

DEPARTMENT: Collections	POLICY DESCRIPTION: Discount Charity Policy for Patients for Capital Medical Center
	REPLACES POLICY DATED: 01/09/15
REVISED: 9/20/2010; 6/17/13; 1/9/15; 03/31/2015, 03/10/2016	
APPROVED: 03/10/2016	RETIRED:
EFFECTIVE DATE: 10.01.2008	REFERENCE NUMBER:

ALCANCE:

Para solicitar y evaluar las Solicitudes de Asistencia Financiera a los efectos de procesar descuentos de Asistencia Benéfica.

PROPÓSITO:

Definir la política, de conformidad con las pautas estatales, para proporcionar ayuda financiera a los pacientes que han recibido servicios médicos hospitalarios adecuados incluidos los servicios hospitalarios razonablemente calculados para diagnosticar, corregir, curar, aliviar o prevenir el empeoramiento de afecciones que ponen en peligro la vida o causan sufrimiento o dolor, o traen como resultado una enfermedad o dolencia, o amenazan con causar o agravar una discapacidad, o causan deformidad o defecto físico, y no hay otro curso de tratamiento disponible o adecuado que sea igual de eficaz y más conservador o considerablemente menos costoso para la persona que solicita el servicio. Garantizar que la política de asistencia financiera a los pacientes sea consecuente con las pautas de ingresos, tal como se definen en el WAC 246-453-040(1) y WAC 246-453-040(2).

Asimismo, establecer protocolos para solicitar y procesar la Solicitud de Asistencia Financiera y definir los requisitos de documentación de respaldo para la validación de ingresos.

POLÍTICA:

Los descuentos de asistencia benéfica sólo podrán ser otorgados a los pacientes que reciben servicios médicos hospitalarios adecuados, tal como se define en el WAC 246-453-010(7). Los pacientes que cumplen con los requisitos del nivel de ingresos establecidos en WAC 246-453-040(1) y WAC 246-453-040(2) cualifican para descuentos de asistencia benéfica basado en el ingreso total de la unidad familiar del paciente:

- Todas las partes responsables con ingresos familiares iguales o inferiores al 250% del nivel federal de pobreza, ajustado al tamaño de la unidad familiar, deberán ser considerados indigentes y cualifican para recibir financiamiento de asistencia benéfica para la suma total de los cargos del hospital relacionados con servicios médicos hospitalarios adecuados que no están cubiertos por financiamiento de terceros públicos o privados.
- Los pacientes tienen que cooperar y solicitar toda asistencia que pueda haber disponible para ayudar a pagar su factura del hospital. El incumplimiento de este proceso puede traer como resultado la denegación inicial de la solicitud.
- Se tiene que completar una validación para asegurar que si alguna parte de los servicios médicos del paciente puede ser pagada por algún programa del gobierno federal o estatal (por ejemplo: Medicare, Medicaid, Champus, pagador secundario de Medicare), empresa privada de seguros o algún otro tercero pagador privado, no gubernamental, que el pago haya sido recibido y acreditado a la cuenta. Los descuentos de asistencia

DEPARTMENT: Collections	POLICY DESCRIPTION: Discount Charity Policy for Patients for Capital Medical Center
	REPLACES POLICY DATED: 01/09/15
REVISED: 9/20/2010; 6/17/13; 1/9/15; 03/31/2015, 03/10/2016	
APPROVED: 03/10/2016	RETIRED:
EFFECTIVE DATE: 10.01.2008	REFERENCE NUMBER:

benéfica serán aplicados a la cuenta del paciente una vez que se acrediten los pagos de terceros.

Notificación Pública

De conformidad con el WAC 246-453-020(2) y WAC 246-453-010(16), téngase en cuenta que los cargos por los servicios prestados a las personas que cumplen con los requisitos de ingresos especificados serán publicados en las áreas públicas del hospital y se pondrán a disposición de los pacientes por escrito y explicados en persona en el momento en que el hospital solicite información sobre la cobertura de terceros. La notificación y explicación escrita estará disponible en el idioma hablado por más del diez por ciento de la población en el área de servicio del hospital, y será interpretada para otros pacientes que no sean de habla inglesa o de habla inglesa limitada u otros pacientes que no sepan leer o entender el lenguaje escrito y la explicación.

Declaración Verbal para la Determinación Inicial de Elegibilidad

El personal de Acceso del paciente le proporcionará al paciente o a la parte responsable una solicitud para asistencia benéfica con instrucciones y asignará una revisión para asistencia benéfica basado en la información proporcionada verbalmente por el paciente o la parte responsable o al recibir una solicitud firmada y/o declaración que de fe de la exactitud de la información proporcionada o basado únicamente en la determinación inicial de categoría de garante cuando sea obvio que se trata de una persona indigente. El paciente o la parte responsable dispondrá de 14 días, o de la cantidad de tiempo que sea médicamente y razonablemente viable, para que el paciente obtenga y presente la documentación necesaria. No se iniciarán procesos de cobro durante el proceso de determinación de asistencia benéfica para la atención médica siempre y cuando la parte responsable colabore con los esfuerzos del hospital para llegar a una determinación inicial de la categoría de financiamiento.

Verificación de Ingresos y Activos

- Medicare requiere una verificación independiente de los ingresos y recursos para la determinación de asistencia benéfica para la atención médica con respecto a los beneficiarios de Medicare (PRM-I § 312).
- Para los beneficiarios de Medicare, además de completar satisfactoriamente la Solicitud de Asistencia Financiera, la documentación de ingresos preferida será la Declaración de Impuestos Federales del año más reciente. Todo paciente/parte responsable que no pueda proporcionar su Declaración de Impuestos Federales más reciente puede proporcionar uno de los documentos*** de la documentación de respaldo de la siguiente lista para cumplir con este requisito de verificación de ingresos:
 - Documentación de respaldo W-2
 - Documentación de respaldo 1099
 - Estados de cuenta de bancos y corredores de bolsa enumerados en la Declaración de Impuestos Federales más reciente

DEPARTMENT: Collections	POLICY DESCRIPTION: Discount Charity Policy for Patients for Capital Medical Center
	REPLACES POLICY DATED: 01/09/15
REVISED: 9/20/2010; 6/17/13; 1/9/15; 03/31/2015, 03/10/2016	
APPROVED: 03/10/2016	RETIRED:
EFFECTIVE DATE: 10.01.2008	REFERENCE NUMBER:

- Informe crediticio actual
- Beneficios elegibles de Medicare (Qualified Medicare Benefits o QMB) para pacientes hospitalizados solamente
- ***El beneficiario de Medicare que también es elegible para Medicaid (beneficiario con elegibilidad doble) automáticamente se presumirá indigente siempre y cuando se cumpla con los requisitos de "Facturación obligada" respaldados por la notificación de pago de Medicaid del estado.
- Documentación adicional aceptable para pacientes que no tienen Medicare:
 - Comprobantes de pago del empleador más reciente
 - Copias de todos los estados de cuentas de los últimos 3 meses
 - Documentación escrita de las fuentes de ingresos
- Cualquiera de los siguientes documentos se considerará prueba suficiente para tomar la determinación final de la categoría de financiamiento de asistencia benéfica para la atención médica, cuando la información de los ingresos sea anualizada según corresponda:
 - (a) Declaración de retención "W-2";
 - (b) Comprobantes de pago;
 - (c) Declaración de impuestos sobre la renta presentada más recientemente;
 - (d) Formularios de aprobación o denegación de elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado;
 - (e) Formularios de aprobación o denegación de subsidios por desempleo; o
 - (f) Declaraciones escritas de empleadores o agencias de bienestar público.
- En el caso de que la parte responsable no pueda proporcionar ninguna de la documentación descrita anteriormente, el hospital puede basarse en declaraciones escritas y firmadas por la parte responsable para tomar una determinación final de elegibilidad para la clasificación como persona indigente.
- Tras un minucioso examen de la Solicitud de Asistencia Financiera y el análisis documentado a través del procesamiento para Elegibilidad de Medicaid u otros medios, el gerente podrá prescindir de la documentación de respaldo en las cuentas que no sean de Medicare, Champus, Medicaid, o cuentas de pagador secundario de Medicare cuando sea evidente que el paciente/parte responsable no puede cumplir con el requisito de documentación de respaldo pero claramente reúne los requisitos para recibir asistencia benéfica.
- En ninguna circunstancia se considerarán gravámenes sobre bienes.
- Los Registradores, Asesores Financieros, Servicios de Apoyo, y los Cobradores

DEPARTMENT: Collections	POLICY DESCRIPTION: Discount Charity Policy for Patients for Capital Medical Center
	REPLACES POLICY DATED: 01/09/15
REVISED: 9/20/2010; 6/17/13; 1/9/15; 03/31/2015, 03/10/2016	
APPROVED: 03/10/2016	RETIRED:
EFFECTIVE DATE: 10.01.2008	REFERENCE NUMBER:

(Personal de Acceso del paciente) deberán utilizar todos los sistemas en línea disponibles para recopilar toda la información correcta para la determinación de asistencia benéfica. Todas las gestiones realizadas deben ser documentadas de forma clara, concisa y coherente en el Sistema de Cobros/Artiva. El personal debe demostrar respeto e integridad en todas las relaciones internas y externas. La confidencialidad es considerada de suma importancia y debe ser respetada por todo el personal. Todas las pautas establecidas por esta política deben cumplirse sin excepción.

Efecto de Pendiente a Medicaid sobre el Descuento de Asistencia Benéfica

Los procesos de Pendiente a Medicaid y Pendiente a Asistencia Benéfica no deben ser procesos simultáneos. La Determinación de Pendiente a Medicaid debe resolverse antes de evaluarse la posibilidad de Pendiente a Asistencia Benéfica.

Procesamiento para Asistencia Benéfica Basado en la Pautas Federales de Límites de Pobreza

A los pacientes que están dentro del 0-250% de las Pautas Federales de Límites de Pobreza se les procesará un 100% de Descuento de Asistencia Benéfica. A los pacientes que están dentro del 251-400% de las Pautas Federales de Límites de Pobreza se les procesará un 60% de descuento de asistencia benéfica. Este proceso será gestionado al establecer IPLANS con una Clase Financiera de 15 para los Pendientes a Asistencia Benéfica, Asistencia Benéfica del 0%- al 250%, y Asistencia Benéfica del 251% -400%. Cuando una cuenta cualifica para el 0%-250% de las FPG, la herramienta de Asistencia Benéfica asignará 099-51 para asignar un descuento del 100%. Cuando una cuenta cualifica para el 251%-400% de las FPG, la herramienta de Asistencia Benéfica asignará 099-53 Iplan y asignará automáticamente el descuento del 60% (archivo C300, modelo C300), descuento asignado automáticamente. Estos IPLANS serán adjuntados a LOGIDS estándar con los modelos apropiados para calcular el descuento aplicable y asignar automáticamente a la cuenta en la factura final y deben ser prorrateados al porcentaje adecuado de los cargos del paciente. Estos registros no serán revisados por discrepancias ni por ningún otro fin ya que los pagos incompletos o sobrepagos de pagos por cuenta propia serían identificados tal y como se identifican normalmente a través de nuestras unidades de cobros e informes de balance crediticio. En las cuentas en las que IPLAN de asistencia benéfica se asigna a la posición secundaria o terciaria, deberá aplicarse el correspondiente descuento manual. Se establecerán códigos estándar de procedimiento para su uso en aquellos casos en los que el descuento tiene que ser aplicado manualmente.

Procesamiento de Asistencia Benéfica Basado en Circunstancias Atenuantes

Puede haber casos de circunstancias atenuantes en las que el paciente/la parte responsable no puede completar la Solicitud de Asistencia Financiera y/o proporcionar documentación de respaldo y no se puede llevar a cabo la verificación de recursos o en que la indigencia médica del paciente se determina tal y como lo indican los requisitos/la política del estado. En esas circunstancias, un CFO, PAD, o su designado pueden tomar la decisión de prescindir de la

DEPARTMENT: Collections	POLICY DESCRIPTION: Discount Charity Policy for Patients for Capital Medical Center
	REPLACES POLICY DATED: 01/09/15
REVISED: 9/20/2010; 6/17/13; 1/9/15; 03/31/2015, 03/10/2016	
APPROVED: 03/10/2016	RETIRED:
EFFECTIVE DATE: 10.01.2008	REFERENCE NUMBER:

documentación de respaldo necesaria, a condición de que todos los intentos de obtener información adicional estén claramente documentados o se puedan realizar verificaciones adicionales de recursos para validar la necesidad de la asistencia benéfica. Algunas de las siguientes podrían considerarse circunstancias atenuantes:

- Residentes indocumentados o personas sin hogar: pacientes identificados como residentes indocumentados o personas sin hogar a través de
 - Determinación de elegibilidad de Medicaid
 - Proceso de inscripción
 - Alta para un refugio
 - Documentación de un coordinador clínico o coordinador de caso
- Fallecimiento del paciente: los pacientes que fallecen y se determine a través de contacto con la familia y/o registros del juzgado que no existe patrimonio alguno y no existe documentación al respecto pueden ser considerados para un descuento de asistencia benéfica a través de una revisión del gerente y aprobación para una excepción de la política. Los pacientes que fallecen antes o durante el proceso de evaluación para asistencia benéfica serán analizados para determinar si existe patrimonio en caso de no haberse completado el proceso. De no documentarse la indagación respecto al patrimonio, la cuenta se remitirá a un Representante Superior de Correspondencia para su revisión y el proceso de asistencia benéfica se suspenderá en espera del resultado de la revisión.
- Medicamento indigente: basado en los requisitos o las pautas estatales o si el paciente/parte responsable cumple con los requisitos para la categoría de medicamento indigente, un descuento de asistencia benéfica podrá ser aplicado después de la finalización del proceso de comprobación de recursos para el paciente/parte responsable según las directrices del estado:
- Conforme a WAC 246-453-040, los pacientes serán considerados indigentes si los ingresos de la unidad familiar están por debajo del 200% de las FPG ajustado al tamaño de la familia (para los pacientes de Capital Medical Center, los pacientes serán considerados indigentes si los ingresos de la familia están por debajo del 250% de las FPG ajustado al tamaño de la familia) o en los casos en que los ingresos del paciente/parte responsable superen el 200 por ciento del nivel federal de pobreza, ajustado al tamaño de la unidad familiar, el hospital puede determinar clasificar como indigentes en base a las circunstancias financieras individuales de la parte responsable.

Aprobación de Circunstancias Atenuantes

- La asignación de asistencia benéfica en circunstancias atenuantes tiene ser presentada en el formulario de "Aprobación de asignación de asistencia benéfica". La solicitud

DEPARTMENT: Collections	POLICY DESCRIPTION: Discount Charity Policy for Patients for Capital Medical Center
	REPLACES POLICY DATED: 01/09/15
REVISED: 9/20/2010; 6/17/13; 1/9/15; 03/31/2015, 03/10/2016	
APPROVED: 03/10/2016	RETIRED:
EFFECTIVE DATE: 10.01.2008	REFERENCE NUMBER:

debe ser aprobada sobre la base de los niveles de aprobación de ETRAN (ref. NSH.PP.PAS.003).

- Debe enviarse el formulario firmado para ser escaneado y colocarse en el expediente de la solicitud de Asistencia Benéfica.

Programas Estatales y Cobertura Futura

Varios programas de condados y gobiernos locales analizan a los pacientes conforme a las pautas federales de límites de pobreza para determinar si son elegibles para participar en Medicaid. La participación de los pacientes en estos programas o su futura participación también satisface los requisitos de certificación de ingresos de la Política de Asistencia Benéfica para Personas No Aseguradas. Se utilizará la fórmula de cero ingresos y un dependiente en la herramienta web para obtener un 100% de ajuste aplicado; no es necesario completar la Solicitud de Asistencia Financiera. La cuenta se identificará como "100% aprobado para MCD" o cobertura futura, para "programa o MCO".

Medicaid de Otro Estado sin Número de Proveedor

Los pacientes que participan activamente en programas estatales de Medicaid de otros estados para los que no se dispone de un número de proveedor y cuyos cargos prorrateados son menos de dos mil quinientos dólares (\$2,500) también satisfacen los requisitos de certificación de ingresos de la Política de Asistencia Benéfica para Personas No Aseguradas. Para estas cuentas, el Iplan de OOS Medicaid será reemplazado por el IPLAN (099-50) pendiente a asistencia benéfica. Todas las semanas se enviará al Director de correspondencia una lista de dichas cuentas. Las cuentas serán revisadas y aprobadas a través de la Herramienta En Línea para Asistencia Benéfica.

Denegación de Seguros

Cuando se recibe una denegación de una cuenta por servicios no cubiertos o por fecha de servicio no cubierta, etc., el Iplan pagador será eliminado y el Iplan para personas no aseguradas será asignado como pagador principal. Se asignará automáticamente el descuento para personas no aseguradas y se enviará un estado de cuenta al paciente. Según nuestra política, es necesario intentar cobrar la parte que es responsabilidad del paciente. Si el paciente no puede pagar y se comunica con el hospital, el Servicio al Cliente, la Agencia o cualquier otro agente de SSC, se le proporcionará una Solicitud para Asistencia. Tras la recepción de la Solicitud para asistencia financiera por el SSC, el Iplan (099-50) pendiente a asistencia benéfica se añadirá a la cuenta.

Restituciones a Las Cuentas de Asistencia Benéfica

La expectativa general es que todos los pacientes paguen por los servicios prestados si no están totalmente cubiertos por terceros. En el caso de que una parte responsable pague una parte o la totalidad de los cargos relacionados con los servicios por el cuidado médico hospitalario apropiado, y posteriormente se determine que se reúnan los requisitos para asistencia benéfica

DEPARTMENT: Collections	POLICY DESCRIPTION: Discount Charity Policy for Patients for Capital Medical Center
	REPLACES POLICY DATED: 01/09/15
REVISED: 9/20/2010; 6/17/13; 1/9/15; 03/31/2015, 03/10/2016	
APPROVED: 03/10/2016	RETIRED:
EFFECTIVE DATE: 10.01.2008	REFERENCE NUMBER:

para la atención médica en el momento en que se prestaron los servicios, cualquier pago en exceso de la cantidad que se considere adecuada de conformidad con WAC [246-453-040](#) será reembolsado al paciente dentro de los treinta días tras recibir la clasificación de asistencia benéfica para la atención médica.

Intentos de cobro

No se iniciarán intentos de cobro de la parte responsable mientras dure la determinación inicial de la categoría de patrocinio. Si la determinación inicial indica que es posible que la parte responsable cumpla con los criterios para su clasificación como persona indigente, se excluirán los intentos de cobro hasta que se tome una determinación final siempre y cuando la parte responsable colabore con los intentos razonables del hospital para llegar a una determinación final de la categoría de patrocinio.

Notificación de Determinación Final

Los solicitantes de asistencia benéfica para la atención médica recibirán una notificación de la determinación final de la categoría de patrocinio en un plazo de catorce días calendario a partir de la recepción de la información solicitada. En el caso de las aprobaciones, las partes deben ser notificadas de la cantidad que será cubierta. En el caso de denegación, las partes serán notificadas por escrito de la denegación y en que se basó tal decisión.

Proceso de Disputa del Paciente

- A todo paciente/parte responsable a quien se le niegue asistencia benéfica para la atención médica será notificado que dispone de treinta días para solicitar una apelación de la determinación final. A todo paciente/parte responsable a quien se le niegue asistencia benéfica para la atención médica también se le proporcionará un procedimiento de apelación que le permita corregir las posibles deficiencias en la documentación o solicitar la revisión de la denegación.
- En el caso de que el paciente desee presentar una disputa y apelar su elegibilidad para esta política, el paciente puede solicitar una revisión del Director de Acceso del Paciente, Director Financiero del Hospital o un ejecutivo del SSC.
- Si el paciente apela su denegación y es denegado por segunda vez por la misma cuenta y por la misma razón, una copia de la apelación de la denegación y los motivos de la denegación será enviada a la parte responsable y enviada para su revisión a la oficina de Sistemas de datos de pacientes y hospitales del Departamento de Salud del Estado de Washington con copias de la documentación utilizada para tomar la decisión.
- Se cesará todo intento de cobro en los casos en que se presente una apelación de la denegación de cobertura de asistencia benéfica para la atención médica hasta tanto haya concluido la apelación.

Responsabilidad de Aprobación

La oficina de administración dirige la política sobre la base de las pautas normativas

DEPARTMENT: Collections	POLICY DESCRIPTION: Discount Charity Policy for Patients for Capital Medical Center
	REPLACES POLICY DATED: 01/09/15
REVISED: 9/20/2010; 6/17/13; 1/9/15; 03/31/2015, 03/10/2016	
APPROVED: 03/10/2016	RETIRED:
EFFECTIVE DATE: 10.01.2008	REFERENCE NUMBER:

anteriores y las aprobaciones finales, denegaciones o excepciones las toman el Presidente y/o Director Ejecutivo del Capital Medical Center.