

Título: Ayuda financiera para servicios hospitalarios**Alcance:**

Esta política se aplica a los pacientes que califican para atención de beneficencia o ayuda financiera por los servicios recibidos dentro de las instalaciones hospitalarias de MultiCare Health System (MHS) según lo dispuesto por MHS.

Declaración de la política

MHS se rige por la misión de brindar una atención de alta calidad dirigida al paciente. Estamos comprometidos a servir a todos los pacientes, incluso aquellos que carecen de cobertura médica y no pueden pagar toda o parte de la atención básica brindada. Estamos comprometidos a tratar a todos los pacientes con sensibilidad. Estamos comprometidos a mantener las políticas de ayuda financiera que sean compatibles con nuestra misión y valores, y que tomen en cuenta la capacidad individual de pago por los servicios médicamente necesarios.

Definiciones

Las "gestiones de cobranza" y las "medidas de cobranza extraordinarias" (ECA, por sus siglas en inglés) se definen con base en la política sobre las Pautas de cobranza de MHS.

La "atención de beneficencia" o "ayuda financiera" se refiere a la atención hospitalaria médicamente necesaria prestada a las personas elegibles cuando se agotó la cobertura de terceros, si existiera alguna, en la medida que no puedan pagar por la atención o pagar los montos de deducible o coseguro requeridos por un pagador tercero con base en los criterios de esta política. Cuando nos comuniquemos con nuestros pacientes, usaremos el término "ayuda financiera" en lugar de "atención de beneficencia". Ambos términos son sinónimos para los propósitos de esta política y las cuentas de facturación de MHS.

Se define como "persona(s) elegible(s)" a aquellos pacientes que han agotado toda fuente de terceros y cuyos ingresos son iguales o están por debajo del 500 % de los estándares de nivel de pobreza federal que se ajustan al tamaño de la familia.

Las "afecciones médicas de emergencia" (EMC, por sus siglas en inglés), se definen según la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo (EMTALA, por sus siglas en inglés) de MHS, en conformidad con la política, la cual concuerda con WAC 246-453-010.

Según WAC 246-453-010 (18), se define como "familia" a un grupo de dos o más personas que tienen un parentesco por nacimiento, matrimonio o adopción, y que viven juntas. Todas estas personas emparentadas se consideran como miembros de una familia.

	<p>6. Según WAC 246-453-010(17), se define como "ingreso" el total de ingresos recibidos en efectivo antes de impuestos, proveniente de los sueldos y salarios, prestaciones sociales, pagos del seguro social, beneficios por huelga, beneficios por desempleo o discapacidad, manutención infantil, pensión y ganancias netas de actividades comerciales y de inversiones.</p> <p>7. Según WAC 246-453-010 (7), se define como "medicamente necesarios" los servicios médicos brindados en un hospital de manera adecuada.</p> <p>8. La "parte responsable" se refiere al individuo que es responsable por el pago de algún cargo hospitalario que, por lo demás, no esté cubierto por una fuente de financiamiento según se describe más adelante.</p>
	<p>Lineamientos de política</p> <p>Esta política cuenta con lineamientos para tomar decisiones coherentes y objetivas con respecto a la elegibilidad para la ayuda financiera. La ayuda financiera está disponible para los servicios de atención hospitalaria médicamente necesarios (incluso atención de emergencia) que brinda MultiCare Health System.</p> <p>Se brindará atención de emergencia a los pacientes con afecciones médicas emergentes independientemente de su capacidad de pago. MHS deberá asignar recursos para identificar casos de beneficencia y brindar atención no remunerada según RCW 70.170 y WAC 246453. Ver Política de MHS: Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo (EMTALA), de conformidad con.</p> <p>MHS apoya el compromiso voluntario de los hospitales a nivel nacional con respecto a brindar ayuda financiera a personas elegibles de conformidad con la metodología provista y actualizada anualmente por Washington State Hospital Association.</p> <p>La consideración que se brinde para la ayuda financiera se hará de manera equitativa a todas las personas elegibles, independientemente de la raza, color, sexo, religión, edad, país de origen, condición de veterano, estado civil, orientación sexual, situación migratoria u otras condiciones protegidas según la ley. Ver Política no discriminatoria del paciente de MHS. Toda la información relacionada con la ayuda financiera es confidencial y está protegida por las pautas de HIPAA. Ver Cumplimiento de la política de privacidad de HIPAA: Política Administrativa.</p> <p>La lista de proveedores que aceptan y no aceptan ayuda financiera se encuentra en https://www.multicare.org/financial-assistance/ .</p> <p>Esta política describe los procesos para evaluar solicitudes y otorgar la ayuda financiera con el fin de brindar atención de forma gratuita y con descuentos según los siguientes niveles basados en el Índice Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) que se ajusta al tamaño de cada familia:</p> <p>a) 100 % de ayuda financiera: niveles de ingreso iguales o por debajo del 300 % del FPL, o</p>

b) Ayuda financiera de escala variable: niveles de ingreso de entre 300.5 % y 500 % del FPL.

Procedimiento:

I. Criterio de elegibilidad

Para que la parte responsable sea considerada elegible para la ayuda financiera, debe cumplir con los siguientes criterios:

A. *Agotamiento de todas las fuentes de financiamiento*

1. Se deben agotar alguna de las siguientes fuentes antes de que la parte responsable sea considerada para la ayuda financiera:
 - a. Planes médicos individuales o grupales
 - b. Programas de compensación laboral
 - c. Programas de Medicaid
 - d. Otros programas estatales, federales o militares
 - e. Situaciones de responsabilidad de terceros (por ejemplo, accidentes automovilísticos o lesiones personales)
 - f. Programas de beneficios de salud para pueblos indígenas
 - g. Programa ministerial compartido de atención médica
 - h. Cualquier otra persona o entidad con responsabilidad legal para hacer el pago
 - i. Fondos de cuentas de ahorros para gastos médicos (HSA, por sus siglas en inglés). MHS puede requerir que la parte responsable utilice completamente los fondos disponibles de HSA para cumplir con los saldos pendientes.
2. MHS obtendrá el pago de cualquier fuente de financiamiento disponible. El monto restante que es responsabilidad del paciente será elegible para la ayuda financiera con base en los criterios de esta política.

B. *Solicitud de ayuda financiera completada con exactitud.*

1. Las solicitudes incompletas serán rechazadas. Los pacientes pueden apelar si se rechaza la solicitud, y proporcionar la información faltante según las pautas indicadas a continuación.
2. Si la solicitud supone una carga excesiva, considerando cualquier deficiencia física, mental, intelectual o sensorial, así como barreras de lenguaje que puedan hacer difícil que la parte responsable cumpla con los procedimientos de solicitud, entonces no se le obligará a que siga este proceso de solicitud.

C. *Elegibilidad para Medicaid dentro de los 90 días a partir de la fecha de prestación de los servicios en lugar de la solicitud*

1. La determinación de elegibilidad para Medicaid dentro de los 90 días a partir de la fecha de prestación de los servicios puede reemplazar la solicitud de ayuda financiera, y puede usarse para que la parte responsable pueda calificar para el 100 % de la ayuda financiera, excepto para cantidades de gastos reducidos. La prueba de elegibilidad será la

presencia de la cobertura de Medicaid durante el plazo establecido en el expediente de cobertura del paciente en Epic.

D. Determinación presuntiva o circunstancias extraordinarias

1. La parte responsable puede calificar para la ayuda financiera con base en una determinación presuntiva o circunstancias de vida extraordinarias, tales como las descritas a continuación.

E. Servicios prestados médicamente necesarios

1. Los servicios brindados al paciente deben ser médicamente necesarios y no electivos.
2. Los servicios programados que parezcan no ser médicamente necesarios serán revisados por la Gestión de utilización previo a la fecha de servicio para determinar la necesidad médica.

F. Pacientes internacionales

1. Un comité con representantes del liderazgo médico, del ciclo de ingresos y de finanzas considerará caso por caso las determinaciones de elegibilidad para los pacientes internacionales que reciban servicios no emergentes.

II. Constancia de ingresos

Se evaluarán los ingresos con base en los siguientes criterios:

A. Verificación de ingresos

1. Cualquiera de los siguientes tipos de documentos serán aceptables para los propósitos de verificación de ingresos:
 - a. Comprobante de retención W2
 - b. Talonarios de pago
 - c. Declaraciones de impuesto más recientes presentadas al IRS
 - d. Determinación de Medicaid o atención médica financiada por el estado
 - e. Determinación de elegibilidad para la compensación por desempleo
 - f. Declaraciones escritas de empleadores o agencias de asistencia pública
2. En caso de recibir beneficios del seguro social y de jubilación, se pueden presentar los estados de cuenta bancaria para demostrar el depósito mensual congruente.
3. En caso de que la parte responsable no pueda proporcionar la documentación descrita anteriormente, MHS debe basarse en las declaraciones escritas y firmadas por la parte responsable para llevar a cabo una determinación final de elegibilidad.
4. MHS también puede usar la verificación de la capacidad por parte de terceros para llegar a una determinación presuntiva y aplicar un descuento de caridad sin tener que recibir una solicitud de ayuda financiera.

B. Cálculo de ingresos

1. MHS utilizará las siguientes pautas para calcular los ingresos:
 - a. Todos los ingresos familiares serán incluidos en el cálculo.

- b. Con base en el tipo de documento proporcionado, se calcularán los ingresos que representen un período de 12 meses.

C. Tiempo de la determinación

1. Los ingresos se determinarán a partir del momento en el que se prestaron los servicios.
2. Se considerará el ingreso que se percibió en el momento en que se presentó la solicitud de ayuda financiera si esta se presentó dentro de los dos años a partir del momento en que se prestaron los servicios, y la parte responsable se haya esforzado de buena fe por pagar los servicios.

III. Proceso para la determinación de elegibilidad

1. Al momento de registrarse o tan pronto como se haya empezado a brindar los servicios, MultiCare realizará una determinación inicial de elegibilidad después de revisar el cuadro de FPL que corresponda con el paciente. Si se determina que el paciente podría estar por debajo del 200 % del FPL, no se le pedirá que efectúe el pago y se le remitirá al Navegador financiero del paciente (PFN, por sus siglas en inglés) que le brindará información adicional acerca de la ayuda financiera y otros programas que podrían estar disponibles para el paciente.
2. La acción de cobranza se suspenderá por 30 días calendarios para los pacientes que se crea que estén por debajo del 200 % del FPL y se le pedirá a la parte responsable que complete una solicitud de ayuda financiera. Si no se recibe la solicitud dentro de los 30 días, se reanudará la acción de cobranza.
3. Una vez recibida la solicitud, el PFN la revisará para determinar la elegibilidad.
4. Se rechazarán las solicitudes incompletas. La parte responsable recibirá una carta indicando la información faltante y podrá apelar la decisión de acuerdo con los requisitos que se muestran a continuación.
5. Se le enviará un aviso de determinación por escrito al solicitante dentro de los 14 días calendario a partir de la recepción de la solicitud completa.
6. De ser aprobada, este aviso incluirá el monto por el que la parte responsable tendrá responsabilidad financiera, si hubiere alguno.
7. La aprobación tendrá una validez de 180 días, período después del cual se deberá presentar una solicitud nueva. La adjudicación para las personas elegibles que tengan ingresos fijos, como beneficios del seguro social, serán aprobadas por un año, a discreción del PFN que revise la solicitud.

IV. Apelaciones

1. La parte responsable puede apelar la determinación proporcionando una verificación adicional de ingresos o tamaño familiar dentro de los 30 días a partir de la recepción de la determinación.
2. MultiCare emitirá una respuesta a la apelación dentro de los 14 días a

3. Todas las apelaciones serán revisadas y aprobadas o rechazadas por parte del supervisor o gerente del Departamento de navegación financiera del paciente.
4. Si se rechaza la apelación, esta se presentará al director ejecutivo de acceso a pacientes, al vicepresidente del ciclo de ingresos o al director financiero (CFO, por sus siglas en inglés) para la determinación final. Si esta determinación ratifica el rechazo previo de la ayuda financiera, se enviará un aviso por escrito a la parte responsable y al departamento de salud de conformidad con la ley estatal.
5. Se suspenderán las gestiones de cobranza durante el período de apelación de 30 días calendario y el período de revisión de la apelación de 14 días calendario.

V. Aplicación de niveles de descuento para la ayuda financiera

La ayuda financiera se aplica a los saldos combinados de todas las cuentas abiertas de la parte responsable en el momento en que se envía la solicitud. El monto adeudado por una persona elegible que califique según los términos de esta política de ayuda financiera no excederá los montos generalmente facturados a la parte responsable que no se encuentre recibiendo la ayuda.

El método utilizado para calcular el descuento aplicado al saldo de una persona elegible se basará en un análisis de retrospectiva anual. Se determinará un tarifa para cada hospital. Esta se calculará utilizando un método retrospectivo que consiste en extraer un año de reclamos que se han pagado en su totalidad para la parte responsable que tiene Medicare o seguro médico privado o comercial, con el fin de determinar el "monto generalmente facturado". Los pacientes pueden obtener información gratuita acerca de los cálculos de montos generalmente facturados, llamando al 800-919-1936.

1. Se tomarán en cuenta los saldos para la ayuda financiera con base en las pautas del FPL del apéndice A.
2. Si la persona elegible reside en Hawai o Alaska, se utilizarán las pautas del FPL relacionadas con esos estados para realizar la determinación de la ayuda.

Los ajustes de la ayuda financiera se considerarán de forma individual con respecto a los saldos de la cuenta. La aprobación de los ajustes se autorizará de la siguiente manera:

1. Navegador financiero del paciente: \$0.01 - \$4,999
2. Supervisor del ciclo de ingresos: \$5,000 - \$49,999
3. Gerente o director del ciclo de ingresos: \$50,000 - \$99,999
4. Director ejecutivo de acceso a pacientes: \$100,000 - \$499,999
5. Vicepresidente: \$499,999 - \$999,999
6. SVP y CFO: \$1,000,000 - \$2,999,999

El volumen de solicitudes y la adhesión a esta política serán supervisadas y

VI. Elegibilidad presuntiva

La elegibilidad se podría determinar con base en la presunción.

1. MHS puede utilizar un software de un tercer proveedor o aplicaciones de software para determinar la cobrabilidad de una cuenta. Esta es una verificación de crédito "suave" y no afectará la calificación crediticia de la parte responsable.
2. Si estas revisiones determinan que el paciente podría estar en el 200 % del FPL o por debajo, se hará un ajuste automáticamente asumiendo que la cuenta califica por lo demás para la ayuda financiera.

VII. Circunstancias de vida extraordinarias

Las circunstancias de vida extraordinarias también pueden justificar la ayuda financiera.

Tales circunstancias pueden incluir lo siguiente:

1. Personas sin hogar

Una persona sin hogar es un individuo que no tiene casa o lugar de residencia, y depende de la beneficencia o asistencia pública. Tales individuos serán elegibles para la ayuda financiera, aun cuando no puedan proporcionar la documentación necesaria para la solicitud de ayuda financiera.

2. Pacientes fallecidos

Los gastos en los que incurra un paciente que haya fallecido aún pueden ser considerados como elegibles para la ayuda financiera. Para la solicitud de ayuda financiera, el paciente fallecido deberá contarse como miembro de familia. Las cuentas que se encuentren en una condición de "patrimonio" o situaciones en las que el patrimonio no se haya abierto no serán elegibles para la ayuda financiera hasta que el patrimonio esté liquidado.

3. Reclusos

La parte responsable que se encuentre en prisión puede ser considerada como elegible en caso de que el estado o el condado haya hecho la determinación de no hacerse responsable de los gastos del recluso o paciente, y este es responsable de la factura. Los gastos en los que se incurra mientras esté detenido por lo general se pagan a través de la agencia policíaca y no calificarían para la ayuda financiera.

4. Determinaciones por catástrofes

La parte responsable puede calificar para un descuento por catástrofe. Solo los servicios médicamente necesarios son elegibles para un descuento por catástrofe. Los eventos catastróficos se determinarán caso por caso. Los casos catastróficos podrían incluir gastos médicos extraordinarios o situaciones precarias. Todos los recursos provenientes de ingresos y no ingresos se toman en cuenta en la determinación para incluir el potencial de ganancia por ingreso futuro de la parte responsable, especialmente si su capacidad laboral pudiera estar limitada como consecuencia de una enfermedad o su capacidad

la navegación financiera del paciente le ayudará a hacer una determinación con base en la solicitud por evento catastrófico.

Las solicitudes de ayuda financiera podrían proceder de otras fuentes, como médicos, grupos religiosos o comunitarios, servicios sociales, personal de servicios financieros o de la parte responsable.

VIII. Gestiones de cobranza para cuentas pendientes de pacientes

MHS no iniciará gestiones de cobranza o solicitudes de depósito, siempre que, dentro de un período razonable, la parte responsable coopere con las gestiones del sistema para llegar a una determinación con respecto al estado de elegibilidad para la ayuda financiera. Solo se podría iniciar las ECA luego del período de aviso, de conformidad con la política de MHS: Pautas de cobranza de cuentas de pacientes.

Después de aplicar el plan de tarifa variable, se seguirán los procedimientos de cobranza regulares para obtener el pago del restante de la obligación financiera de la parte responsable, de conformidad con la política.

En caso de que la parte responsable pague una parte o la totalidad de los gastos relacionados con los servicios médicamente necesarios, y posteriormente se confirme que cumple con los criterios para la ayuda financiera, cualquier pago por los servicios que supere el monto aprobado será reembolsado a la parte responsable dentro de los 30 días a partir de la determinación de elegibilidad.

IX. Capacitación del personal

1. Todo el personal adecuado y pertinente que trabaja en las instalaciones de los hospitales desempeñando funciones de registro, admisión, facturación u otras funciones relacionadas deberá participar en una capacitación estandarizada con base en esta política de ayuda financiera, así como el manejo de los servicios de interpretación para ayudar a personas con dominio limitado del inglés o que no lo hablan, a entender la información sobre la disponibilidad de ayuda financiera.
2. La capacitación deberá ayudar a garantizar que el personal pueda responder a preguntas sobre ayuda financiera de forma eficiente, manejar los servicios de interpretación de manera que se reciban, y dirigir cualquier consulta al departamento adecuado de manera oportuna.

X. Difusión de la política de ayuda financiera de MHS

1. A todos los pacientes se les proveerá información sobre la disponibilidad de ayuda financiera al momento de registrarse. Se pueden solicitar copias adicionales a los navegadores financieros del hospital o a los técnicos de acceso al paciente en las instalaciones del hospital.
2. Se colocarán avisos sobre la disponibilidad de ayuda financiera en todos los idiomas hablados por más del 10 % de la población, y en todas las áreas públicas clave del hospital, incluso en admisión.

	<p>registro, emergencia, facturación y servicios financieros.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Esta política, la solicitud y un resumen en lenguaje simple están disponibles para los pacientes de forma gratuita llamando al 800-919-1936. 4. Hay asesores financieros disponibles en persona para discutir las opciones de ayuda financiera en todas las sucursales del hospital, o por teléfono para las demás áreas del sistema de salud. 5. Las facturas que se envíen a las partes responsables tendrán la información sobre la disponibilidad de la ayuda financiera tanto en inglés como en español. 6. El material impreso está disponible en inglés, árabe, birmano, camboyano, chino (simplificado), chino (tradicional), filipino, italiano, alemán, marshalés, somalí, francés, coreano, lao, punjabí, ruso, español, ucraniano y vietnamita. 7. Los avisos a toda la comunidad se difundirán de la siguientes manera: <ol style="list-style-type: none"> a. Estarán disponibles en el área de registro de todas las instalaciones hospitalarias. b. Se encontrarán en la página web de MHS www.multicare.org. c. Se enviarán comunicados a nuestros socios comunitarios para su distribución. d. Solicitándolos al 800-919-1936.
	<p>Políticas relacionadas: MultiCare P & P: "Ayuda financiera para servicios en la clínica" MultiCare P & P: "Descuentos por pronto pago del asegurado" MultiCare P & P: "Planes de pago para pacientes y facturación del hospital y del médico" MultiCare P & P: "Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo (EMTALA), de conformidad con" MultiCare P & P: "Pautas de cobranza para cuentas de pacientes" MultiCare P & P: "Autorización: gastos y compromisos" MultiCare P & P: "Política no discriminatoria del paciente" MultiCare P & P: "Servicios de interpretación para personas con dominio limitado del inglés (LEP) y discapacidades"</p>
	<p>Formularios relacionados: Constancia de ingresos para la ayuda financiera, hoja de instrucciones, solicitud de ayuda financiera, carta de ayuda financiera a pacientes y folleto para pacientes con el resumen en lenguaje simple.</p> <p>Apéndice A: Ayuda financiera</p>
	<p>Referencias: RCW 70.170 WAC 246-453 Registro Federal Vol 79, 31 de diciembre de 2014, Norma Definitiva</p>
	<p>Punto de contacto:</p>

Director ejecutivo de acceso a pacientes, 253-697-2979	
Aprobado por: Consejo Directivo de Calidad	Fecha de aprobación: 7/12; 8/13; 7/14; 4/15
Fecha original: Fechas de revisión:	5/97 11/00; 8/03; 2/05; 2/06; 9/08; 11/09; 4/11; 6/12; 8/13; 7/14; 3/15, 2/17, 2/18, 8/18, 9/18
Revisado sin cambios de fechas:	X/XX; X/XX

Distribución: MHS Intranet

Título anterior: Atención de beneficencia y asistencia financiera (antes de 9/14)

TAMAÑO DE LA FAMILIA	Ingreso Bruto Anual	300 %	350 %	400 %	450 %	500 %
1	\$12,760	\$38,280	\$44,660	\$51,040	\$57,420	\$63,800
2	\$17,240	\$51,720	\$60,340	\$68,960	\$77,580	\$86,200
3	\$21,720	\$65,160	\$76,020	\$86,880	\$97,740	\$108,600
4	\$26,200	\$78,600	\$91,700	\$104,800	\$117,900	\$131,000
5	\$30,680	\$92,040	\$107,380	\$122,720	\$138,060	\$153,400
6	\$35,160	\$105,480	\$123,060	\$140,640	\$158,220	\$175,800
7	\$39,640	\$118,920	\$138,740	\$158,560	\$178,380	\$198,200
8	\$44,120	\$132,360	\$154,420	\$176,480	\$198,540	\$220,600
9	\$48,600	\$145,800	\$170,100	\$194,400	\$218,700	\$243,000
10	\$53,080	\$159,240	\$185,780	\$212,320	\$238,860	\$265,400
CADA MIEMBRO ADICIONAL	\$4,480					

Nivel de pobreza, hasta					
300 %	350 %	400 %	450 %	500 %	
Descuento de beneficencia, %					
100 %	95 %	90 %	80 %	70 %	
Responsabilidad del paciente, %					
0 %	5 %	10 %	20 %	30 %	