



Fecha de Emisión **06/2018**
 Original
 Aprobado **03/2022**
 Vigente desde **03/2022**
 Última Revisión **03/2022**
 Siguiete Revisión **03/2023**

Recurso **Matthew Toomey**
 Área de Póliza **Servicios Financieros del Paciente**
 Aplicabilidad **Valley Health System - En todo el sistema**
 Etiquetas Regulatorias **501r, FAP, Asistencia Financiera, caridad**

Póliza de Asistencia Financiera

RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO (PLS)

Este Resumen en Lenguaje Sencillo (PLS, por sus siglas en inglés), incluyendo la siguiente sección de “**CÓMO SOLICITAR**”, brinda una breve visión general de la Póliza de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) de Valley Health System (VHS) y notificación de la disponibilidad de la Asistencia Financiera de VHS, anteriormente llamada “Atención de Caridad”, y los servicios de Consejería Financiera de VHS. La FAP completa brinda una descripción detallada de la disponibilidad, prestadores y ubicaciones para los cuales esta póliza aplica, y las reglas que gobiernan la disponibilidad de la FAP y los servicios de Consejería Financiera. La FAP completa está disponible en línea gratuitamente en <http://www.valleyhealthlink.com/charitycare>. Copias en papel de la FAP se pueden obtener gratuitamente al contactar al Departamento de Consejería Financiera por teléfono, correo electrónico o en persona, como se especifica a continuación bajo “**CÓMO SOLICITAR**”. Las traducciones están disponibles en los idiomas que son prevalentes en las comunidades que VHS sirve.

Valley Health ofrece servicios de Consejería Financiera para ayudar a identificar los medios para cubrir los costos de la atención médicamente necesaria a los pacientes de VHS y a sus miembros de familia u otras personas financieramente responsables (“garantes”) de las facturas de los pacientes de Valley Health que están preocupados por su capacidad de pagar los servicios médicos brindados por VHS. VHS ofrece un Programa de Asistencia Financiera para asistir a aquellos que son verdaderamente incapaces de pagar por la atención de emergencia o médicamente necesaria. Los Consejeros Financieros sirven como guías para los pacientes y garantes (colectivamente denominados como “pacientes” en lo que resta de esta póliza) que necesitan de asistencia. Los Consejeros Financieros están disponibles para responder preguntas, trabajar con los pacientes y cuidadores para identificar los programas que son más apropiados para las necesidades y capacidad de pago

particulares de cada paciente, para asistir en el proceso de Solicitud para Asistencia Financiera, para asistir con la solicitud, inscripción, incluyendo la derivación a varios programas de asistencia o de seguro del gobierno que podrían ser apropiados para las necesidades de los pacientes, así como para establecer planes de pago dentro de las directrices de VHS para aquellos que no califican para la Asistencia Financiera o a cualquier otro programa y aquellos que tienen una responsabilidad financiera después de la revisión de la FAP. La Asistencia Financiera es la opción de financiamiento de última instancia. Como tal, se espera que los candidatos a la Asistencia Financiera cumplan con los procesos de selección y solicitud de cualquiera de los programas locales, estatales o federales que cubrirían el costo de la misma atención médica, incluyendo los programas de salud del viajero o cualquier programa organizacional, como los administrados por gobiernos extranjeros u organizaciones/corporaciones internacionales para personas afiliadas. La Asistencia Financiera no puede ser usada para eludir las obligaciones contractuales del paciente o del prestador que deriva bajo los contratos de seguro o pagante, tales como preautorización, más tratamiento conservador, requerimientos de red, etc. Servicios para los cuales el paciente elige no usar su cobertura, se niega a seguir los requerimientos o prerrequisitos de la cobertura, o más requerimientos de tratamiento conservador, o para los cuales el paciente decide no solicitar de buena fe cobertura para la cual tendría derecho bajo Medicare, Medicaid, seguro comercial, ACA/ coberturas de intercambio u otra cobertura. Se recomienda firmemente que los pacientes y cuidadores preocupados por su capacidad de pagar por los servicios médicamente necesarios contacten a los Consejeros Financieros de VHS a la primera oportunidad, incluyendo antes de los servicios médicamente necesarios que se anticipen, para que la Asistencia Financiera u otros programas de asistencia se pueda disponer para cubrir la mayor cantidad de atención posible y evitar la innecesaria facturación de pago propio y actividad de cobro.

Tipos de Asistencia Financiera Disponibles: Para los pacientes que no son aptos para la Asistencia Médica (Medicaid) u otros programas de asistencia, la Asistencia Financiera está disponible y se basa por lo general en los ingresos familiares. Un descuento del 100 % por Asistencia Financiera está disponible para los pacientes que tienen un ingreso familiar combinado de hasta el 200 % del Nivel de Pobreza Federal (FPL, por sus siglas en inglés). Para las familias con ingresos entre 200 % y 300 % del FPL, la Asistencia Financiera parcial se encuentra disponible en una escala variable. Para las familias con ingresos por encima de 300 % hasta 500 % del FPL y una deuda médica que excede los \$25 000, la Asistencia Financiera Catastrófica descuenta la deuda médica límite al 30 % de los ingresos o las Cantidades Generalmente Facturadas (AGB, por sus siglas en inglés) que se facturan a las personas aseguradas, lo que sea menos. Lea el FAP completo y la explicación de cómo las AGB y los descuentos parciales se calculan, así como la tasa actual de las AGB. Las adjudicaciones de Asistencia Financiera pueden reducirse si existen activos significativos, como se describe en la FAP completa, que estén disponibles para ayudar a cubrir los costos de la atención médica.

Todos los ciudadanos de Estados Unidos, los residentes permanentes de EE. UU. y las personas que tiene la intención de quedarse en los EE. UU. como residentes permanentes reúnen las condiciones para la Asistencia Financiera. Los pacientes que no tienen la intención de residir permanentemente en los EE. UU., o están en los EE. UU. con una visa de estudiante o de turista no reúnen las condiciones para la Asistencia Financiera de VHS. Sin importar el estado de residencia, se espera que todos los pacientes cumplan con los procesos de selección y solicitud de cualquier programa local, estatal (incluyendo cualquier programa estatal para el cual pueden reunir los requisitos, ya sea en el estado donde actualmente se ubica el paciente o en el estado de residencia permanente) o federal que cubrirían el costo de la misma atención médica, incluyendo los programas de salud del viajero o cualquier programa organizacional, tales como aquellos administrados por gobiernos extranjeros u organizaciones/corporaciones internacionales para personas afiliadas.

CÓMO SOLICITAR: Se incentiva a los pacientes y cuidadores que contacten a:

- Consejeros Financieros de VHS por teléfono al **866-414-4576**, o por correo electrónico a: PBDValleyHealth@ensemblehp.com a la primera oportunidad posible.
- La Solicitud de Asistencia Financiera de VHS se puede encontrar en línea en <http://www.valleyhealthlink.com/charitycare>. Las copias en papel de la Solicitud de Asistencia Financiera también se hallan sin costo alguno en los puestos de inscripción de VHS en cada hospital y Servicio de Urgencias de VHS, por escrito a la dirección a continuación, o llamando a los Consejeros Financieros de VHS al número de arriba. La correspondencia, incluyendo las peticiones de asistencia de Consejería Financiera, Asistencia Financiera, Solicitudes de Asistencia Financiera completas y la documentación complementaria pueden enviarse por escrito a:

Financial Counseling Dept.

Valley Health System

P.O. Box 3340

Winchester, VA 22604

La asistencia de **Consejería Financiera en persona**, incluyendo la ayuda con las solicitudes y preguntas de facturación, está disponible de 8:00 am a 4:30 pm, de lunes a viernes, excepto feriados, en nuestro **Centro de Servicio al Cliente ubicado en la Suite 100 del Edificio de Apoyo al Sistema (SSB, por sus siglas en inglés) de VHS** directamente del vestíbulo principal:

Customer Service Center

220 Campus Blvd, Suite 100

Winchester, VA 22601

Todas las otras ubicaciones de Consejería Financiera en persona en las instalaciones de Valley Health System permanecen cerradas en este momento debido a la Pandemia por la COVID-19. El Centro de Servicio al Cliente en el SSB ha sido construido para permitir un mayor distanciamiento, incluyendo particiones de vidrio y otras precauciones para promover la seguridad de nuestros visitantes y empleados.

Otras ubicaciones en persona se reabrirán si las circunstancias lo permiten.

Fin del Resumen en Lenguaje Sencillo.

PÓLIZA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE VALLEY HEALTH SYSTEM - DECLARACIÓN DE PÓLIZA

De acuerdo a la misión de Valley Health de “*Servir a Nuestra Comunidad mediante la Mejora de la Salud*” y su estatus de organización sin ánimo de lucro, Valley Health está comprometido al tratamiento de las necesidades medicamente fundamentales de nuestros pacientes con dignidad, respeto y compasión, sin importar su estado financiero o capacidad de pago. Como parte de este compromiso, VHS ofrece servicios de Consejería Financiera a todos los pacientes que creen que podrían ser incapaces de pagar parte o toda su atención, y brinda Asistencia Financiera a todos los pacientes que cumplen con los requerimientos de esta póliza para ser elegidos para Asistencia Financiera. Además de la asistencia a través del Programa de Asistencia Financiera de VHS, los pacientes pueden reunir los requisitos para otras fuentes de financiación, incluyendo programas de asistencia o fuentes de seguro locales, estatales y federales. Para mantener la viabilidad financiera de VHS, brindar la financiación necesaria para seguir el paso de la siempre cambiante tecnología médica y las necesidades crecientes de nuestra comunidad, cumplir con las regulaciones federales y estatales que se requieren para la participación continua en los programas de Medicare y Medicaid, y asegurar que los recursos sanitarios limitados sean asignados de la manera más eficaz posible, el Programa de Asistencia Financiera de VHS tiene por intención ser un programa de última instancia para aquellos que verdaderamente son incapaces de pagar por la atención de emergencia y médicamente necesaria. Por estas razones, la Asistencia Financiera es la opción de financiamiento de última instancia. Como tal, se espera que los solicitantes a la Asistencia Financiera cumplan completamente de buena fe con los procesos de selección y solicitud de cualquiera de los programas locales, estatales o federales que cubrirían el costo de la misma atención médica, incluyendo los programas de salud del viajero o cualquier programa organizacional, como los administrados por gobiernos extranjeros u organizaciones/corporaciones internacionales para personas afiliadas.

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Los hospitales que participan en Medicare deben cumplir con el estatuto de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (EMTALA) codificado en §1867 de la Ley del Seguro Social, las regulaciones acompañantes en 42 CFR §489.24 y los requerimientos relacionados en 42 CFR 489.20(l), (m), (q) y (r). La EMTALA requiere de hospitales con servicios de urgencias para brindar un examen médico de cribado para cualquier persona que se presente al servicio de urgencias y solicite tal examen, y prohíbe a los hospitales con servicios de urgencias rechazar examinar o tratar a personas con una afección médica de emergencia. El término “hospital” incluye hospitales rurales. Las disposiciones de la EMTALA se aplican a todas las personas (no solo a los beneficiarios de Medicare) quienes intentan obtener acceso a un hospital para atención de emergencia. Para los propósitos de esta póliza, la afección médica de emergencia se define dentro del significado 42 U.S.C. 1395dd. **En ningún caso se negará la atención médica de emergencia a ningún paciente que se presente para tal atención y nada en esta póliza se entenderá para permitir que se niegue tal atención sin importar el estado de Asistencia Financiera del paciente, condición de asegurado, capacidad de pago, estado de cobro actual o pasado, o mora de cualquier deuda.**

DESCUENTO NO ASEGURADO POR PAGOS CUENTA PROPIA

Todos los pacientes no asegurados reciben un 30 % de descuento de los costes totales. El descuento se aplica de forma automática para cada coste de cuentas no aseguradas al momento de la facturación y es independiente del proceso de Asistencia Financiera; sin embargo, si se aprueba a un paciente para Asistencia Financiera, el descuento inicial de pago a cuenta propia será revertido de forma que la cantidad total, que es mayor que el

descuento inicial de pago a cuenta propia, sea reconocida como un descuento de Asistencia Financiera. Además, si subsecuentemente se identifica que la cobertura del seguro cubre cualquier cuenta previamente identificada como no asegurada y que de otra manera no sería apta para la Asistencia Financiera, el Descuento No Asegurado será revertido ya que la tasa y descuentos negociados con la aseguradora tendrán prioridad y serán aplicados a la cuenta en lugar del Descuento No Asegurado.

NO DISCRIMINACIÓN

La Asistencia Financiera de VHS se basa en la determinación individualizada de la necesidad financiera del paciente y no toma en cuenta la edad, género, raza, origen nacional, orientación sexual, religión o afiliación política.

REGLAS GENERALES QUE GOBIERNAN ESTA PÓLIZA

- A. La atención que es **Medicamento Necesaria Solamente**, como se define según Medicare (generalmente, servicios o elementos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de enfermedad o lesión) y que se brinda por los prestadores enumerados en el Apéndice A cubierto bajo la Asistencia Financiera de VHS. Los servicios bariátricos, procedimientos cosméticos y ciertos otros servicios no son cubiertos por la Póliza de Asistencia Financiera de VHS. Los servicios que no son considerados médicamente necesarios no serán cubiertos por esta póliza. Estos generalmente son servicios que son excluidos de Medicare, Medicaid, seguro comercial u otras coberturas debido a que no se consideran ser médicamente necesarios. La Asistencia Financiera no puede ser utilizada para eludir las obligaciones contractuales del paciente o del prestador que deriva bajo contratos de seguro o pagante, tales como la preautorización, más tratamiento conservador, requerimientos de red, etc.
- B. **La determinación de Asistencia Financiera se basará en la situación y necesidades financieras actuales del paciente.**
- C. **Duración:**
1. Si se aprueba, la cobertura de la Asistencia Financiera continuará al nivel determinado por un periodo de 180 días (seis meses) siguiendo la fecha de determinación, a menos que uno de los siguientes eventos, que podrían requerir una redeterminación más temprana, ocurra:
 - a. Se notifica a VHS por cualquier medio que el paciente ha experimentado un cambio significativo en su afección médica.
 - b. Se notifica a VHS por cualquier medio que el paciente ha experimentado un cambio significativo en su condición financiera.
 2. Si, al final del periodo aprobado de 180 días, se anticipa una necesidad médica adicional, los pacientes pueden aplicar para periodos de 180 días adicionales.
 3. Los episodios de atención múltiples/pasados pueden considerarse en una única Solicitud de Asistencia Financiera; sin embargo,
 - a. los Servicios mayores a 240 días de la fecha del primer estado de cuenta postservicio previo a la fecha en la que el paciente envía inicialmente la Solicitud de Asistencia Financiera no será considerada para la Asistencia Financiera a menos que el paciente haya mantenido un plan de pago actual pero los cambios recientes en la afección médica o condición financiera del paciente hayan creado mayores dificultades.
 - b. En los casos de dificultad extrema demostrada, el periodo de 240 días puede ser extendido.
- D. Las solicitudes para Asistencia Financiera deben ser enviadas lo más pronto posible para evitar la expiración de la fecha límite mencionada.
- E. **Privacidad:** Las reglas y regulaciones de privacidad requieren que la Asistencia Financiera y la Consejería Financiera solo puedan hablar sobre las necesidades financieras del paciente con el paciente mismo, un tutor legal u otros

cuidadores autorizados. Los Consejeros Financieros de VHS y todo el personal de VHS están obligados por la ley federal y estatal, así como por la póliza de VHS a mantener la confidencialidad de cualquier petición de Asistencia Financiera y cualquier información financiera o personal que se obtiene de acuerdo a tales leyes y pólizas.

Residencia: Todos los ciudadanos de Estados Unidos, residentes permanentes de los Estados Unidos y las personas que tiene la intención de quedarse en los Estados Unidos como residentes permanentes reúnen las condiciones para la Asistencia Financiera. Los pacientes que no tienen la intención de residir permanentemente en los Estados Unidos, o están en los Estados Unidos con una visa de estudiante o de turista no reúnen las condiciones para la Asistencia Financiera de VHS.

- F. Responsabilidad del paciente de solicitar otros programas de asistencia, incluyendo Asistencia Médica o seguro subsidiado:** Si los Consejeros Financieros de VHS creen de forma razonable que un paciente reúne los requisitos para la Asistencia Médica u otro programa de asistencia, la Solicitud de Asistencia Financiera podría ser suspendido a la espera de la cooperación en buena fe del paciente y la terminación del proceso de admisibilidad/inscripción de Asistencia Médica (Medicaid) u otro programa de asistencia. VHS mantiene relaciones con agencias de terceros que están disponibles para asistir en el proceso de solicitud. En el evento de que subsecuentemente se halle que el paciente no cumple con los requisitos después de la cooperación en buena fe con el proceso de admisibilidad de Asistencia Médica, VHS continuará procesando la Solicitud de Asistencia Financiera del paciente sin perjuicio al paciente como consecuencia del retraso. La cooperación en buena fe incluye, pero no se limita a, el inicio del proceso de solicitud/inscripción al programa de asistencia por el paciente o garante dentro de los 14 días de la derivación por un Consejero Financiero de VHS, finalización de la solicitud del programa de asistencia y provisión de todos los documentos requeridos por el proceso de solicitud/inscripción al programa de asistencia dentro de los periodos requeridos por el programa.
- G. Esfuerzos razonables para determinar la idoneidad y esfuerzos para publicar abiertamente la disponibilidad de la Asistencia Financiera:** VHS realizará todos los esfuerzos razonables para identificar a los pacientes que cumplen los requisitos para la Asistencia Financiera a través del ejercicio de esta Póliza de Asistencia Financiera, el ejercicio de los requerimientos de facturación descritos en la [Póliza de Facturación y Cobro de Pacientes de VH](#) (una copia de esta póliza puede obtenerse vía el sitio web valleyhealthlink.com o al llamar a los Consejeros Financieros de VH), y los esfuerzos de VHS para publicar abiertamente esta póliza. Los métodos de VHS para publicar abiertamente la disponibilidad de la Póliza de Asistencia Financiera incluyen, pero no se limitan a los siguientes métodos:
1. La Solicitud de Asistencia Financiera de VHS se puede encontrar en línea en <http://www.valleyhealthlink.com/charitycare>
 2. Las copias en papel de esta Póliza de Asistencia Financiera y la Solicitud de Asistencia Financiera están disponibles gratuitamente en las áreas de registro y las Salas de Urgencias de cada instalación de VHS.
 3. La notificación de la disponibilidad de la Póliza de Asistencia Financiera y los métodos para obtener una copia de la póliza están publicados visiblemente en las áreas de registro y las Salas de Urgencia de cada instalación de VHS.
 4. La notificación de la disponibilidad de la Póliza de Asistencia Financiera y los métodos para obtener una copia de la póliza están impresos visiblemente en los documentos de consentimiento de registro de VHS.
 5. La notificación de la disponibilidad de la Póliza de Asistencia Financiera y los métodos para obtener una copia de la póliza están impresos visiblemente en todos los estados de cuenta de pacientes de VHS.
 6. La notificación verbal de la póliza y una oferta para brindar una copia escrita o

electrónica de la Póliza de Asistencia Financiera y la Solicitud de Asistencia Financiera será hecha a aquellas personas que hayan dado indicación de su incapacidad de pago.

7. VHS brindará copias separadas del Resumen en Lenguaje Sencillo, incluyendo CÓMO SOLICITAR, a organizaciones comunitarias que sirven a personas que probablemente requieran Asistencia Financiera.
8. La información sobre esta Póliza de Asistencia Financiera será incluida de forma rutinaria en los mensajes de publicidad y de beneficio comunitario para las comunidades que Valley Health sirve.
9. Habrá notificación pública o anuncio en el periódico de Winchester Star del área de servicio primario de VHS al menos una vez por año.

H. **Acciones que pueden tomarse en el evento de no pago:** De acuerdo con la Política de Agencias de Cobro y Recuperaciones de Deudas Incobrables de VHS, y resumiendo los aspectos relevantes de esa política aquí:

1. Para las cuentas hospitalarias: Cuentas de pasivo de pago a cuenta propia que permanecen sin pagar después de que un mínimo de cuatro (4) declaraciones se han enviado al paciente Y 120 días han transcurrido desde la fecha de la primera declaración enviada al paciente se designan como morosas.
2. Para las cuentas de médicos: Cuentas de pasivo de pago a cuenta propia que permanecen sin pagar después de que un mínimo de tres (3) declaraciones se han enviado al paciente Y 90 días han transcurrido desde la fecha de la primera declaración enviada al paciente se designan como morosas.
3. Las cuentas designadas como morosas son aptas para transferirse a un estado de deuda incobrable y colocación con una agencia de cobro o abogado de cobro como cuentas morosas, a menos que la cuenta tenga:
 - a. un plan de pago actual, satisfactorio, o;
 - b. una Solicitud de Asistencia Financiera en proceso o aprobada, o;
 - c. una solicitud de Asistencia Médica en proceso o de otro programa de asistencia.
4. **Acciones de Cobro Extraordinarias (ECA):** Valley Health puede ejercer una o más de las siguientes Acciones de Cobro Extraordinarias (ECA, por sus siglas en inglés) después de que una cuenta haya sido declarada como morosa. Todas las otras ECA están prohibidas por la póliza de Valley Health:
 - a. Colocación de Cobros Externos: Colocación de las cuentas morosas con una agencia o abogado de cobro externo después de que una cuenta ha sido designada como morosa. De acuerdo con la Ley sobre Prácticas Justas en el Cobro de Deudas (FDCPA, por sus siglas en inglés), la agencia o abogado de cobro enviará una notificación por escrito al deudor/paciente de la colocación y

los derechos del paciente bajo la FDCPA para impugnar la deuda por escrito dentro de 30 días de la notificación.

- b. **Reporte a la Oficina de Crédito:** Después del vencimiento para impugnar el derecho estipulado por la FDCPA descrito anteriormente, Valley Health, a través de su agente de cobro externo, podrá reportar la deuda morosa a oficinas de crédito de terceros.
 - c. **Demanda para juicio:** Después del vencimiento para impugnar el derecho estipulado por la FDCPA descrito anteriormente, después de agotar todos los otros esfuerzos razonables de cobro y de acuerdo con las provisiones de notificación jurisdiccionales, reglas de corte, así como, las regulaciones locales, estatales y federales, Valley Health, a través de su agencia de cobro, puede presentar una demanda para juicio para cobrar las deudas morosas. Valley Health se reserva el derecho de ejecutar los juicios otorgados a través de embargos, gravámenes e incautaciones de la propiedad real y personal, y cualquier otra reparación para la cual Valley Health se encuentra autorizado bajo la ley o patrimonio.
- I. **Tasas prenegociadas:** Los pacientes que reciben descuentos prenegociados (es decir, servicios brindados bajo el acuerdo de precio por paquete con el paciente, tales como procedimientos bariátricos y cosméticos) por los servicios, no serán aptos para la Asistencia Financiera.
- J. **Otras fuentes de información que pueden usarse para asistir en la determinación de la idoneidad para la Asistencia Financiera y la Idoneidad Presunta:** VHS se reserva el derecho a verificar activos, ingresos y pasivos, así como a utilizar informes crediticios o información analítica de la “capacidad de pago” propia o por terceros para identificar a pacientes para quienes la totalidad de su historial crediticio, historial de pagos, situación laboral, condición de asegurado, inscripción a un programa de asistencia pública y otros factores pueden brindar una fuerte indicación de la capacidad de pago del paciente. VHS también se reserva el derecho a utilizar tal información para identificar a los pacientes que, según la información, son indigentes y de forma clara habrían calificado para la Asistencia Financiera si hubiesen solicitado tal asistencia, para poder otorgar a estas personas la asistencia financiera presunta. Debido a que VHS
- (a) no utiliza herramientas analíticas todo el tiempo y para todas las poblaciones de pago a cuenta propia,
 - (b) estas herramientas analíticas no identifican todos los casos indigentes, se advierte a los pacientes que no dependan del proceso de idoneidad presunta para identificar su necesidad financiera,
 - (c) la idoneidad presunta generalmente solo se dará a en una visita individual o en base a una cuenta específica como se determina según la información disponible para evaluar la visita o cuenta individual;
- y, como tal, la duración de 180 días de la aprobación, (descrita en el párrafo C. “**Duración**” de esta póliza), no aplica a la Asistencia Financiera que se da con base en la idoneidad presunta. Además, debido a que el fundamento para brindar Asistencia Financiera presunta usualmente se basa, al menos en parte, en la incapacidad para comunicarse con el paciente o garante, las cartas de aprobación de Asistencia Financiera para idoneidad presunta solo se brindarán a petición. La idoneidad presunta también se proporcionará en las siguientes situaciones sin la necesidad de completar una Solicitud de Asistencia Financiera completa:

- I. el paciente es difunto sin un estado; o,

2. se conoce que el paciente es indigente y no tiene los medios de soporte; o,
3. el paciente es cubierto por un programa de Medicaid fuera del estado en el que Valley Health no participa; o,
4. en base solamente a un recibo de un formulario de derivación u orden de prestador, de una Clínica Gratuita reconocida en el Área de Servicio Primario de Valley Health, para servicios diagnósticos médicamente necesarios de paciente ambulatorio brindados en un hospital o instalaciones diagnósticas de Valley Health y limitado a los servicios de laboratorio básicos y servicios de imágenes básicos. Para el propósito de este párrafo, (a) los servicios de laboratorio limitados son pruebas de laboratorio que se realizan en el lugar en un laboratorio de Valley Health para el cual Valley Health cobra de manera individual menos de \$750 por prueba o \$1000 por una serie de la misma prueba realizada en la misma fecha, y (b) servicios de imágenes básicos son servicios de imágenes diagnósticas que no son parte de un tratamiento más intensivo, p. ej. una visita a la sala de urgencias, estancia en observación o cirugía, y excluye los siguientes servicios de imágenes avanzados: Tomografía Computarizada, RM, Medicina Nuclear y Tomografía por Emisión de Positrones. Las Clínicas Gratuitas Reconocidas en el Área de Servicio Primario de Valley Health son:
 - a. Good Samaritan Free Clinic (Martinsburg)
 - b. Page Free Clinic (Luray)
 - c. St. Luke's Free Medical Clinic (Front Royal)
 - d. Shenandoah Community Health Clinic (Woodstock)
 - e. Sinclair Health Clinic, anteriormente conocida como Free Clinic of Northern Shenandoah Valley, Inc. (Winchester)

Ingresos: Los ingresos se definen como los salarios brutos totales del solicitante y aquellos de sus parientes legalmente responsables que tienen 18 años o más. Los ingresos contables totales para este propósito incluyen todos los ingresos brutos devengados y no devengados, incluyendo:

- A. Salarios de empleados sujetos a impuestos
- B. Ingresos de Autoempleo
- C. Beneficios del Seguro Social (SSA y Discapacidad)
- D. Beneficios de retiro ferroviario
- E. Beneficios de veterano
- F. Ingresos por dividendos
- G. Ingresos por intereses mayores a \$10/mes
- H. Cualquier otro ingreso predecible, incluyendo:
 - I. Pensión alimenticia

2. Acuerdos estructurados por premios de lotería, acuerdos legales u otras ganancias imprevistas.
3. Ingresos mensuales de fondos fiduciarios de los cuales el paciente es un beneficiario
4. Donaciones de ingresos
5. Beneficios por indemnización por accidentes laborales
6. Indemnización por Desempleo
7. Manutención Infantil
8. Ingresos por cualquier otro medio derivado a menos que específicamente esté excluido a continuación o por ley.
9. Ingresos excluidos incluyen:
 - a. Cupones para Alimentos
 - b. Cualquier otro programa de asistencia pública que brinde vivienda, asistencia alimenticia, asistencia educativa o asistencia sanitaria al paciente, garante o sus dependientes.
 - c. Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI, por sus siglas en inglés)
 - d. Asistencia HUD bajo la Sección 8 o Sección 23
 - e. Programas de Asistencia Alimenticia Suplementaria; p. ej., programas de alimentación escolar, WIC
 - f. Pagos de Cuidado Adoptivo
 - g. Cualquier beca o préstamos para la educación de pregrado
 - h. Programa Nutricional de Título VII para los Ancianos

I. Documentación de Ingresos:

- I. Una copia de las declaraciones de impuestos más recientes de todos los miembros de familia legalmente responsables que tienen 18 años o más.
 - a. Si el paciente no presentó su declaración de impuestos él/ella debe declarar en la Solicitud de Asistencia Financiera que sí presentaron una declaración de impuestos. Tal declaración puede ser sujeta a verificación a través del Servicio de Impuestos Interno.
 - b. Si el número de miembros de familia declarado en la Solicitud de Asistencia Financiera (FAA, por sus siglas en inglés) excede el número total de solicitantes y dependientes declarados en las declaraciones de impuestos enviadas, la FAA será denegada pendiente el envío de las declaraciones de impuestos que cubran a todos los miembros de familia declarados a menos que se pueda brindar documentación que demuestre de forma razonable el incremento en el número de dependientes fue por una razón distinta a la de obtener una concesión mayor por Asistencia Financiera. Tal documentación puede incluir, pero no se

limita a: certificados de nacimiento, documentación de adopción, cambios en la custodia ordenados por la corte o tutela asignada por la corte.

- c. Si el esposo y la esposa presentaron las declaraciones de impuestos por separado, ambas son requeridas.
 - d. Si se presenta la Solicitud de Asistencia Financiera después del 15 de abril, se requerirá la declaración de impuestos del presente año. Si se solicita una extensión, se requiere una copia de la extensión y la declaración de impuestos estimada.
2. Copias de los recibos por pago de sueldos y salarios del mes más reciente disponible para todos los miembros de familia legalmente responsables que tienen 18 años o más.
 3. Verificación de ingresos escrita de un empleador si se le paga en efectivo.
 4. Copias de los extractos bancarios de todas las cuentas corrientes, de ahorros y de inversión para los dos meses previos.
 5. Copias de todos los talonarios/declaraciones de Seguridad Social, pensión, invalidez, indemnización por accidentes laborales, desempleo o documentación de otras fuentes de ingresos.
 6. Verificación de pensión alimenticia o manutención infantil.
 7. Si las necesidades vitales y gastos básicos son provistos por alguien más, debe ser declarado ya sea en la Solicitud de Asistencia Financiera o explicado en una carta de sustento separada.
 8. Si no se menciona ningún Ingreso en la Solicitud de Asistencia Financiera, el solicitante debe explicar en la solicitud cómo se pagan los gastos básicos.
 9. El incumplimiento con los requerimientos de documentación o una explicación razonable de las fuentes de ingresos puede interpretarse como una falta de buena fe, lo que podría resultar en la negación de la Asistencia Financiera.

J. Otra Documentación:

1. Si el interesado solicita Asistencia Financiera Catastrófica, como se describe posteriormente en esta póliza, se requerirá comprobante de domicilio dentro de las áreas primaria o secundaria de VHS.
2. El solicitante debe incluir copias de todas las facturas médicas de VHS pendientes para que los Consejeros Financieros de VHS puedan incluir toda la deuda médica de VHS pendiente. Si el paciente está solicitando Asistencia Financiera Catastrófica, el solicitante debe incluir las copias y una tabulación separada de toda la deuda médica pendiente de todos los prestadores que no son de VHS. En los casos de Asistencia Financiera Catastrófica, la deuda médica que no es con VHS puede ser sujeta a verificación y, si se solicita, el solicitante debe brindar consentimiento escrito para VHS para verificar las deudas pendientes a los prestadores médicos que no son de VHS.

K. Manutención de parte de un cónyuge, padre o contribuyente:

1. La manutención de parte de un cónyuge, padre (natural, adoptivo o padrastro) u otro contribuyente que declara al paciente como un dependiente, y vivir en el hogar que se presume está disponible para el solicitante, especialmente ya que concierne al número de personas declaradas como dependientes en los formularios de declaración de impuestos para subsistencia e incluidos en el número del cálculo de dependientes a continuación.
2. La manutención de parte de un cónyuge, padre u otro contribuyente que declara al paciente como dependiente y que vive en el hogar que se presume está disponible para el cónyuge o hijos dependientes menores de 21 años que viven en el hogar.

L. Activos que pueden considerarse como recuperables como parte del cálculo de idoneidad para Asistencia Financiera de VHS:

1. Si la deuda pendiente del paciente es quinientos dólares (\$500.00) o más. Activos en efectivo o equivalentes de efectivo (p.ej., efectivo a la mano, cuentas corrientes y de ahorro disponible para uso personal y beneficio del paciente) que exceden los tres mil dólares (\$3000.00). Los primeros tres mil dólares (\$3000.00) se excluyen del cálculo de idoneidad. Si el tamaño familiar registrado en la FAA es mayor a uno, estas cantidades se incrementarán por setecientos cincuenta dólares (\$750.00) por cada miembro de familia adicional. Este límite puede incrementarse a la discreción del Supervisor, Departamento de Consejería Financiera, en el evento de un cambio documentado, significativo y reciente en el estado de los ingresos del paciente, tales como la pérdida reciente de empleo o el inicio de una enfermedad/lesión catastrófica que probablemente ocasione un periodo extenso de pérdida de ingresos siempre y cuando dichos bienes no son el producto de adjudicaciones de pago único o acuerdos en pago por lesiones tratadas por VHS.
2. Si la deuda pendiente del paciente es diez mil dólares (\$10 000.00) o más, el valor presente de acciones, bonos y otros instrumentos de inversiones que están bajo el control de y disponibles para el uso personal y beneficio del paciente y son aptos para convertirse en efectivo, y no está en cuentas legalmente designadas como cuentas de retiro serán considerados en el cálculo de idoneidad.
3. Si la deuda pendiente del paciente es veinticinco mil dólares (\$25 000.00) o más, el valor presente de la cantidad devengada total idónea para retiro de un 401K, 403B, IRA, Roth IRA y otras cuentas de retiro si el valor total de la cuenta de retiro excede los cien mil dólares (\$100 000.00), los primeros cien mil dólares (\$100 000.00) se excluyen del cálculo de idoneidad. Solo el valor de la cuenta de retiro que es (1) en exceso de cien mil dólares (\$100 000.00) y (2) disponible para retiro de acuerdo a las reglas emitidas por el administrador de plan y cualquier regla aplicable emitida por el IRS.
4. Propiedades: Si la deuda pendiente del paciente es veinticinco mil dólares (\$25 000.00) o más, lo siguiente se considerará:
 - a. Hogares secundarios, propiedad alquilada o cualquier otra propiedad: El patrimonio inmobiliario en cualquier cantidad que exceda los veinticinco mil dólares (\$25 000.00), calculado como el valor de propiedades evaluadas menos cualquier hipoteca, línea de crédito u otros gravámenes pendientes, serán excluidas en el cálculo de idoneidad. Los primeros veinticinco mil dólares

(\$25 000.00) de patrimonio serán excluidos del cálculo de idoneidad.

- b. El patrimonio en la residencia primaria del paciente o garante: El patrimonio inmobiliario en cualquier cantidad que exceda los cien mil dólares (\$100 000.00), calculado como el valor de propiedades evaluadas menos cualquier hipoteca, línea de crédito u otros gravámenes pendientes, serán excluidas en el cálculo de idoneidad. Los primeros cien mil dólares (\$100 000.00) de patrimonio serán excluidos del cálculo de idoneidad.
5. Las cantidades actualmente invertidas en Planes 529A ABLE no serán incluidas como activos en el cálculo de idoneidad; sin embargo, los ingresos del paciente actualmente asignados a contribuciones a inversiones para tales cuentas no serán excluidos de los cálculos de ingresos.

M. Verificación de activos:

1. El nivel de verificación de activos es dependiente de la cantidad de Asistencia Financiera requerida.
2. En la mayoría de los casos, las declaraciones actuales de cuentas bastarán, sujeto a la discreción del Consejero Financiero de VHS.
3. En el evento de que los activos del plan de retiro necesiten ser verificados, se requerirá una copia de la adquisición del administrador del plan y las reglas de retiro.
4. En el evento de que los activos de patrimonio inmobiliario (ya sea residencia primaria u otro) pueda ser recuperable, se requerirá una copia de la factura de impuesto inmobiliario que incluya el valor evaluado y la declaración de hipoteca más reciente, que refleje el balance hipotecario. En casos raros que conciernen grandes saldos médicos pendientes, una tasación nueva o reciente podría ser requerida, en cuyo caso el valor tasado se utilizará.

PRESTADORES PARTICIPANTES Y ENTIDADES CUBIERTAS

Esta póliza solo cubre los servicios médicamente necesarios brindados por las instalaciones y prestadores de Valley Health System enumerados en el Apéndice A, *Prestadores Sujetos a la Póliza de Asistencia Financiera de Valley Health*. Los prestadores no incluidos o específicamente excluidos de esta póliza no son controlados por esta póliza y no tienen obligación alguna bajo esta póliza. Esta póliza no incluye a los prestadores operados por Valley Regional Enterprises (VRE). Los prestadores de VRE excluidos y no controlados por esta póliza son:

- Valley Home Care
- Gateway Home Care
- Occupational Health
- Valley Medical Transport
- Valley Urgent Care /Quick Care

DECLARACIÓN DE PROCEDIMIENTO

- A. El proceso de Consejería Financiera se inicia cuando los Consejeros Financieros de VHS reciben una Solicitud de Asistencia Financiera completa para episodios específicos de atención o una solicitud de “pre necesidad” para una necesidad anticipada en el futuro cercano para una afección médica recientemente diagnosticada.
- B. Cuando el proceso de Consejería Financiera se inicia: Es la responsabilidad de los Consejeros Financieros de la VHS el ayudar al paciente a encontrar el mejor y más práctico método para cubrir la deuda de pago propio de servicios médicamente necesarios pendientes o futuros. Para poder hacerlo, el Consejero Financiero entrevistará y hablará sobre las necesidades de Asistencia Financiera con el paciente, garante o cuidador autorizado y:
1. Responderá cualquier pregunta relacionada al proceso de Consejería Financiera y proceso de Asistencia Financiera.
 2. Ofrecerá enviar al paciente copias de la Póliza de Asistencia Financiera y de la Solicitud de Asistencia Financiera.
 3. Intentará evaluar la necesidad actual del paciente en base a la información actualmente disponible para poder brindar una evaluación inicial de los programas para los cuales el paciente puede cumplir los requisitos.
 4. Describirá los tipos de asistencia disponible que pueda determinar como relevantes para las necesidades del paciente.
 5. Intentará una selección inicial para Asistencia Médica y, si es apropiado, hacer una derivación a una agencia de promoción de Asistencia Médica para escrutinio adicional y asistencia con el proceso de solicitud de Asistencia Médica.
 6. Identificará cualquier otro programa de asistencia que pudiera cubrir la atención del paciente.
 7. Identificará y derivará al paciente a cualquier otra fuente de pago o asistencia, p. ej., planes de Intercambio de Salud y derivará al paciente a un Consejero de Solicitud Certificado de ACA si se solicita o se cree apropiado.
 8. Si, en base a la información brindada por el paciente en la entrevista inicial, es obvio y reconocido por el Consejero Financiero y el paciente, que el paciente no calificará para ningún programa de asistencia, incluyendo la Asistencia Financiera de VHS, el Consejero Financiero debería intentar crear un plan de pago para el paciente.
 9. Si, en cualquier punto, incluyendo después de una revisión completa y determinación de una Solicitud de Asistencia Financiera completa, se determina que el paciente aún debe un saldo pendiente, los planes de pago fraccionados permanecen disponibles y los Consejeros Financieros de VHS están disponibles para asistir en realizar tales arreglos.

Cuando se recibe la Solicitud de Asistencia Financiera, VHS:

1. Enviará la solicitud al Departamento de Consejería Financiera de VHS.
2. Los Consejeros Financieros de VHS

- a. Documentarán un recibo de la solicitud en las notas por cobrar del sistema de las cuentas del hospital.
- b. Enviará una copia de la solicitud y cualquier documentación/correspondencia de apoyo hacia el departamento de escaneo para ser adjuntada a la cuenta como imágenes digitales.
- c. Para las cuentas colocadas con una agencia de salida temprana o de cobro: Notificar a las agencias relevantes con quienes las cuentas del paciente han sido colocadas que la Solicitud de Asistencia Financiera ha sido recibida e instruirles:
 - i. Colocar en una pausa de 30 días todas las actividades de cobro con la excepción de las reclamaciones normales por parte de las declaraciones.
 - ii. Suspender todas las actividades de colección extraordinarias (ECA, por sus siglas en inglés) hasta que se apruebe o niegue la solicitud por VHS.
- d. Si cualquier cuenta de paciente relevante están en el Nivel 4 de Declaración (es decir, en peligro de transferirse a deuda incobrable dentro de los siguientes 30 días), el Consejero Financiero reestablecerá el Nivel de Declaración de vuelta a 3; por lo tanto, permitiendo 30 días completos para procesar la solicitud.
- e. Revisará la solicitud para verificar que esté completa y que se envíe toda la documentación complementaria. Si una solicitud no está completa o le falta la documentación complementaria necesaria, la solicitud será denegada; sin embargo, la solicitud será reconsiderada si la documentación faltante se proporciona dentro de 30 días. Una carta se enviará al solicitante (1) informándole que la solicitud ha sido denegada por incompleta, pero será reconsiderada si la información faltante se proporciona dentro de 30 días; (2) específicamente enumerando los elementos que faltan o de otra manera describen específicamente la información faltante; e, (3) informándole al solicitante de la fecha límite, que será 30 días después de la fecha de la carta. Este periodo puede extenderse unos 30 días adicionales, si a la discreción del Departamento de Consejería Financiera se cree que el solicitante actúa de buena fe y tiene la diligencia debida para obtener la información faltante pero tal información se retrasa por razones fuera del control del solicitante. El Consejero Financiero seguirá o repetirá los pasos i. y ii. ya mencionados para asegurar que cualquier actividad de cobro posterior sean suspendidas por 30 días hasta la siguiente fecha de vencimiento.

D. Cálculo de la Idoneidad para la Asistencia Financiera:

- I. La Idoneidad para la Asistencia Financiera se calcula por el Consejero Financiero asignado cuando una Solicitud de Asistencia Financiera completa, con toda la

documentación complementaria necesaria, ha sido recibida y el paciente ha cumplido con cualquier requerimiento para ser seleccionado para o solicitar Asistencia Médica o cualquier otro programa de asistencia.

2. La idoneidad para la Asistencia Financiera se basa por lo general en los ingresos totales del paciente como un porcentaje del Nivel de Pobreza Federal (FPL, por sus siglas en inglés), también conocido como las Directrices de Pobreza Federal, como se ha publicado en el Registro Federal para el año actual. Vea el Apéndice B para la tabla de FPL para el año actual:
3. Cantidades Generalmente Facturadas (AGB, por sus siglas en inglés): Valley Health System se asegura de que las personas idóneas para la Asistencia Financiera no se les facture más que las Cantidades Generalmente Facturadas a las personas aseguradas. Valley Health System calcula los descuentos mínimos ofrecidos bajo la Póliza de Asistencia Financiera utilizando el método de “mirar atrás” descrito en el Código de Impuestos Interno, Sección 501(r). Bajo este método, el descuento mínimo que debe brindarse a las personas idóneas para la FAP se calcula para cada instalación hospitalaria de Valley Health System y Entidad Cubierta de acuerdo a la fórmula en la tabla a continuación. Para los pacientes no asegurados que son idóneos para la FAP, los descuentos de Asistencia Financiera se aplican a los Costes Brutos incurridos. Para los pacientes infrasegurados que son idóneos para la FAP, los descuentos de Asistencia Financiera se aplican a cualquier saldo en efectivo adeudado del paciente después del seguro, si la aseguradora del paciente permite a Valley Health System otorgar Asistencia Financiera para tales saldos. Los descuentos de Asistencia Financiera se basan en este método y están disponibles a través de la Póliza de Asistencia Financiera. El % de AGB de Valley Health se calcula en un año calendario y el cálculo se completa dentro de 120 días después del fin de año. La tasa de AGB vigente al momento en que la Asistencia Financiera se aprueba se utilizará con todas las cuentas idóneas.

Descuento Mínimo	=	$1 - \left(\frac{\text{12-Meses de Declaraciones Totales Permitidas para Medicare y Todas las Aseguradoras de Salud Privadas}}{\text{Costes Brutos Asociados}} \right)$
------------------	---	--

- a. Tasas de AGB del año actual y anterior:
 - i. Las AGB del 2021 = 44 % (pacientes idóneos por AGB reciben un 56 % de descuento de AGB del total de los costos seleccionables).
 - ii. Las AGB del 2022 = 44 % (pacientes idóneos por AGB reciben un 56 % de descuento de AGB del total de los costos seleccionables).
4. Para los pacientes cuyos ingresos se clasifican en una de las categorías de ingresos especificadas en los párrafos 5, 6 o 7, a continuación: El valor de la porción de activos en exceso de los límites excluidos enumerados anteriormente bajo “**Activos considerados como recuperables como parte del cálculo de idoneidad para Asistencia Financiera de VHS**” serán considerados como recuperables para satisfacer las deudas médicas pendientes después de la solicitud de las AGB; y, reducirán los cálculos que se basan en porcentaje, incluyendo los cálculos al 100 %, de la Asistencia Financiera por la cantidad de estos activos recuperables; sin embargo, en ningún caso la reducción de la

Asistencia Financiera ocasionará que la deuda de un paciente no asegurado exceda a las AGB.

5. Los pacientes con ingresos totales en o por debajo del 200 % del FPL y sin activos recuperables son idóneos para un descuento del 100 % por Asistencia Financiera. Si existen activos recuperables, el descuento por Asistencia Financiera se reducirá por la cantidad de tales activos; sin embargo, tal reducción se limitará para que no incremente la deuda del paciente no asegurado por encima de las AGB.
6. Los pacientes con un ingreso total entre 200 % y 300 % del FPL son idóneos para un descuento de escala móvil en base al saldo que el paciente debe con la tasa de las AGB. Si existen activos recuperables, el descuento por Asistencia Financiera se reducirá por la cantidad de tales activos; sin embargo, tal reducción se limitará para que no incremente la deuda del paciente no asegurado por encima de las AGB. El ajuste de escala móvil se calcula de acuerdo a la siguiente fórmula:
 - a. Determine la Cantidad AGB:
 - i. Para Pacientes No Asegurados: La cantidad debida por el paciente (después de la reversión de cualquier Descuento No Asegurado) multiplicado por la AGB % del presente año (Costes Totales x AGB).
 - ii. Para Pacientes Asegurados: El Menor de los Costes Totales x Descuento AGB O Cantidad de Responsabilidad del Paciente después del seguro.
 - b. Calcular la diferencia del porcentaje de FPL actual del paciente menos 200 % (FPL % - 200 %)
 - c. La Cantidad de la Escala Móvil del Paciente = (a. X b.) + Cualquier Cantidad de Activos Recuperables.
 - d. El saldo del paciente después de la escala móvil = el menor de a. (AGB) o c. Arriba.
7. Asistencia Financiera Catastrófica: La Asistencia Financiera Catastrófica está disponible para pacientes que viven en las áreas de servicio primarias y secundarias de VHS (vea el Apéndice C) con un ingreso combinado entre 301 % y 500 % del FPL, y que, como resultado de una lesión o enfermedad catastrófica de uno o más de los miembros de familia, tienen una deuda médica médicamente necesaria significativa en relación al ingreso familiar y a otros recursos potencialmente disponibles. En tales circunstancias, la responsabilidad del paciente será limitada a 30 % de los ingresos anuales totales o AGB, el que sea menor, después de la solicitud de activos recuperables para las cantidades adeudadas. Los pacientes deben cumplir los siguientes criterios para calificar para esta asistencia:
 - a. Debe ser un residente documentado del área de servicio primario de VHS.
 - b. Debe no ser idóneo para cualquier seguro, programa de asistencia gubernamental u otras fuentes de pago que cubrirían la deuda médica pendiente.

Debe tener un Ingreso Familiar entre 301 % y 500 % de las Directrices Federales de Pobreza aplicables en base al tamaño familiar.

- d. Se esperará que se pague la cantidad de cualquier activo recuperable para cubrir la deuda médica pendiente a VHS y cualquier determinación de concesión será reducida por la cantidad de tales activos recuperables.
 - e. La deuda total del paciente en la(s) cuenta(s) debe exceder los \$25 000.
- E. Notificación de Aprobación: Con la excepción de la Asistencia Financiera Presunta, si se aprueba la Asistencia Financiera, las cartas de aprobación inicial se enviarán al solicitante detallando el nivel de cobertura y el saldo remanente adeudado en las cuentas pendientes, si es que hubiere, después del ajuste parcial. Las cartas de aprobación no se enviarán debido a los saldos nuevos de pacientes creados después de la fecha de aprobación de la FAP a menos que se solicite específicamente. Las cartas de aprobación no se enviarán en casos de Asistencia Financiera Presunta a menos que se solicite específicamente.
- F. Apelación: Una determinación desfavorable de la cobertura de Asistencia Financiera, ya sea una denegación completa o una determinación de cobertura a un nivel menor de la que el paciente cree apropiada, puede apelarse por escrito con cualquier información nueva al **Supervisor, Departamento de Consejería Financiera**, a la dirección especificada anteriormente bajo “**CÓMO SOLICITAR**”. Las apelaciones deben ser marcadas por matasellos postal dentro de los 30 días de la fecha de la carta de determinación desfavorable. El Supervisor revisará la solicitud, documentación complementaria y cualquier información nueva que se brinde, y emitir una redeterminación o confirmar la determinación previa dentro de los 30 días de recibir la apelación.

AUTORIDAD PARA REVISAR LA PÓLIZA

Esta póliza está autorizada por el Consejo Directivo de Valley Health. De acuerdo a la resolución del Consejo, este otorga la aprobación a la administración superior de Valley Health para revisar la póliza como se requiera debido a los cambios en las leyes federales o estatales o a las necesidades de la organización; siempre que la póliza permanezca en todo momento en cumplimiento con la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) y las secciones aplicables del Código de Rentas Interna (IRC, por sus siglas en inglés), así como con cualquier regulación promulgada bajo la ACA o IRC. Se autoriza igualmente a la administración superior a ejecutar versiones revisadas de la póliza. La toma de cualquier acción por la administración superior en conexión con la resolución del Consejo y la ejecución de una póliza revisada establecerá de forma concluyente tanto la autoridad de la administración superior del Consejo como la aprobación y ratificación del Consejo de las acciones tomadas.

Fin de la póliza.

Anexos

[Financial Assistance \(FAP\) Appendix A Providers Subject to Policy.pdf](#)

[Financial Assistance Application](#)

[Financial Assistance Policy \(FAP\) Appendix B FPL Table 2022](#)

[Financial Assistance Policy \(FAP\) Appendix C Primary and Secondary Service Areas.pdf](#)

Firmas de Aprobación

Descripción del Paso	Aprobador	Fecha
	Walt Sowers: DIRECTOR GENERAL LEGAL Y DE CUMPLIMIENTO	03/2022

