

	Manual	Hutchinson Regional Medical Center
	Sección (Departamento)	Cuentas de pacientes
	Título	<b>Política de Asistencia Financiera</b>
	Número	PA1607
	Primera fecha de aprobación	08/2009
	Revisión más reciente	01/11/2020
	Revisión más reciente	01/11/2020

## OBJETIVO

Garantizar que haya opciones de asistencia financiera disponibles para todos los pacientes indigentes y fiadores que no pueden pagar los servicios médicamente necesarios proporcionados por Hutchinson Regional Medical Center (“HRMC”) al tiempo que se garantiza el cumplimiento de HRMC con las leyes estatales y federales, y la orientación normativa referente a la asistencia caritativa y financiera.

## PÓLITICA

Hutchinson Regional Medical Center proporciona asistencia financiera a pacientes médicamente indigentes que cumplen con los criterios de elegibilidad descritos en esta política.

Las situaciones en que se planteará la prestación de la asistencia financiera incluyen, entre otras:

- Pacientes no asegurados que no tienen la capacidad para pagar
- Pacientes asegurados que no tienen la capacidad de pagar cantidades no cubiertas por el seguro o Medicaid, incluida la duración de la estancia
- Paciente fallecido sin patrimonio y sin fideicomiso testamentario
- Pacientes involucrados en enfermedad o lesión catastrófica
- Cargos de una entidad que no tiene un acuerdo contractual con el centro

## DEFINICIONES

**Cantidades generalmente facturadas** - Las cantidades generalmente facturadas (AGB, por sus siglas en inglés) son la cantidad generalmente permitida por las tarifas de Medicare para el servicio y las aseguradoras privadas para atención de emergencia y otros cuidados médicos necesarios. SLHS utiliza el método retrospectivo para determinar las AGB.

**Gasto médico catastrófico** - Un gasto médico catastrófico se define como una responsabilidad financiera del paciente superior al 20% de los ingresos anuales y los recursos financieros disponibles para el paciente o fiador.

**Copago** - Cantidad mínima adeudada por pacientes que cumplen los requisitos para la asistencia financiera. El copago no supera las AGB.

**Directrices federales sobre pobreza** - Las Directrices Federales de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) se refieren a las directrices emitidas por el Gobierno Federal que describen los niveles de pobreza en los Estados Unidos con base en los ingresos familiares de una persona o familia. Las Directrices Federales de Pobreza se ajustan según la inflación y se publican en el Federal Register. Para efectos de esta política, se utilizarán las directrices

anuales más actuales.

**Método retrospectivo** - El método retrospectivo es un período de los doce (12) meses anteriores utilizado para calcular las cantidades generalmente facturadas.

**Servicios médicamente necesarios** - Los servicios médicamente necesarios son servicios que son razonable y médicamente necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión física o mental, para lograr un crecimiento y desarrollo apropiados para la edad, para minimizar el avance de una discapacidad o para alcanzar capacidad funcional, mantenerla o con respecto a ella, de acuerdo con los estándares de práctica aceptados en la comunidad médica de la zona en la que se prestan los servicios de salud física o mental y servicios que se prestan en el entorno más adecuado. Los servicios médicamente necesarios no se utilizan principalmente por conveniencia y no se consideran experimentales o una forma excesiva de tratamiento.

**Médicamente indigente** - Se define a un paciente médicamente indigente como alguien que ha demostrado que es demasiado pobre como para cubrir sus gastos médicos. El paciente médicamente indigente puede o no tener ingresos, y puede o no estar cubierto por un seguro. La situación financiera de cada paciente se evaluará individualmente utilizando como directriz el Límite Federal de Pobreza.

## **PROCEDIMIENTO**

### **Cómo solicitar la Asistencia Financiera**

La indigencia médica se debe demostrar a través de la documentación, el escrutinio financiero o la puntuación de supuestos. Se puede tomar esta determinación mientras el paciente está en el hospital, poco después del alta, durante los esfuerzos normales de cobranza interna y después de la colocación con una agencia de cobranza externa. Las solicitudes de asistencia financiera se aceptan hasta 1 año después de la fecha de servicio.

Los pacientes solicitan asistencia financiera rellorando un formulario de solicitud de Asistencia Financiera y proporcionando documentos de apoyo según se le soliciten. Los pacientes pueden obtener una solicitud de Asistencia Financiera solicitándola por escrito o poniéndose en contacto por teléfono o correo electrónico con la oficina de negocios. La solicitud de Asistencia Financiera también está disponible en el sitio web de HRMC [www.hutchregional.com](http://www.hutchregional.com). Se puede requerir documentación de apoyo que incluya elementos como la declaración federal de impuestos, carta de exención del IRS, estados de cuenta bancarios recientes, talones de cheques de pago recientes y carta de la oficina de elegibilidad de Medicaid denegando la cobertura de Medicaid. Se pueden solicitar otros documentos que respalden los ingresos, activos y situación financiera del paciente o la unidad familiar, pero no son obligatorios. Los pacientes en los sitios aprobados del Cuerpo Nacional de Servicios de Salud (NHSC, por sus siglas en inglés) no tienen que proporcionar información bancaria y de activos.

En circunstancias especiales, se puede eliminar el requisito de completar el estado de posición financiera o proporcionar documentos adicionales, con la aprobación del supervisor o gerente. Como ejemplos de circunstancias especiales tenemos, entre otros, que los pacientes elegibles para Medicaid reciban servicios médicamente necesarios o emergentes no cubiertos, pacientes que potencialmente cumplan los requisitos en función de la

puntuación de supuestos, pacientes que no pueden proporcionar documentos y pacientes sin hogar.

El personal de la oficina de facturación o el personal de admisión del hospital proporcionan asistencia con el proceso de solicitud. Se puede solicitar la asistencia por teléfono o en persona, llamando o visitando el departamento de contabilidad del paciente.

Las solicitudes de asistencia financiera son válidas durante seis (6) meses después de la fecha de aprobación. Se puede extender la asistencia financiera durante seis (6) meses adicionales con la comprobación de los ingresos familiares o los ingresos estimados y el tamaño de la unidad familiar. Todos los pacientes deben volver a solicitarlo después de que termine el período inicial de doce (12) meses.

### **Determinación de la asistencia financiera**

La elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera no se determina sino hasta que se agoten las actividades para identificar y asegurar el pago por parte de Medicare, Medicaid, Crime Victims, otros programas gubernamentales, otros programas financiados, un seguro médico, protección contra lesiones personales de seguros de automóviles (PIP) o pago de medicamentos, gravámenes de responsabilidad civil, reclamaciones de patrimonio o cualquier otra posible fuente pertinente para el pago. Se debe realizar la anulación de los ajustes de asistencia financiera si se reciben pagos posteriores de terceros. La asistencia financiera debe considerarse el ajuste de último recurso.

Los pacientes no asegurados pueden recibir un descuento para pacientes no asegurados. Si el paciente cumple los requisitos para la asistencia financiera, el descuento de no asegurado se anula y se registra el ajuste de asistencia financiera.

La elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera se basa en los ingresos de la unidad familiar en el momento en que se solicita la asistencia, expresada como un porcentaje de la Directriz Federal de Pobreza para el tamaño de la familia.

Los ingresos de la unidad familiar se definen de la siguiente manera:

- **Adultos:** Si el paciente es un adulto, “Ingreso anual de la unidad familiar” significa la suma del ingreso bruto anual total o los ingresos anuales estimados del paciente y su cónyuge.
- **Menores:** Si el paciente es un menor, “Ingreso anual de la unidad familiar” significa la suma del ingreso bruto anual total o los ingresos anuales estimados del paciente y sus padres si conviven en el domicilio.

El tamaño de la unidad familiar se define del siguiente modo:

- **Adultos:** Para calcular el tamaño de la unidad familiar, se incluye al paciente, su cónyuge y a cualquier dependiente (según lo definido por el Código de Impuestos Internos (IRC)).
- **Menores:** Al calcular el tamaño de la unidad familiar, incluya al paciente, la madre y el padre del paciente,
- y los dependientes de la madre y del padre del paciente (como se define por el IRC).

A fin de determinar la capacidad de pago de un paciente, se pueden tener en consideración recursos financieros tales como cuentas corrientes, cuentas de ahorros, IRA, CD, ahorros para la jubilación e inversiones. En todos los casos, la situación financiera general y los ingresos de la unidad familiar del paciente y la parte responsable se tienen en consideración para determinar la asistencia financiera.

La elegibilidad de asistencia financiera se basa en la Directriz Federal de Pobreza y otros recursos financieros.

La Directriz Federal de Pobreza se utiliza como directriz y se aplica teniendo en cuenta el tipo de servicio y las diferencias de entorno de los proveedores. La Directriz Federal de Pobreza, utilizada para determinar la asistencia financiera, se describe más adelante en esta política.

Para los ingresos hospitalarios o de observación no programados, se puede adeudar al hospital un copago (responsabilidad mínima del paciente) por ingreso. Se puede proporcionar, para los servicios hospitalarios, asistencia financiera hasta por el 100% de los cargos facturados menos el copago.

Se puede adeudar al hospital un copago por visitas a la sala de emergencias que no den lugar a un ingreso. Se puede proporcionar asistencia financiera hasta el 100% de los cargos facturados menos el copago.

Para los servicios hospitalarios programados, incluidos todos los servicios y ambulatorios programados, la asistencia financiera está limitada a no más del 75% de los cargos facturados.

### **Base para calcular los montos generalmente facturados - Solo cuentas hospitalarias**

Después de que la cuenta del paciente se reduzca por el ajuste de la asistencia financiera basada en esta política y directrices, el paciente es responsable de no más de las cantidades generalmente facturadas a las personas que tienen tarifa de Medicare por el servicio y las aseguradoras de salud privadas para la atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios. Se utiliza el método retrospectivo para determinar las AGB.

El documento de resumen de las AGB describe el cálculo e indica el porcentaje utilizado por el hospital. El resumen de cantidades generalmente facturadas está disponible en el sitio web regional de Hutchinson. [www.huctchregional.com](http://www.huctchregional.com)

Los pacientes o miembros del público pueden solicitar una copia de esta política, que está disponible sin cargo alguno en la oficina de admisión del hospital o poniéndose en contacto con la oficina de facturación.

### **Elegibilidad presunta**

HRMC puede basarse en la puntuación de un tercero para determinar la base de la asistencia financiera cuando un paciente no completa una solicitud de asistencia financiera. Los pacientes que cumplan los requisitos para la elegibilidad presunta pueden recibir asistencia total o parcial. Si se aprueba la asistencia parcial, el paciente recibe una factura por la cantidad reducida adeudada. Se notifica al paciente la aprobación parcial y cómo puede solicitar asistencia financiera para determinar si hay asistencia adicional disponible. Si el paciente solicita asistencia

adicional, se revisa la solicitud y se le notifica la decisión. Los pacientes que no reciban aprobación para recibir asistencia financiera completa reciben un estado de cuenta.

**Las directrices de FPL% para los servicios hospitalarios se aplican de la siguiente manera:**

**Véase el Anexo**

Los pacientes con objeciones religiosas o indios americanos con objeciones a seguros o programas gubernamentales pueden adeudar cantidades mayores cuando se les aprueba para obtener asistencia financiera, pero sin superar las AGB. Se tiene en consideración la capacidad del paciente para pagar junto con la capacidad de la comunidad religiosa o tribal para pagar la factura.

**Acción de cobranza**

En caso de falta de pago, HRMC hará esfuerzos para obtener el pago, lo que incluye envío de estados de facturación o cartas, realizar llamadas telefónicas o enviar su cuenta a un servicio autorizado, *es decir*, agencia de cobranza. Para decidir qué acción emprender, HRMC tiene en consideración el esfuerzo de buena fe del paciente para solicitar un programa de beneficios del gobierno o una Asistencia Financiera según esta FAP. También tenemos en consideración el esfuerzo de buena fe del paciente para cumplir con cualquier acuerdo de pago que tenga con nosotros.

Durante todas las conversaciones, hacemos “esfuerzos razonables” para ver si una persona cumple los requisitos para la Asistencia Financiera exigiendo a nuestro personal que les hable a nuestros pacientes acerca de nuestra FAP. Durante el período de 120 días posterior al alta, habrá un resumen escrito de este FAP en nuestros estados de cuenta.

En el caso de pacientes que cumplen los requisitos para recibir Asistencia Financiera y están cooperando de buena fe para resolver sus facturas de hospital con descuento, HRMC puede ofrecer planes de pago ampliados, no enviará las facturas pendientes a agencias de cobranza externas y abandonarán todo esfuerzo de cobranza interno.

Durante al menos 120 días desde la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta, HRMC se abstendrá de utilizar Acciones Extraordinarias de Cobranza (ECA). Además, antes de utilizar cualquier ECA, HRMC hará esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible según esta FAP. Los esfuerzos razonables incluyen cada uno de los siguientes:

Validar que el paciente adeuda las facturas pendientes y que hemos identificado y facturado todas las fuentes de pagos de terceros.

Documentación de que HRMC ha ofrecido o ha intentado ofrecer al paciente la oportunidad de solicitar Asistencia Financiera y que el paciente no ha cumplido con los requisitos de solicitud de HRMC.

Envío de cartas solicitando información concreta en caso de que recibamos una solicitud incompleta.

Si tenemos previsto emprender cualquier ECA antes del 240º día desde y después de la fecha en que HRMC proporcione su primer estado de cuenta posterior al alta, HRMC (o su representante autorizado) le enviará un aviso por escrito al paciente al menos 30 días antes de tales acciones. El aviso le informará del posible ECA si no presenta una solicitud de Asistencia Financiera, o paga la cantidad adeudada para la fecha límite del aviso.

Antes de la caducidad del período de 240 días (descrito anteriormente), HRMC procesará los formularios de solicitud cumplimentados. El solicitante debe devolver el formulario de solicitud y los documentos requeridos en un plazo de treinta (30) días desde la fecha de su recepción de la solicitud.

El Director de PFS determinará si HRMC ha realizado “esfuerzos razonables” antes de utilizar cualquier ECA.

### **No discriminación**

General. HRMC concede Asistencia Financiera basándose en una determinación individualizada de la necesidad financiera. No discriminamos con base en cualquier clase protegida legalmente, *por ej.*, edad, género, raza, orientación social o sexual, o afiliación religiosa.

Emergencias. Proporcionamos atención de modo no discriminatorio a personas para trastornos médicos de emergencia sin importar su capacidad de pago.

### **Remisiones o solicitudes de Asistencia Financiera**

Cualquier empleado, capellán, patrocinador religioso o nuestro personal médico (*es decir*, médicos y tratantes de nivel medio) pueden remitir a un paciente al Departamento de PFS para ver si es elegible bajo esta FAP.

El paciente o familiar, amigo cercano o asociado del paciente, sujeto a las leyes de privacidad aplicables, puede solicitar Asistencia Financiera.

### **Requisitos reglamentarios**

HRMC cumple con todas las demás leyes, reglas y normas federales, estatales y locales que puedan aplicarse a sus actividades bajo esta FAP.

**Lista de proveedores**  
**Creada/Última actualización: 27/06/18**

Proveedores afiliados al Hutchinson Regional Medical Center que proporcionarán atención de emergencia y médicamente necesaria en HRMC bajo los términos de la Política de Asistencia Financiera de HRMC:

- |  |              |
|--|--------------|
| 1. Radiology Professionals of Hutchinson, LLC<br>c/o Physician Billing Network (Radiólogos)                                    | 866-815-9776 |
| 2. Clinical Colleagues (Anestesiólogos)  | 866-902-4406 |
| 3. VEP Hutchinson Emergency Medical Group, LLC<br>c/o Emergency Group Office (Servicio de facturación de médicos ED)           | 877-346-2455 |
| 4. Hutchinson Physicians, PA & South Sound Inpatient Physicians, PLLC<br>c/o Hospitalists (Servicio de facturación de médicos) | 620-694-2084 |
| 5. Reno Pathology Associates, P.A. (Patólogos)   | 316-612-0556 |
| 6. Horizons Mental Health Center<br>c/o Trajectory RCS (Salud conductual)  | 316-831-1500 |

Proveedores afiliados al Hutchinson Regional Medical Center que proporcionarán atención de emergencia y médicamente necesaria en HRMC bajo los términos de la Política de Asistencia Financiera de HRMC:

1. Hutchinson Clinic, PA (todos los médicos y proveedores)

Anexo:

% de ingresos de FPL      Responsabilidad  
del paciente de beneficencia Admisiones de  
pacientes hospitalizados y en observación  
Servicios hospitalarios ambulatorios.

125% FPG =                              100% FA

150% FPG =                              85% FA

200% FPG                                75% FA

Visitas a la sala de emergencias que no dan lugar a una admisión

Menos del 300% de FPL      100% menos de copago      Copago de \$150 por visita