



## Política: Asistencia Financiera

### Propósito

Este programa está diseñado para ayudar a pacientes con o sin seguro médico con un seguro insuficiente, así como para cubrir servicios de salud médicamente necesarios (razonables e indispensables para obtener un diagnóstico y / o tratar la condición médica del paciente), también para dar cobertura a personas que carecen de recursos económicos. Los pacientes "médicamente indigentes" son aquellos que no cuentan con amparo médico por parte de un seguro de salud, o aquellos que, llegando a tener algún tipo de protección por parte de un seguro, este no les brinda cobertura completa de tal manera que cubra todos sus gastos médicos. La categoría médicamente indigente se da en razón de que el costo de sus gastos es desproporcionado en comparación con sus ingresos, por lo tanto, el ingreso bruto de estas personas cabe dentro de las Pautas Federales de Pobreza, pero a su vez, excede los requisitos que demanda el estatus de elegibilidad para recibir asistencia médica Estatal o local. El Hospital Clara Barton estudiará el estado financiero del paciente para determinar qué porcentaje de su saldo lo hace apto para recibir asistencia financiera, considerando su situación económica o condición de salud.

### Política

El Hospital y las Clínicas Clara Barton proporcionarán una solicitud de asistencia financiera:

1. al momento de la admisión, los pacientes recibirán un Resumen en Términos Sencillos del Programa de Asistencia Financiera del Hospital y Clínicas Clara Barton
2. los pacientes / garantes pueden solicitar en cualquier momento una solicitud de Asistencia Financiera,
3. pueden solicitar el formulario a cualquier personal hospitalario / clínico,
4. después que los gerentes de facturación hayan examinado caso por caso, revisando así las cuentas de los pacientes que no han cumplido con sus acuerdos de pago y que se les ha enviado un aviso final
5. por los servicios prestados por El Hospital y las Clínicas Clara Barton (esto no incluye los honorarios de los Profesionales de proveedores externos)

El Programa de Financiación para Asistencia Financiera será revocado si el paciente es elegible para obtener cualquiera otra fuente de financiación por parte de terceros.

El trámite de Asistencia Financiera será retenido hasta que el paciente referido para solicitar cobertura por parte del Programa Medicaid finalice el proceso de solicitud. Antes que el paciente sea elegible para recibir asistencia financiera, debe intentar hacer todo lo que esté a su alcance para obtener cobertura de un seguro médico, así como haber completado el proceso con cualquier agencia externa para obtener cobertura de un seguro de salud por parte de terceros.

Aun cuando un paciente / garante no se considere "Medica o Financieramente Indigente", pero el asesor financiero estima que no puede pagar la deuda por causa de un evento catastrófico, la solicitud será revisada por el Comité de Beneficencia con la probabilidad de efectuar una aprobación de asistencia financiera.

Si cualquier información dada durante el proceso de solicitud resulta ser falsa, el Hospital y las Clínicas Clara Barton se reservan el derecho de reevaluar el estado financiero del solicitante y tomar las medidas pertinentes, incluyendo revocar la decisión de facilitar asistencia benéfica. El Hospital y las Clínicas Clara Barton pueden verificar la información facilitada en cada solicitud, incluyendo el historial de empleo, así como verificar la información proporcionada por usted con las agencias de reportes crediticios disponibles u otras fuentes de información mencionadas en la solicitud o que estén a disposición del hospital.

Los asesores financieros estarán a disposición de cualquier persona que solicite asistencia financiera para cubrir los gastos de sus facturas médicas con El Hospital y las Clínicas Médicas Clara Barton. La Política de Asistencia Financiera aplica a todas las entidades del Hospital y las Clínicas Clara Barton, así como a los proveedores que prestan servicios en los centros mencionados anteriormente.

## Procedimiento

Esta sección explica los pasos necesarios para determinar el estado de indigencia médica y financiera de un paciente, además ofrece las directrices a considerar, a fin de adoptar las medidas pertinentes en la cuenta del paciente. El Hospital y las Clínicas Clara Barton se asegurarán que se proporcionen las referencias apropiadas, a fin de brindar asistencia financiera médica de programas Estatales, Locales o Internos.

- A. El paciente solicita o es referido para obtener Asistencia Financiera.
- B. Adjunto a la Solicitud de Asistencia Financiera, será enviada una carta para ser completada, en la que se expliquen los motivos de la petición de ayuda económica.
- C. El paciente o el representante del hospital pueden completar una Solicitud de Determinación Presuntiva basándose en la situación del paciente.

### EL PACIENTE DEBE:

1. Presentar una Solicitud completa de Asistencia Financiera.
2. Proporcionar toda la información exigida en la solicitud, incluyendo prueba de ingresos. Se le pedirá al paciente que facilite dos formas de verificación de ingresos, las cuales pueden incluir la declaración federal de impuestos del año anterior y dos o más comprobantes de pago. Si no hay una verificación clara de los ingresos, se le podría solicitar al paciente un extracto bancario de su cuenta de cheques, a fin de justificar sus ingresos.
3. Asegúrese que la solicitud esté firmada por todos los integrantes adultos del hogar.

D. Un representante designado por el Comité de Asistencia Financiera estudiará la solicitud presentada a fin de verificar que esté completa.

- a. Si la solicitud no es devuelta en los próximos 30 días, el nombre del paciente será enviado a la Oficina Financiera para continuar con las prácticas de cobro vigentes. El paciente recibirá 4 estados de cuenta dentro de los primeros 120 días a partir de la fecha de cobro de la factura por pago por cuenta propia del saldo pendiente. Si dentro de los próximos 120 días, el paciente no ha establecido ningún arreglo de pago, se le enviará una notificación de cobro de 30 días y un Resumen en Términos Sencillos de la misma. Una vez que se haya cumplido el ciclo completo de cobro de 120 días y no haya ninguna respuesta por parte del paciente, la cuenta se enviará a una agencia externa de recaudación de deudas.
- b. Si la solicitud está incompleta, se enviará una carta al solicitante, pidiendo información adicional, indicando la información necesaria y la fecha límite en la que hay que enviar dicha información. (15 días hábiles).

Si el paciente no responde, se enviará una carta que indique que los cobros internos continuarán.

- c. El paciente/ garante cuenta con 240 días a partir de la fecha que recibe el estado de cuenta por pago por cuenta propia para que presente una solicitud completa con el fin de obtener ayuda financiera. El paciente/garante puede presentar una nueva solicitud para recibir asistencia financiera durante los 240 días, si su situación económica ha cambiado. Una vez que el paciente solicite asistencia financiera, todo el proceso de cobro se interrumpirá durante los trámites de solicitud y de revisión. En caso que se hayan realizado Actividades de Cobro Extraordinarias (ECA) antes de los 240 días, estas deben anularse si el paciente califica para recibir asistencia financiera.
- d. Una vez la asistencia financiera es aprobada y el paciente recibe el 100% de asistencia financiera sobre las cuentas que estén en el plazo de los 240 días, sobre las cuales ya se había efectuado el pago que sobrepasó el AGB (Cantidad Generalmente Facturada), el paciente recibirá un reembolso por la cantidad que excedió el AGB. Si el paciente recibió un porcentaje de descuento por parte de la asistencia financiera, el reembolso se calculará en base al porcentaje de la devolución. Si el paciente tiene otras cuentas incobrables u otras cuentas por pagar que no son parte de la asistencia financiera de los 240 días, el reembolso será revisado y aplicado a esos saldos de dichas cuentas.

- e. Los procedimientos electivos no se considerarán para recibir Asistencia Financiera.
  - f. El Comité de Beneficencia puede aprobar el 100% de asistencia para pacientes con dificultades y situaciones catastróficas. La documentación correspondiente se incluirá en el Paquete de Asistencia Financiera. Para que una situación médica extenuante califique para el 100% de asistencia, la deuda en gastos médicos debe ser 50% o más del ingreso familiar bruto anual. Otras situaciones catastróficas se evaluarán caso por caso por el Comité de Beneficencia.
  - g. La información sobre la Asistencia Financiera estará disponible en la recepción del área de Admisiones, la Sala de Urgencias y Cirugía, la Sala de Espera para Pacientes Ambulatorios y Terapia Física, todas las Clínicas y las oficinas de ambos Consejeros Financieros. Ya sea en inglés como en español.
  - h. La Solicitud de Asistencia Financiera se mantendrá vigente durante un plazo de 6 meses. Una vez se califique para recibir asistencia, la Ayuda Financiera aparecerá en la cuenta del paciente como su seguro médico. El asesor financiero incluirá la fecha de vigencia en la información de la cuenta del paciente, indicando además la fecha de inicio, de validez, así como la fecha de duración de la solicitud de Asistencia Financiera. Se preparará un informe con el fin de identificar las cuentas que necesitan ajustes semanales en la Asistencia Financiera. Una vez que la asistencia haya caducado, el paciente deberá solicitar nuevamente Asistencia Financiera.
  - i. Anualmente se compartirá con la comunidad la información sobre el Programa de Asistencia Financiera del Hospital y las Clínicas Clara Barton.
  - j. La Política de Asistencia Financiera se actualizará anualmente junto con el nuevo AGB (Monto Generalmente Facturado) para pacientes que pagan por cuenta propia. La Junta Directiva del Hospital Clara Barton examinará la política anualmente.
- E. La información será recopilada en la planilla de Resolución que se enviará al Comité de Atención Benéfica para su revisión / aprobación / reprobación. El nivel de pobreza federal utilizado en la escala de descuento será actualizado en conformidad con los estándares establecidos por el Programa Medicaid del estado de Kansas.

De acuerdo a los ingresos **mensuales** del paciente dentro del Nivel Federal de Pobreza, podría recibir descuentos del 100%, 85%, 75%, 50% y 25%. Los Pacientes que Pagan por Cuenta Propia habiendo calificado para recibir Asistencia Financiera, recibirán un descuento en AGB (Monto Generalmente Facturado). El AGB será calculado con base al método retrospectivo y el análisis de los datos obtenidos a través de la declaración de ingresos, (Descuentos MEDR “gastos médicos y dentales” + Descuento BC + Descuento COMM + Descuento Clínico ÷ cargos brutos) El AGB será reevaluado cada 12 meses y el calculado para el 2020 es del 32%. La tabla que figura a continuación está basada en las Pautas Federales de Pobreza actual y permanecerán actualizándose anualmente, en la medida que haya nueva información disponible. (<http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>)

# de Personas en la Familia	100% 100%	100% 150%	85% 200%	75% 250%	50% 275%	25% 300%
1	1012	1518	2023	2529	2782	3035
2	1372	2058	2743	3429	3772	4115
3	1732	2598	3463	4329	4762	5195
4	2092	3138	4183	5229	5752	6275
5	2452	3678	4903	6129	6742	7355
6	2812	4218	5623	7029	7732	8435
7	3172	4758	6343	7929	8722	9515
8	3532	5298	7063	8829	9712	10595

F. Una vez la solicitud haya sido aprobada o negada, la(s) Oficina(s) de Finanza(s) del Hospital o la Clínica enviará(n) una carta de aprobación o negación al paciente. Esta carta incluirá:

1. La cantidad en dólares acreditada al saldo de la cuenta presentada, si corresponde. (Se indicarán las cuentas del paciente a las que se les aplican el descuento).
2. La cantidad que aún se debe en la cuenta.
3. Un acuerdo de pago, que no exceda el 20% de su ingreso bruto mensual, si corresponde.
4. La razón de la negación; ya sea que los ingresos o recursos excedan los límites establecidos, etc. (La asistencia benéfica no paga los procedimientos electivos, a menos que el comité benéfico lo apruebe)
5. Un nombre y número telefónico de contacto en caso de surgir cualquier pregunta.

G. Se presentarán las solicitudes completas para ser examinadas mensualmente por el comité. El asesor financiero tiene 90 días para completar el Proceso del paquete de Asistencia Financiera.

H. **Los pacientes que no tengan cobertura médica por cuenta de un seguro, o aquellos que pagan por cuenta propia**, califican para recibir un descuento por los Servicios que reciban en el Hospital y las Clínicas, haciendo la respectiva solicitud, como se indica a continuación:

- a. La Política de Descuento para Pagos por Cuenta Propia, se implementará bajo previa aprobación por parte de la Oficina de Gestión Financiera.

I. Obtenga mayor información acerca de las cuentas que no cumplen con los requerimientos para recibir Asistencia Financiera, consultando nuestra Política de Facturación y Cobro.

### Indigencia Médica

Se examinará la solicitud presentada por Indigencia Médica. Deberán adjuntarse pruebas de las facturas médicas en la Divulgación Financiera. Esta decisión estará basada en las mismas directrices indicadas entre las secciones A - H. Si un solicitante excede el límite de ingresos establecidos y se determina que no es elegible para recibir asistencia financiera, pero si la cantidad de su deuda excede su ingreso anual, la solicitud será revisada por Indigencia Médica. Se utilizará la tabla a continuación para determinar el descuento de acuerdo a su necesidad.

Nivel de Ingresos en Proporción al Nivel de Pobreza Federal		Responsabilidad Médica en Proporción con el Ingreso Bruto	Descuento sobre los Cargos Facturados
100% - 149%	o	100% o más	100%
150%-199%	o	99%- 80%	100%
200%-249%	o	79% - 60%	85%
250%-274%	o	59% - 40%	75%
275%-299%	o	39% - 20%	50%
300%	y	19% - 0%	25%

### Deuda Incobrable

Una vez que el paciente ha acordado un plan de pago o ha sido aprobado para recibir asistencia financiera, este será responsable por pagar el saldo pendiente de su cuenta, según el acuerdo hecho de hacer pagos mensuales a través de la Oficina de Finanzas hasta que la cuenta haya sido saldada en su totalidad.

Una vez se establezca el plan de pago, se transferirá la cuenta a una agencia externa, con el fin de gestionar una prórroga por un periodo estimado de 120 días, con relación a la fecha fijada en el acuerdo de pago. Los retrasos en el pago, darán lugar a que se le envíe una carta a manera de recordatorio, si no se obtiene respuesta alguna, la cuenta del paciente será depuesta del plan de acuerdo de pago y pasará a ser manejada como incobrable.

Si la cuenta no ha sido referida a una agencia de cobros, el paciente aún puede enviar su solicitud para recibir Asistencia Financiera. Si en los próximos treinta (30) días, el paciente no presenta la solicitud o notifica a la Oficina de Finanzas que no puede hacer los pagos, la cuenta continuará con el proceso de cobro.

Se harán todos los esfuerzos posibles para llegar a un acuerdo de pago de común acuerdo con el paciente. Con la finalidad de lograr Asistencia Financiera, para todos los casos, el paciente cuenta con 240 días para diligenciar una solicitud que luego será tramitada. Consulte la Política de Facturación y Cobro con respecto a las cuentas que no cumplen con los Requerimientos exigidos para recibir Ayuda Financiera.

## **Solicitud de Presuposición**

Una solicitud de presuposición puede ser completada por el paciente o el representante del hospital. Según los criterios enumerados a continuación, si el paciente cumple una de estas pautas, la Asistencia Financiera será aprobada el 100%.

- a. El paciente es elegible para otros programas de asistencia estatal o local.
- b. El paciente se encuentra en un centro de cuidados, sin ingresos o recursos disponibles
- c. El paciente es una persona sin hogar y / o ha recibido atención médica en una clínica para personas desamparadas
- d. El paciente ha fallecido, y no se conoce que tenga bienes
- e. El paciente está encarcelado
- f. El paciente tiene un ingreso fijo con poco o ningún recurso disponible después de sus gastos. (Un ejemplo sería, un paciente cuyo único ingreso es el beneficio por parte del Seguro Social y sin algún otro ingreso disponible)
- g. El paciente radica una quiebra

**Antes de ser consideradas cuentas incobrables, todas las obligaciones serán enviadas a una agencia de cobro en donde serán sometidas al siguiente proceso:**

### Criterios de Reconocimiento de los Estados Activo y Pasivo

- Haber trabajado en la cuenta por más de 150 días, sin conseguir que haya sido pagada.
- Cuando el deudor se encuentre incapacitado, encarcelado indefinidamente, sea indigente, anciano sin ningún ingreso o que esté permanentemente incapacitado
- Se trató de llamar a todos los números telefónicos (hogar, trabajo, parientes más cercanos) y no se contestaron las llamadas, ni las cartas
- En caso de que no haya recibido ninguna información nueva o diferente con respecto a otras cuentas que permitan ayudar con el pago, y que ni el cónyuge, ni ninguno de los demás responsables cuenten con un seguro médico vigente

- Pocas probabilidades de recuperación en base a experiencias anteriores
- Pocas posibilidades de obtener el pago, basándose en los resultados de los informes de crédito (65 años o más, mala puntuación de crédito)
- En saldos que exceden \$ 500, se llama al tasador del condado que verifica que no se es dueño de una propiedad
- En saldos que exceden \$ 500, se obtiene y se examina un informe crediticio, sin encontrar ninguna información

#### Criterios de los Estados Pasivo a Incobrable

- Cuenta en Estado Pasivo
- No se han efectuado pagos por más de 150 días
- Cuando el deudor se encuentre incapacitado, encarcelado indefinidamente, sea indigente, tenga 65 años o más y no cuente con ingresos embargables, o esté permanentemente desempleado
- Se ha presentado una demanda judicial, pero ha sido desestimada por falta de prestación de servicios

Una vez de haberse cumplido todos los criterios, la agencia de cobro estimará que la cuenta es incobrable y será cancelada por el sistema, removiéndola así de los informes crediticios y devolviéndola al Hospital y Clínicas Clara Barton.

## **POLÍTICA EMTALA**

### **La ley lo exige Si tiene una emergencia médica o está en trabajo de parto**

*Tiene derecho a recibir, dentro de las posibilidades del personal y las instalaciones de este hospital:*

- Un examen médico de evaluación adecuado;
- La atención necesaria para estabilizarlo/a (incluyendo la atención de un niño por nacer);

y

- Si fuera necesario, la transferencia a otro centro adecuado — aunque usted no pueda pagar, no tenga seguro médico o no tenga derecho a recibir Medicare o Medicaid.

**Este hospital participa en el programa Medicaid.**

# La ley lo exige Si tiene una emergencia médica o está en trabajo de parto

*Tiene derecho a recibir, dentro de las posibilidades del personal y las instalaciones de este hospital:*

- Un examen médico de evaluación adecuado;
  - La atención necesaria para estabilizarlo/a (incluyendo la atención de un niño por nacer);
- y
- Si fuera necesario, la transferencia a otro centro adecuado — aunque usted no pueda pagar, no tenga seguro médico o no tenga derecho a recibir Medicare o Medicaid.

**Este hospital participa en el programa Medicaid.**

NOMBRE:
FECHA:

NOMBRE:
FECHA: