

Policy & Procedures

Title: Charity Care Program (Compassionate Care/Financial Assistance) Spanish

Affected Departments: Business Office

Date Created: 05/08/2017

Last Review Date: 05/17/2017

Pages: 1 of 5

Approved By: Kevin Abel (Chief Executive Officer)

Asistencia Financiera/ Póliza de Ayuda de Caridad

Lake Chelan Community Hospital & Clinics ha asumido el compromiso de garantizar que nuestros pacientes obtengan la atención hospitalaria que necesitan sin importar su capacidad para pagar por dicha atención. Proporcionar atención médica a aquellos que no pueden pagarla es parte de nuestra misión y la ley estatal exige que los hospitales proporcionen atención gratuita y con descuento a los pacientes elegibles. Usted podría calificar para obtener atención gratuita o con descuento basado en el tamaño y los ingresos de su familia, incluso si tiene seguro de salud.

Si piensa que podría tener dificultades para pagar por su atención médica, le pedimos que hable con nosotros. Cuando sea posible, le recomendamos que solicite atención financiera antes de recibir tratamiento médico.

¿Qué está Cubierto? Para servicios de emergencia y otros servicios hospitalarios pertinentes en Lake Chelan Community Hospital & Clinics, proporcionamos atención gratuita y asistencia financiera/ayuda de caridad a los pacientes elegibles sobre la base de la escala de tarifa móvil de honorarios a quien sus ingresos son bajo de 300% de la directriz federal de pobreza. A ningún paciente elegible para recibir asistencia financiera/ ayuda de caridad se le cobrará más que los montos facturados en general a los pacientes que tienen seguro.

Cómo presentar una solicitud: Cualquier paciente puede solicitar recibir asistencia financiera/ ayuda de caridad presentando una solicitud y proporcionando documentación de respaldo. Si tiene preguntas, necesita ayuda o desea recibir una aplicación de solicitud o más información, comuníquese con nosotros:

- Al ingresar o al salir del hospital;
- Por teléfono: 509-682-6101 o 509-726-6017
- En nuestro sitio web: **www.lakechelancommunityhospital.com**
- Personalmente: en la oficina de asistencia financiera
- Para obtener documentos por correo postal: por favor solicite una copia llamando a los números anteriores

Si el Inglés no es su idioma principal: Versiones traducidas de la aplicación son disponibles bajo petición.

Otra Asistencia:

Asistencia de cobertura: Usted podría ser elegible para otros programas gubernamentales y comunitarios. Podemos ayudarle a informarse si estos programas (incluso beneficios de Medicaid/Apple Health y Veterans Affairs) pueden contribuir a cubrir sus facturas médicas. Podemos ayudarle a aplicar para estos programas.

Descuentos para personas sin seguro: Ofrecemos un descuento para los pacientes que no tienen cobertura por un seguro de salud. Comuníquese con nosotros acerca de nuestro programa de descuentos.

Planes de pago: Cualquier balance de cantidades debidas por usted son debidas dentro 90 días. El balance puede ser pagado en cualquiera de las siguientes maneras: tarjeta de crédito, plan de pagos, dinero en efectivo, cheque o pago por el sitio web. Si necesita un plan de pagos, por favor llame al número que está en su facturación.

Atención de emergencia: Lake Chelan Community Hospital & Clinics tiene un departamento de emergencias muy dedicado y proporciona atención para condiciones médicas de emergencia (según definido por la Ley Laboral y de Tratamiento Médico de Emergencia) sin discriminación constante con capacidades disponibles, sin respecto a si un paciente tiene o no la capacidad para pagar o es elegible para ayuda financiera.

Gracias por confiarnos con su cuidado.

PROCEDIMIENTO

DEFINICIONES

La Política de Asistencia Financiera tiene el objetivo de garantizar que las personas que residen en el estado de Washington y que se encuentren o estén cerca del índice federal de pobreza reciban servicios médicos hospitalarios a un costo establecido según la posibilidad que tienen de pagar los servicios; también se incluye la posibilidad de recibir asistencia sin costo alguno. La asistencia financiera se otorgará a todas las personas que cumplan con los requisitos, independientemente de la edad, la raza, el color, la religión, el sexo, la orientación sexual o el país de origen de conformidad con los capítulos 246 a 453 del Código Administrativo de Washington (Washington Administrative Code, WAC) y el Código Revisado de Washington (Revised Code of Washington, RCW) 70.170.

Asistencia financiera: los servicios médicos hospitalarios de LCCHC se brindan a las personas en la medida en que esas personas no puedan pagar la asistencia, los deducibles o las sumas de los **coaseguros** que exige un tercer pagador. Las personas que hayan agotado cualquier fuente externa, incluidos Medicare y Medicaid, y cuyo ingreso sea igual o menor al 300% de los estándares de pobreza federal, ajustado al tamaño de la familia o que de otra manera no sea suficiente para permitirles pagar la atención médica, los deducibles o los montos del **coaseguro** exigidos por un pagador tercero, podrán ser elegibles para recibir asistencia **financiera**.

Condición médica de emergencia: una enfermedad que se manifiesta a través de síntomas agudos graves, incluido el dolor intenso; por ejemplo, la falta de asistencia médica inmediata puede razonablemente derivar en lo siguiente:

1. Poner en peligro grave la salud de la persona (en el caso de una embarazada, la madre o el niño por nacer).
2. Trastornos graves de las funciones corporales.
3. Disfunción grave de los órganos o partes del cuerpo.

Con respecto a una mujer embarazada que tiene contracciones, el término hará referencia a lo siguiente:

4. No hay tiempo suficiente para efectuar un traslado seguro a otro hospital antes del parto.
5. El traslado puede poner en peligro la salud o la seguridad de la mujer o del niño por nacer.

Miembros de LCCHC: A los efectos de esta política, un médico u otro profesional de asistencia médica calificado que haya firmado un acuerdo de práctica con LCCHC o haya vuelto a designar sus servicios con LCCHC según un acuerdo contractual y proporcione servicios en lugares de práctica autorizados de LCCHC.

CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD

Las personas que solicitan asistencia financiera deben cumplir con los requisitos de elegibilidad y completar un proceso de solicitud según se describe en este documento.

Residencia y alcance de los servicios

La elegibilidad para recibir asistencia financiera exige que la persona resida en el estado de

Washington y que los servicios médicos que se solicitan sean servicios médicos hospitalarios adecuados, a diferencia de los servicios que son de investigación, electivos o experimentales por naturaleza. Una persona no reside en el estado de Washington y no es elegible para recibir asistencia financiera cuando ingresa al estado solo con el objetivo de solicitar asistencia médica. Los refugiados, los asilados y aquellas personas en busca de asilo están eximidos del requisito de residencia en el estado de Washington para recibir asistencia financiera. También están exentos de este requisito aquellos pacientes que tienen una enfermedad de urgencia. La asistencia financiera no se denegará por la condición de inmigrante. Las excepciones de residencia y el alcance de los requisitos de servicios descritos en este párrafo pueden aplicarse solo en casos excepcionales y con la autorización del delegado o director financiero de LCCHC.

Cobertura de terceros

Por lo general, la asistencia financiera es secundaria con respecto a todos los recursos de pago de terceros que están disponibles para el paciente. Esto incluye lo siguiente:

1. Planes médicos individuales o grupales.
2. Programas de compensación para los trabajadores.
3. Medicare, Medicaid u otro programa de asistencia médica.
4. Otro programa militar, federal o estatal.
5. Responsabilidad de terceros (p. ej. accidentes automovilísticos o daños personales).
6. Otras situaciones en las que otra persona o entidad tiene la responsabilidad legal de pagar los costos de los servicios médicos.

Se evaluará individualmente la asistencia financiera para los pacientes elegibles que no completaron el proceso para obtener la cobertura médica que estaba a su disposición (p. ej., Medicaid).

Antes de ser considerado para recibir asistencia financiera, se evaluará la elegibilidad del paciente o garante para la cobertura de pago de terceros; y es posible que se requiera que el paciente o garante solicite la cobertura de acuerdo con estos programas para los cuales es elegible. Es posible que los pacientes que no cumplen con los requisitos de solicitud de asistencia financiera se les niegue tal asistencia financiera. Los pacientes que eligen no recibir los beneficios de Medicaid cuando son elegibles para hacerlo no reciban la asistencia financiera. Sin embargo, LCCHC no les negará la asistencia financiera a los pacientes solo por rechazar inscribirse en un plan disponible para el paciente en Health Benefits Exchange (Mercado de Seguros Médicos).

Ingresos

Conforme a la política, las personas que tienen un ingreso que es bajo del 300% del índice federal de pobreza pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera. LCCHC tendrá en cuenta todas las fuentes de ingreso al establecer la elegibilidad del ingreso para recibir asistencia financiera. El concepto de "ingreso" incluye lo siguiente: ingresos en efectivo totales antes de impuestos derivados de los salarios y los sueldos, prestaciones sociales, pagos de seguro social, beneficios por huelga, beneficios por desempleo o discapacidad, pensión infantil, pensión alimenticia e ingresos netos de negocios o actividades de inversión que recibe el paciente o garante.

SOLICITUD

Cuando un paciente desea solicitar asistencia financiera, el paciente debe completar un formulario de Ayuda de Caridad/Asistencia Financiera confidencial y proporcionar documentación financiera adicional y necesaria para respaldar los datos que figuran en la forma. LCCHC tomará una resolución inicial de la condición de asistencia financiera del paciente al momento de la admisión o tan pronto como sea posible luego del inicio de los servicios para el paciente. Los procedimientos de solicitud de la asistencia financiera no deben representar una carga para el paciente al tener en cuenta los obstáculos que pueden impedir que el paciente cumpla con los procedimientos de solicitud. La búsqueda de

elegibilidad para Medicaid u otros beneficios de asistencia pública correspondientes serán coordinados por los Departamentos de Acceso de Pacientes, Planificación del Alta o a través de los servicios financieros del paciente.

1. Los siguientes documentos deben considerarse como prueba suficiente sobre la cual se basa la resolución final con respecto a quién es elegible para recibir asistencia financiera:
 - a. Formulario de declaración de ingresos "W-2".
 - b. Comprobantes de pago actuales (3 meses).
 - c. Estados de cuenta bancarios (3 meses).
 - d. La declaración de impuestos sobre la renta del último año, incluidos los anexos, si corresponde.
 - e. Estados de cuenta bancarios escritos y firmados por empleadores u otros (documento de respaldo) que indique su situación y circunstancias financieras actuales, si no tiene prueba de sus ingresos.
 - f. Formularios donde se aprueba o se rechaza la elegibilidad para Medicaid o asistencia médica estatal.
 - g. Formularios donde se aprueban o se rechazan subsidios por desempleo, o declaraciones escritas de los empleadores o instituciones de asistencia social.

2. Además, en caso de que el paciente no pueda proporcionar ninguno de los documentos mencionados anteriormente, LCCHC se basará en las declaraciones escritas y firmadas por la persona responsable o la persona que describe el ingreso del solicitante. En ninguno de los casos anteriores, LCCHC tomará una decisión en función del conocimiento sobre una subvención de asistencia financiera otorgada anteriormente por LCCHC o de una presentación verbal.

LCCHC puede renunciar los requisitos de ingresos, documentación y verificación si la elegibilidad para recibir asistencia financiera es evidente. El criterio del personal de LCCHC se utilizará en situaciones donde existen factores como problemas sociales o de salud. En esos casos, LCCHC debe basarse en las declaraciones escritas y firmadas por la persona responsable de tomar la decisión final sobre elegibilidad.

CONDICIONES FINANCIERAS

LCCHC brindará asistencia financiera para todos los gastos de un paciente o garante cuando ingresos totales de familia son menos de 300 % de la directriz federal de pobreza actual. En caso de que el responsable pague parte o todos los gastos relacionados con los servicios médicos hospitalarios y se compruebe posteriormente que ha cumplido con las condiciones para recibir asistencia financiera de acuerdo con esta política, dichos pagos serán reembolsados a la persona responsable dentro de los 30 días a partir de la decisión de LCCHC de que el paciente cumple los requisitos para recibir asistencia financiera. Se puede obtener información adicional en la política de facturación y cobro del hospital.

Personas responsables: Asesoría financiera o Servicios Financieros para Pacientes

A. Directrices/pasos

Las cuentas que se asignaron a una agencia de cobros y hayan recibido una sentencia del sistema judicial no son elegibles para recibir asistencia. Un paciente puede solicitar caridad en cualquier momento antes de que la cuenta reciba una sentencia judicial. La solicitud consiste en un formulario de información financiera confidencial y las instrucciones del formulario de información financiera confidencial (ver anexo 1) en donde se enumera la documentación que es necesaria como parte del proceso de evaluación de la asistencia financiera.

Los pacientes serán evaluados para otras formas de coberturas como Medicaid y Health Benefits

Exchange (Mercado de Seguro Médico).

Esta solicitud, junto con la revelación de la situación financiera que está respaldada con documentación, se considerará en la resolución final de elegibilidad.

LCCHC no comenzará a realizar los cobros hasta que no se tome una decisión inicial sobre la situación de elegibilidad para recibir asistencia financiera. Cuando LCCHC inicialmente determina que un paciente puede cumplir con los requisitos para recibir asistencia financiera, se deben finalizar las medidas de cobro extraordinarias (incluso acciones civiles, embargos e informes para las instituciones de crédito y cobro) en espera de una resolución final sobre la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Sin embargo, según lo establecido en el WAC 246-453-020 (5), si el paciente o la persona responsable no cumplen los procedimientos de solicitud de asistencia financiera de acuerdo con esta política, eso será fundamento suficiente para que LCCHC inicie el cobro al paciente. Como consecuencia, a los efectos de esta política, un paciente o una persona responsable no ha completado correctamente el procedimiento de solicitud de asistencia financiera cuando no presenta las solicitudes dentro de los 15 días hábiles a partir de que se reciben las solicitudes del paciente o de la persona responsable. Cualquier esfuerzo de recolección se suspenderá si el paciente o la persona responsable se comprometen en el proceso de solicitud.

LCCHC tomar una decisión final dentro de 14 días después de haber recibido la solicitud de asistencia financiera y la documentación de respaldo. La documentación de respaldo incluye elementos que aparecen en las instrucciones en la forma Información Financiera Confidencial.

B. Notificaciones

LCCHC debe notificar a las personas que solicitan asistencia financiera sobre su decisión final en cuanto a la elegibilidad para recibir asistencia financiera dentro de 14 días de haber recibido la solicitud completa de asistencia financiera y la documentación de respaldo. La aprobación, la solicitud de información adicional o el rechazo de las solicitudes de asistencia financiera deben realizarse por escrito y deben incluir las instrucciones para realizar apelaciones o revisiones. En caso de que LCCHC rechace la asistencia financiera, deberá notificar a la persona que completó la solicitud sobre las razones de dicha denegación. En caso de rechazo, el paciente o garante puede proporcionar documentación adicional a LCCHC o pedirle al director financiero o delegado una revisión dentro de 30 días de haber recibido la notificación de dicha denegación. Si esta revisión sostiene la denegación para recibir asistencia financiera, se enviará una notificación escrita al paciente o garante y al Departamento de Salud de conformidad con la ley estatal.

C. Escala de Tarifa Móvil

Ver Anexo 2