, los pacientes deben ponerse en contacto directamente con su proveedor.

Los servicios no elegibles para asistencia financiera incluyen los siguientes:

1. Procedimientos electivos que no sean médicamente necesarios, incluidos, entre otros, los servicios cosméticos. En la sección Materiales secundarios, está disponible una lista de servicios excluidos.
2. Otros prestadores de atención que no facturan a través de Intermountain Health (por ejemplo, servicios de médicos independientes, enfermería privada, transporte en ambulancia, etc.) Los pacientes deben ponerse en contacto directamente con los prestadores de servicios para informarse sobre la asistencia y negociar acuerdos de pago con estas instituciones.

Criterios de elegibilidad y asistencia

Se considerará la elegibilidad para recibir asistencia financiera para aquellas personas que no tengan seguro, que tengan seguro insuficiente y que no puedan pagar por su atención, sobre la base de una determinación de necesidad financiera de acuerdo con esta política. Al determinar la elegibilidad del paciente, Intermountain Health no tiene en cuenta la raza, el sexo, la edad, la orientación sexual, la afiliación religiosa, la condición social o migratoria, ni la antigüedad de la cuenta del paciente.

Intermountain Health brindará asistencia financiera a los pacientes, o al garante de un paciente, en cumplimiento de las leyes federales, estatales y locales. La asistencia financiera estará basada en la necesidad económica y no tendrá en cuenta la raza, el origen étnico, la religión, el credo, el sexo, la edad, la condición social o migratoria, la orientación sexual ni el tipo de seguro.

Los solicitantes de asistencia financiera son responsables de presentar solicitudes a los programas públicos de cobertura disponibles. Se espera que busquen cobertura de seguro médico público o privado para su atención por parte de Intermountain Health. Se requerirá la cooperación del paciente, o de su garante, para presentar solicitudes a los programas aplicables y las fuentes de financiamiento identificables, incluida la cobertura COBRA (una ley federal que permite una extensión por tiempo limitado de los beneficios de atención médica). Si Intermountain Health determina que la cobertura COBRA es posible, y el paciente no es beneficiario de Medicaid o Medicare, el paciente o su garante deberán proporcionar a Intermountain Health la información necesaria para determinar la prima mensual de COBRA. Se espera que el paciente o su garante cooperen con el personal de Intermountain Health para determinar si califican para la asistencia de primas de COBRA de Intermountain Health, que puede ofrecerse por un tiempo limitado para ayudar a garantizar la cobertura del seguro.

Podrá negarse la asistencia financiera a los pacientes, o a sus garantes, que no cooperen en la presentación de solicitudes a programas que puedan pagar sus servicios de atención médica, como Medicaid. Intermountain Health tomará medidas para ayudar a un paciente o su garante a presentar solicitudes a programas públicos y privados.

De acuerdo con las regulaciones FEDERALES de la LEY DE TRATAMIENTO MÉDICO DE URGENCIA Y TRABAJO DE PARTO ACTIVO (EMTLA), no se hará una evaluación la asistencia

financiera o información

de pago de ningún paciente antes de prestar los servicios en una situación de emergencia.

Atención con descuento total (gratuita): Para los servicios elegibles, se proporcionará atención con descuento total a los pacientes, o a sus garantes, que cumplan con los siguientes criterios:

1. Pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que cumplan otros criterios de elegibilidad y cuyos ingresos familiares anuales no superen el 250 % de las pautas federales de pobreza.
2. Se han agotado todas las demás opciones de pago para el paciente, incluida la cobertura privada, los programas de asistencia médica federales, estatales y locales y otras formas de asistencia proporcionadas por terceros, a menos que lo prohíban las leyes locales, estatales o federales.

Atención con descuento: Para los servicios elegibles, se proporcionará atención con descuento a los pacientes, o a sus garantes, que cumplan con los siguientes criterios:

- Pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que cumplan otros criterios de elegibilidad y cuyos ingresos familiares anualizados sean superiores al 250 % pero inferiores o iguales al 500 % de las pautas federales de pobreza.
- Se han agotado todas las demás opciones de pago para el paciente, incluida la cobertura privada, los programas de asistencia médica federales, estatales y locales y otras formas de asistencia proporcionadas por terceros.

Los descuentos se describen en la Matriz de responsabilidad del paciente de asistencia financiera - Anexo B.

Dificultad médica: Aunque normalmente se proporciona asistencia financiera de acuerdo con los criterios establecidos, se reconoce que ocasionalmente puede existir la necesidad de otorgar ayuda adicional cuando las circunstancias lo justifiquen.

Para los servicios elegibles, se proporcionará atención con descuento a los pacientes, o a sus garantes, que cumplan con los siguientes criterios:

1. El paciente, o el garante del paciente, tiene ingresos familiares anuales superiores al 500 % de las pautas federales de pobreza.
2. El paciente, o el garante del paciente, ha agotado todas las demás opciones de pago, incluida la cobertura privada, los programas de asistencia médica federales, estatales y locales y otras formas de asistencia proporcionadas por terceros.
3. Las obligaciones de desembolso del paciente resultantes de servicios médicos prestados por los proveedores de Intermountain Health superan el 25 % de los ingresos familiares anuales.

El paciente, o el garante del paciente, que cumpla con los criterios de elegibilidad de dificultad médica tendrá sus gastos de Intermountain Health limitados al 25 % de su ingreso familiar anual. Este ajuste de gastos se aplicará para todos los servicios médicos calificados en virtud de esta disposición durante un año calendario.

Descuento para no asegurados: Los pacientes no sean elegibles para recibir asistencia financiera y que no tengan cobertura de terceros para los servicios médicamente necesarios proporcionados por Intermountain Health serán tenidos en cuenta para un descuento según lo cubierto por la Política de descuentos para pacientes de Intermountain Health.

Planes de pago: Se establecerá un plan de pago razonable entre Intermountain Health y el paciente, o el garante del paciente, para cualquier saldo restante después de que se haya descontado el costo de la atención de acuerdo con la política de asistencia financiera.

Servicios médicos de emergencia

Los centros de atención de Intermountain Health proporcionarán a las personas que soliciten atención de urgencia, o a aquellas para las que un representante haya realizado una solicitud si el paciente no puede hacerlo, un examen médico de detección para determinar si existe una afección médica de emergencia.

Los centros de atención de Intermountain Health no demorarán la exploración clínica ni el tratamiento para preguntar sobre los métodos de pago de la cobertura de seguro, ni sobre la ciudadanía o la situación legal del paciente.

Los centros de atención de Intermountain Health tratarán a una persona con una afección médica de urgencia hasta que la afección se resuelva o se estabilice y el paciente pueda cuidarse a sí mismo después del alta o, si no puede, reciba la atención continua necesaria. Se proporcionará atención hospitalaria al mismo nivel para todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Los centros de atención de Intermountain Health no darán de alta a un paciente con una afección médica de urgencia antes de su estabilización si se cancela el seguro del paciente o si se suspende el pago durante el curso de la hospitalización.

Si un hospital de Intermountain Health no tiene la capacidad de tratar la afección médica de urgencia, transferirá al paciente de forma apropiada a otro hospital que pueda hacerlo.

Bases para calcular los importes cobrados a los pacientes

Intermountain Health no cobrará a los pacientes que reúnan los requisitos para recibir asistencia financiera según esta política por atención de urgencia u otra atención médicamente necesaria más que el AGB a las personas que tengan seguro. Las personas pueden solicitar el porcentaje de AGB en vigor en un momento determinado poniéndose en contacto con el Departamento de Asesoramiento Financiero o con la oficina de Facturación mediante los enlaces de contacto de incluidos en la sección de Materiales secundarios a continuación.

Intermountain Health usa un método retroactivo para calcular el porcentaje de AGB al menos una vez al año dividiendo la suma de todos los reclamos que han sido pagados en su totalidad por Medicare y todas las aseguradoras de salud privadas juntas como pagador principal de dichos reclamos durante el periodo anterior de doce (12) meses entre la suma de los gastos brutos asociados con dichos reclamos.

Solicitud de asistencia financiera

La elegibilidad para la asistencia financiera se determinará en función de la política de Intermountain Health y de una evaluación de la necesidad financiera. Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente serán informados de la política de asistencia financiera y del proceso para presentar una solicitud. Los pacientes, o los garantes de los pacientes, tienen la responsabilidad de cooperar en la solicitud de asistencia financiera proporcionando información y documentación sobre el tamaño y los ingresos de la familia.

Intermountain Health primero hará esfuerzos razonables para explicar los beneficios de Medicaid y otros programas públicos y privados disponibles a los pacientes, o a los garantes de los pacientes, y pondrá

a su disposición información sobre esos programas que pueden ofrecer cobertura para los servicios. Intermountain Health tomará medidas para ayudar a los pacientes, o a los garantes de los pacientes, a presentar solicitudes para programas públicos, programas privados y cobertura COBRA para los cuales puedan calificar y que puedan ayudarlos a obtener y pagar los servicios de atención médica. Se espera que los pacientes identificados como potencialmente elegibles presenten solicitudes para dichos programas.

La información sobre la cobertura externa y la política de asistencia financiera de Intermountain Health se comunicará a los pacientes de una manera fácil de entender, culturalmente apropiada y en los idiomas más usados en sus comunidades.

Solicitud y documentación: Todos los solicitantes deben completar el formulario de solicitud de asistencia financiera específico de la región, y es posible que tengan que aportar los documentos requeridos al solicitar la asistencia financiera. La documentación puede incluir lo siguiente:

1. Información sobre los ingresos, como talones de pago recientes, documentación que acredite ingresos por trabajo autónomo, la declaración de ganancias más reciente y extractos bancarios.
2. Detalles de los gastos mensuales (como se indica en el formulario de solicitud de asistencia financiera).
3. Otros documentos de respaldo, como se indica en la política de Intermountain Health y en el formulario de solicitud de asistencia financiera, que pueden ser los siguientes:
 - Carta de negativa de Medicaid, si corresponde
 - Decreto de divorcio, o notificación de separación legal, si corresponde
 - Prueba de defunción, si corresponde. Esto puede demostrarse proporcionando un certificado de defunción, aviso de defunción, aviso de la casa funeraria, etc.
 - Prueba de misión de servicio humanitario, si corresponde
 - Carta de apoyo, si corresponde
 - Extractos de deudas médicas externas si superan los \$ 5000 dólares, si corresponde

- Los criterios de elegibilidad usados en el proceso de evaluación incluyen los ingresos en relación con el nivel federal de pobreza (FPL) establecido anualmente por el Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos en función del tamaño y de los ingresos del hogar.
- Residencia dentro de un área de servicio de Intermountain para servicios hospitalarios no de urgencia o circunstancias que lo justifiquen. Los servicios de traumatología y urgencia prestados en un entorno de emergencias están cubiertos independientemente de la situación de residencia.
- El paciente o el garante deben explorar todas las fuentes de financiamiento disponibles, incluidos los programas de asistencia gubernamentales y privados, antes de solicitar asistencia financiera. Intermountain Health puede ayudar a los pacientes a solicitar asistencia de fuentes ajenas a Intermountain Health.

Presunta elegibilidad

Intermountain Health reconoce que no todos los pacientes, o los garantes de los pacientes, pueden completar la solicitud de asistencia financiera o proporcionar la documentación requerida. Hay asesores financieros disponibles en los centros de atención para ayudar a cualquier persona que requiera asistencia con la solicitud. Para los pacientes, o garantes de pacientes, que no pueden proporcionar la documentación requerida pero cumplen con ciertos criterios de necesidad financiera, Intermountain Health puede otorgar asistencia financiera. En particular, la presunta elegibilidad puede determinarse sobre la base de circunstancias de vida individuales que pueden incluir las siguientes:

1. Programas de medicamentos recetados financiados por el estado.
2. Personas sin hogar o que hayan recibido atención de una clínica para personas sin hogar.
3. Participación en programas para mujeres, bebés y niños (WIC).
4. Elegibilidad para recibir cupones de alimentos.
5. Elegibilidad para el programa de almuerzos escolares subvencionados.
6. Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales sin financiación (por ejemplo, *spend-down* de Medicaid).
7. Se proporciona como dirección válida una vivienda subvencionada/de bajos ingresos.
8. Elegibilidad basada en fuentes de información del sector de la salud (por ejemplo, datos de registros públicos, información socioeconómica, puntajes calculados por el proveedor).

Para los pacientes, o sus garantes, que no respondan al proceso de solicitud de Intermountain Health, pueden usarse otras fuentes de información para hacer una evaluación individual de la necesidad económica. Esta información permitirá a Intermountain Health tomar una decisión fundamentada sobre la necesidad económica de los pacientes que no respondan.

Con el fin de ayudar a los pacientes con necesidades económicas, Intermountain Health puede usar a un tercero para revisar la información de un paciente, o del garante del paciente, para evaluar su necesidad económica. Esta revisión usa un modelo predictivo reconocido por el sector de la salud que está basado en bases de datos de registros públicos. El modelo incorpora datos de registros públicos para calcular un puntaje socioeconómico y de capacidad financiera. El conjunto de reglas del modelo está diseñado para evaluar a cada paciente con los mismos

estándares y se calibra en función de las aprobaciones históricas de asistencia financiera para Intermountain Health. El modelo predictivo permite a Intermountain Health evaluar si un paciente es característico de otros pacientes que históricamente han obtenido asistencia financiera mediante el proceso de solicitud tradicional.

La información del modelo predictivo puede ser usada por Intermountain Health para conceder presunta elegibilidad o relajar algunos de los requisitos de documentación para los pacientes o sus garantes. En los casos en los que no se dispone de información proporcionada directamente por el paciente, y tras los esfuerzos realizados para confirmar la disponibilidad de cobertura, el modelo predictivo ofrece un método sistemático para conceder presunta elegibilidad a los pacientes con necesidades económicas.

En caso de que un paciente no cumpla los requisitos del conjunto de reglas, podrá facilitar la información requerida y ser tenido en cuenta en el proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera.

Pacientes fallecidos: Si el fallecido no está casado, no tiene un patrimonio establecido y cumple los criterios de ajuste, la cuenta se enviará para revisión de ajuste. Para confirmar la situación patrimonial, un representante de la organización benéfica enviará una consulta al condado de residencia del fallecido.

Se incluirán los detalles de la cuenta, reflejando el saldo restante en esta.

Si el fallecido tiene un cónyuge sobreviviente, la ley del estado en el que residía el fallecido determinará si

el saldo pasa a ser responsabilidad del cónyuge sobreviviente o del patrimonio del fallecido. Si el cónyuge sobreviviente es responsable, la cuenta se asignará al cónyuge. El cónyuge sobreviviente puede solicitar asistencia financiera si las leyes estatales determinan que la deuda del fallecido pasa a ser responsabilidad del cónyuge sobreviviente. El cónyuge sobreviviente deberá completar la solicitud de asistencia financiera y aportar la documentación requerida. A continuación, la cuenta se someterá a una revisión de asistencia financiera para determinar la elegibilidad.

Aprobación de asistencia financiera

Las decisiones de asistencia financiera se tomarán de acuerdo con la política aprobada y de una manera que demuestre administración financiera y responsabilidad social. Los ajustes seguirán los niveles establecidos en la política de Intermountain Health.

Calendario para establecer la elegibilidad financiera

La determinación de asistencia financiera puede realizarse durante cualquier etapa de la atención del paciente después de la estabilización de la afección médica o durante el ciclo de cobro. La determinación se hará después de que se hayan agotado todos los esfuerzos para calificar al paciente para otros programas públicos o privados. Si se están buscando otras vías de apoyo financiero, Intermountain Health se comunicará con el paciente, o con el garante del paciente, con

respecto al proceso y al plazo esperado para la determinación y no intentará esfuerzos de cobro mientras se realiza dicha determinación.

Las solicitudes de asistencia financiera se procesarán sin demora e Intermountain Health notificará al paciente o solicitante por escrito en un plazo razonable. Si se aprueba la elegibilidad, se concederá al paciente asistencia financiera durante un periodo de doce meses. La asistencia financiera también se aplicará a todas las cuentas elegibles incurridas por servicios recibidos antes de la fecha de solicitud. Si se le niega asistencia financiera, el paciente o su garante podrán volver a solicitarla siempre que se haya producido un cambio en sus ingresos o en su situación. Será necesario volver a presentar una solicitud de asistencia financiera si han transcurrido más de seis meses desde la negativa inicial.

Notificación sobre asistencia financiera

La información sobre las políticas o programas de Asistencia Financiera está disponible y publicada en todos los sitios web de Intermountain Health. Además, se publicará de forma visible la disponibilidad de asistencia financiera en los departamentos de urgencia, centros de atención de urgencia, áreas de admisión y registro, y otros lugares que Intermountain Health considere apropiados. Los carteles y demás información sobre asistencia financiera estarán disponibles en otros idiomas que representen al menos el 5 % de los pacientes atendidos anualmente por el centro de atención específico.

Además de los métodos indicados anteriormente, las políticas o los resúmenes del programa de asistencia financiera se ponen a disposición de las agencias de salud y servicios humanos de la comunidad y otras organizaciones que prestan ayuda a personas necesitadas. La información sobre asistencia financiera, incluido un número de contacto, se incluirá en las facturas de los pacientes y mediante comunicación oral.

La información sobre asistencia financiera está disponible en los puntos de registro. Se ofrece asesoramiento financiero a los pacientes para ayudarlos a manejar sus facturas de Intermountain Health. Es responsabilidad del paciente o del garante del paciente programar la asistencia con un asesor financiero.

Intermountain Health educa a los cuidadores que trabajan en contacto estrecho con los pacientes (incluidos los que trabajan en registro y admisión de pacientes, asistencia financiera, servicio al cliente, facturación y cobros) sobre las políticas y prácticas de asistencia financiera y cobros. Cualquier cuidador o personal médico de Intermountain Health, incluidos médicos, enfermeras, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos, puede derivar a los pacientes a asistencia financiera.

Apelaciones y resolución de conflictos

Los pacientes pueden solicitar una revisión por parte de Intermountain Health en caso de conflicto sobre la aplicación de esta política de asistencia financiera. Los pacientes a los que se les niegue asistencia financiera también pueden apelar la determinación de su elegibilidad. Los conflictos y las apelaciones pueden presentarse poniéndose en contacto con la dirección de asistencia financiera. El

fundamento del conflicto o la apelación debe presentarse por escrito y en un plazo de 90 días desde la determinación sobre asistencia financiera.

Intermountain Health puede proporcionar asistencia financiera para ciertos artículos que estén razonablemente relacionados con la atención médica de una persona sin seguro o con seguro insuficiente, o que no estén cubiertos por el plan de salud de la persona. Consulte Asistencia financiera: artículos relacionados con la atención médica en los materiales secundarios.

Consulte Ubicaciones de hospitales de Intermountain Health – Anexo A para ver una lista de las ubicaciones de los hospitales de Intermountain Health para la presentación de cualquier conflicto o apelación.

Mantenimiento de registros

Intermountain Health documentará la asistencia financiera, ya sea atención con descuento total (gratuita), atención con descuento o dificultad médica, a fin de mantener los controles adecuados y cumplir con todos los requisitos de cumplimiento internos y externos.

Acciones en caso de falta de pago

Intermountain Health hará ciertos esfuerzos para proporcionar a los pacientes no asegurados información sobre nuestra política de asistencia financiera, como incluir un resumen de la misma con los extractos de facturación antes de que Intermountain Health o nuestros proveedores de cobranzas tomen ciertas medidas para cobrar el pago. Las políticas de cobro de Intermountain Health cumplirán las normativas y leyes federales y estatales que rigen la facturación y cobranza de la atención médica. No se usará ninguna información de documentación obtenida a través del proceso de solicitud para acciones de cobro.

No se llevarán a cabo acciones de cobro extraordinarias contra ningún paciente sin antes realizar esfuerzos razonables para determinar si dicho paciente es elegible para recibir asistencia financiera. Los esfuerzos razonables incluirán, entre otros, la validación de que el paciente debe las facturas impagas y que todas las fuentes de pagos de terceros han sido identificadas y facturadas por Intermountain Health. Los esfuerzos razonables también incluyen la prohibición de emprender acciones de cobro contra un paciente no asegurado (o que probablemente tenga seguro insuficiente) hasta que el paciente haya sido informado de la política de asistencia financiera del centro asistencial y haya tenido la oportunidad de solicitarla o se haya acogido a un plan de pago razonable. Los centros asistenciales se abstendrán de emprender acciones de cobro extraordinarias contra un paciente si este aporta documentación que acredite que ha solicitado cobertura de salud a través de Medicaid u otros programas de atención médica financiados con fondos públicos.

La política de Intermountain Health exige que se incluya información sobre asistencia financiera en todos los estados de cuenta que se envíen a los pacientes para informarles cualquier saldo pendiente de pago. Además,

los centros de atención o los asociados comerciales de los centros de atención se pondrán en contacto con los pacientes que no respondan, por medios de comunicación orales y escritos, para informarles de los saldos pendientes adeudados y hablar sobre la elegibilidad para recibir asistencia financiera u opciones de pago razonables.

Requisitos normativos

En la aplicación de esta política, la dirección y las instalaciones de Intermountain deberán cumplir todas las demás leyes, normas y reglamentos federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas en virtud de esta política.

Exclusiones

Los siguientes centros de atención no están cubiertos por esta política:

- Mount Saint Vincent
- Clínicas Saltzer Health
- Centros de Tellica Imaging

Aprobación de la política

La política de asistencia financiera de Intermountain Health está sujeta a revisiones periódicas. Cualquier cambio en la política debe ser aprobado por el Consejo Directivo de Intermountain Health.

Referencias o fuentes primarias:

[Pautas de pobreza del HHS](#)

Políticas o pautas relacionadas:

- Política de cobros y deudas incobrables
- Política de descuentos a pacientes

Documentos de respaldo

- Proveedores cubiertos: Idaho, Nevada y Utah
- Proveedores cubiertos: Colorado, Kansas y Montana
- Solicitud de asistencia financiera
- Servicios hospitalarios excluidos de la asistencia financiera
- Tabla de descuentos para asistencia financiera según escala móvil
- Contacto de asesoramiento financiero: Idaho, Nevada y Utah
- Contacto de asesoramiento financiero: Colorado y Montana

ANEXO A

Los conflictos y las apelaciones pueden presentarse poniéndose en contacto con la dirección de asesoramiento financiero para el programa de asistencia financiera.

Idaho, Nevada o Utah:

Programa de asistencia financiera
P.O. Box 30193
Salt Lake City, UT 84130

Colorado, Kansas o Montana:

Programa de asistencia financiera
500 Eldorado Blvd. Ste 4300
Broomfield, CO 80021

Hospitales de Intermountain Health:

Colorado:

Good Samaritan Hospital
200 Exempla Circle
Lafayette, CO 80026

Lutheran Hospital
8300 W 38th Avenue
Wheat Ridge, CO 80030

Platte Valley Hospital
1600 Prairie Center Pkwy
Brighton, CO 80601

St Joseph Hospital
1375 East 19th Avenue
Denver, CO 80218

St Mary's Regional Hospital
2635 N. 7th Street
Grand Junction, CO 81501

Idaho:

Cassia Regional Hospital
1501 Hiland Ave
Burley, ID 83318

Montana:

Holy Rosary Hospital
2600 Wilson Street
Miles City, MT 59301

St. James Hospital
200 S. Clark Street
Butte, MT 59701

St. Vincent Regional Hospital
1233 N. 30th Street
Billings, MT 59101

Utah:

Alta View Hospital
9660 S 1300 E
Sandy, UT 84094

American Fork Hospital
170 N 1100 E
American Fork, UT 84003

Bear River Valley Hospital
905 N 1000W
Tremonton, UT 84337

Fillmore Community Hospital
674 UT-99
Fillmore, UT 84631

Layton Hospital
201 W Layton Pkwy
Layton, UT 84041

Intermountain Medical Center
5121 Cottonwood St.
Murray, UT 84107

Logan Regional Hospital
1400 N 500 E
Logan, UT 84341

Orem Community Hospital
331 N 400 W St
Orem, UT 84057

McKay-Dee Hospital
4401 Harrison Blvd
Ogden, UT 84403

Utah (*continuación*)

Primary Childrens Hospital
100 Mario Capecchi Dr
Salt Lake City, UT 84113

Riverton Hospital
3741 W 12600 S
Riverton, UT 84065

Sanpete Valley Hospital
1100 S Medical Dr
Mt Pleasant, UT 84647

Spanish Fork Hospital
765 E Mkt Pl Dr
Spanish Fork, UT 84660

Sevier Valley Hospital
1000 N Main St
Richfield, UT 84701

Park City Hospital
900 Round Valley Dr
Park City, UT 84060

Utah Valley Hospital
1034 N 500 W
Provo, UT 84604

Cedar City Hospital
1303 N Main St
Cedar City, UT 84721

Heber Valley Hospital
454 East Medical Way
Heber City, UT 84032

LDS Hospital
8th Avenue, C ST E
Salt Lake City, UT 84143

Orthopedic Specialty Hospital
5848 S 300 E
Murray, UT 84107

ANEXO B

Financial Assistance Patient Responsibility Matrix Attachment B

2025	Percentage of Federal Poverty Guideline																		
Sizes of Household	0%	to	250%	251%	to	300%	301%	to	350%	351%	to	400%	401%	to	450%	451%	to	500%	*501% +
1	\$ -	to	\$ 39,125	\$ 39,126	to	\$ 46,950	\$ 46,951	to	\$ 54,775	\$ 54,776	to	\$ 62,600	\$ 62,601	to	\$ 70,425	\$ 70,426	to	\$ 78,250	Self-pay Discount
2	\$ -	to	\$ 52,875	\$ 52,876	to	\$ 63,450	\$ 63,451	to	\$ 74,025	\$ 74,026	to	\$ 84,600	\$ 84,601	to	\$ 95,175	\$ 95,176	to	\$ 105,750	
3	\$ -	to	\$ 66,625	\$ 66,626	to	\$ 79,950	\$ 79,951	to	\$ 93,275	\$ 93,276	to	\$ 106,600	\$ 106,601	to	\$ 119,925	\$ 119,926	to	\$ 133,250	
4	\$ -	to	\$ 80,375	\$ 80,376	to	\$ 96,450	\$ 96,451	to	\$ 112,525	\$ 112,526	to	\$ 128,600	\$ 128,601	to	\$ 144,675	\$ 144,676	to	\$ 160,750	
5	\$ -	to	\$ 94,125	\$ 94,126	to	\$ 112,950	\$ 112,951	to	\$ 131,775	\$ 131,776	to	\$ 150,600	\$ 150,601	to	\$ 169,425	\$ 169,426	to	\$ 188,250	
6	\$ -	to	\$ 107,875	\$ 107,876	to	\$ 129,450	\$ 129,451	to	\$ 151,025	\$ 151,026	to	\$ 172,600	\$ 172,601	to	\$ 194,175	\$ 194,176	to	\$ 215,750	
7	\$ -	to	\$ 121,625	\$ 121,626	to	\$ 145,950	\$ 145,951	to	\$ 170,275	\$ 170,276	to	\$ 194,600	\$ 194,601	to	\$ 218,925	\$ 218,926	to	\$ 243,250	
8	\$ -	to	\$ 135,375	\$ 135,376	to	\$ 162,450	\$ 162,451	to	\$ 189,525	\$ 189,526	to	\$ 216,600	\$ 216,601	to	\$ 243,675	\$ 243,676	to	\$ 270,750	
For each additional person add:	\$5,500			\$5,500			\$5,500			\$5,500			\$5,500			\$5,500			SP Disc
Clinic Copay	0			\$25			\$35			\$50			\$75			\$100			
IP/OP Discount	100%			95%			90%			85%			80%			75%			

*Patient responsibility per visit not to exceed 25% of household income for patients with incomes greater than 500% of the Federal Poverty Level who qualify for a Medical Hardship
Sliding scale effective 4/1/2025