



CUENTAS DE LOS PACIENTES - POLÍTICA

Título: Política para el Cuidado de Caridad

Número: PA 501

Válido a partir de: AGO/12/2011

Fecha cuando fue revisado: NOV/8/2016, JUL/30/2018

Fecha de revisión (si no hay revisiones):

PROPÓSITO

Proveer, dentro de los límites razonables y la capacidad financiera del Hospital, servicios fundamentales para pacientes quienes no tienen los suficientes recursos financieros para pagar por los servicios que han recibido o van a recibir. La política de Cuidado de Caridad determina la evaluación, consistente con los criterios explicados abajo, de la necesidad financiera del paciente o parte que se hace responsable del paciente.

POLÍTICA

Reconociendo que los individuos con recursos financieros limitados necesitan obtener ciertos servicios fundamentales de cuidado de salud, el Distrito No. 2 de Grays Harbor County Public Hospital d/b/a Grays Harbor Community Hospital en la presente adopta un Programa de Cuidado de Caridad para Grays Harbor Community Hospital.

El Cuidado de Caridad se va a otorgar a todas las personas elegibles sin importar su edad, raza, color, religión, sexo, orientación sexual, u origen nacional de acuerdo con los Capítulos 246-453 de WAC y 70.170 de RCW.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD:

1. El paciente que requiera cuidado de caridad debe ser un residente del Estado de Washington. Para los propósitos de esta política, un paciente se considera residente de Washington si (a) el paciente no está entrando al Estado de Washington únicamente con el propósito de buscar cuidado médico, y (b) antes de comenzar el curso del servicio, la residencia principal del paciente está ubicada en el Estado de Washington. Las excepciones al requisito de residencia en el Estado de Washington para la Política de Cuidado de Caridad son:

- a. Un paciente quien tenga una condición médica de emergencia, consistente con las aplicables leyes y normas federales y estatales.
- b. Un refugiado, asilado, o persona solicitando asilo quien posee y puede presentar documentos de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por sus iniciales en inglés).

2. El paciente tiene ingresos dentro de los Parámetros de Pobreza de Grays Harbor Community Hospital (revise el Programa A de la Escala Móvil de Pago del Hospital) los cuales están basados en los Parámetros de Pobreza Federales.

3. El paciente ha sido evaluado y se ha determinado que no es elegible para Medicaid u otros programas del estado.

4. El paciente debe agotar primero todas las otras fuentes de fondos para las cuales puede que el paciente sea elegible.

CRITERIO PARA LA EVALUACIÓN:

Las solicitudes para recibir cuidado de caridad serán aceptadas de cualquier fuente. Usualmente, será de parte de doctores, grupos religiosos o de la comunidad, servicios sociales, personal de servicios financieros, o el paciente. Si el hospital se entera de factores los cuales puedan permitir que el paciente califique para recibir cuidado de caridad bajo esta política, le informará al paciente de esta posibilidad y tomará una determinación inicial.

1. El paciente indica y demuestra de manera apropiada y adecuada que no le es posible pagar por los servicios recibidos o por recibir. Para todos los propósitos de esta Política y del Programa, todas las referencias al "paciente" incluirán, según se aplique, a la parte que se hace responsable del paciente. El Programa reconoce, aborda, y se limita a las necesidades de los pacientes que son "personas indigentes" como lo define 246-453-010(4) de WAC, el cual puede incluir a aquellos que necesitan asistencia con facturas médicas debido a discapacidad temporal o permanente o a no poder trabajar debido a una enfermedad o lesión catastrófica.

En el caso que los recursos de cuidado de caridad se vean limitados debido a restricciones de presupuesto, puede que los residentes del Distrito reciban consideración de prioridad para elegibilidad de cuidado de caridad sólo para cuidado que no sea de emergencia. El Hospital no va a negar bajo ninguna circunstancia el acceso a cuidado de emergencia a ningún individuo basándose en no poder de pagar y/o no poder calificar para recibir cuidado de caridad.

2. De acuerdo a 246-453-010(7) de WAC, los servicios cubiertos bajo el Programa sólo deberán incluir los apropiados servicios médicos basados en el hospital o de oficinas de doctores participantes. Los "apropiados servicios médicos basados en el hospital" significarán esos servicios del hospital que son calculados razonablemente para diagnosticar, corregir, curar, aliviar, o prevenir el empeoramiento de las condiciones que ponen la vida en peligro, causan sufrimiento o dolor, dan como resultado una enfermedad o una debilidad, crean la posibilidad de causar o agravar una discapacidad, o causan deformidad o mala función física, y no hay ningún otro curso de tratamiento disponible o adecuado para la persona solicitando el servicio que sea igualmente eficaz sin ser igual de agresivo o que cueste sustancialmente menos. Para este propósito, "curso de tratamiento" puede incluir una simple observación o, cuando sea apropiado, ningún tratamiento.

3. Cuando un paciente quiera solicitar ser patrocinado para cuidado de caridad en el Programa, el Paciente llenará un formulario de Información Financiera Confidencial ("CFI", por sus iniciales en inglés) y proveerá los necesarios y razonables documentos financieros suplementarios para reforzar lo que haya anotado en el CFI. Los procedimientos de solicitud no pondrán una demanda excesiva sobre el paciente, y tendrán en cuenta todas las barreras que puede que afecten la capacidad del paciente para cumplir con los procedimientos de la solicitud. La evaluación para determinar la elegibilidad para DSHS Medicaid será coordinada por un Consejero Financiero o a través de un proveedor contratado de elegibilidad para DSHS Medicaid.

- a. Cualquiera de los siguientes documentos se van a considerar como suficiente evidencia sobre la cual se base la determinación final de estatus de patrocinio para cuidado de caridad: una declaración de retención "W-2"; talones de cheques; una declaración de impuestos del año calendario más reciente cuando haya declarado impuestos, documentos que aprueben o denieguen elegibilidad para DSHS Medicaid y/o asistencia médica con fondos del estado; documentos que aprueben o denieguen compensación de trabajadores, o declaraciones por escrito de empleadores o agencias de bienestar. En el caso que el Paciente no pueda proveer ninguno de los documentos descritos arriba, el Hospital se basará en declaraciones escritas y firmadas por la parte que se hace responsable por el paciente para tomar una decisión final sobre la elegibilidad para clasificación como persona indigente.
- b. Puede que también se le pida al paciente que provea documentos sobre obligaciones pendientes y/u otros recursos financieros (p.ej.: estados de cuenta bancarios, documentos de préstamos). La evidencia de exceso de recursos sólo se va a considerar si se determina que el paciente está al 101% o por encima del 101% de los estándares de pobreza federales.

4. La revisión inicial de la solicitud de un paciente y la recomendación para ser aprobado para patrocinio de cuidado de caridad será la responsabilidad del apropiado personal del hospital, tal como el departamento de Acceso para pacientes, Trabajo Social, o Servicios Financieros para el Paciente. El (Los) representante(s) de Servicios Financieros para pacientes tomarán la “determinación inicial de estatus de patrocinio,” lo cual significa una indicación, pendiente de la verificación, que los servicios provistos por el Hospital puede que sean cubiertos o no por el patrocinio de una tercera parte, o una indicación del paciente, pendiente de la verificación, que puede que él o ella cumplan con los criterios para ser designados como persona indigente que califica para cuidado de caridad. Las determinaciones de cuidado de caridad se van a tomar preferiblemente durante el contrato de pre-admisión pero serán aceptadas durante la admisión o en cualquier otro momento. Si un paciente no puede proveer los documentos requeridos, puede que el hospital se base en una declaración escrita y firmada por el paciente. Si al personal del hospital se le hace obvio que el paciente cumple con los requisitos de persona indigente que cumple con los parámetros de ingresos de arriba, no es necesario establecer el nivel exacto de ingresos o requerir documentos como prueba de los mismos. Algunos ejemplos de esto pueden incluir a un individuo desempleado y sin hogar, o alguien cuya elegibilidad ya ha sido determinada por una Clínica de Salud de la Comunidad. Una determinación inicial de patrocinio precederá los esfuerzos de cobranzas hacia el paciente, siempre y cuando el paciente colabore con los esfuerzos del Hospital para llegar a una determinación inicial de estatus de patrocinio. Durante la pendencia, puede que el Hospital trate de recibir un reembolso de cualquier cobertura de una tercera parte que esté disponible o haya sido identificado por el Hospital.

5. Si se ha determinado de manera inicial que un paciente cumple con los criterios del patrocinio del programa, se le proveerá por lo menos catorce (14) días, o tanto tiempo como la condición médica del paciente llegue a requerir, o tanto tiempo como sea razonablemente necesario, para conseguir y presentar los documentos para reforzar su estatus como persona indigente, de acuerdo con 246-453-030 de WAC, antes de recibir una determinación final de la elegibilidad del Programa. Si el paciente no responde a las peticiones razonables del Hospital sobre información y/o evidencia de documentos en menos de catorce (14) días (o tal tiempo que sea necesario teniendo en cuenta la condición médica del paciente), puede que el Hospital declare que la solicitud de cuidado de caridad esté incompleta y prosiga con actividades de cobranzas según lo considere necesario y apropiado.

6. Para determinar el estatus de un paciente como persona indigente que califica para patrocinio de cuidado de caridad en el Programa, el Representante de Servicios Financieros para el Paciente usará los criterios descritos en 70.170.060 de RCW y 246-453-010 et.seq. de WAC, los cuales incluyen ingresos familiares (como se definen en 246-453-010(17) de WAC) los cuales son iguales a o menos del 200% de los estándares de pobreza federales publicados, ajustados por tamaño de la familia, o que de otra manera no son suficientes para permitir el pago por el cuidado o para pagar los deducibles o cantidades de co-seguro que requiera una tercera parte que pague. De acuerdo con 246-453-010(4) de WAC, el paciente también tiene que haber agotado otras fuentes de pago de terceras partes, incluyendo (pero sin limitarse a) Medicare y DSHS Medicaid.

- a. Se va a determinar que los pacientes cuyos ingresos familiares son iguales a o están por debajo del cien por ciento (100%) del estándar de pobreza federal, ajustado por tamaño de familia, de acuerdo con 246-453-040(1) de WAC, son personas indigentes que califican para el patrocinio de caridad por la cantidad completa de los cobros del hospital relacionados con los servicios médicos apropiados y basados en el hospital que no están cubiertos por patrocinio privado o público de una tercera parte, y siempre y cuando tales pacientes no sean elegibles para otro patrocinio público o privado de cobertura de salud.
- b. Se va a determinar que los pacientes cuyos ingresos familiares son iguales a o están por debajo del ciento uno y el doscientos por ciento (101% - 200%) del estándar de pobreza federal, ajustado por tamaño de familia, de acuerdo con 246-453-040(2) de WAC, son personas indigentes que califican para el patrocinio de caridad completo o parcial, el cual permite descuentos de los cobros del hospital relacionados con los servicios médicos apropiados y basados en el hospital que no están cubiertos por patrocinio privado o público de una tercera parte, de acuerdo con el programa de escala móvil de pago del Hospital y sus políticas sobre las circunstancias financieras individuales que se describen aquí.

- c. De acuerdo a 246-453-040(3) de WAC, el Hospital puede, en circunstancias apropiadas y a su solo criterio, clasificar a un paciente cuyos ingresos familiares exceden el doscientos por ciento del estándar de pobreza federal, ajustado por tamaño de familia, como una persona indigente elegible para recibir un descuento de los cobros basándose en las circunstancias financieras individuales del paciente.

7. Cuando el paciente es elegible y cumple con los parámetros y los requisitos para el patrocinio de cuidado de caridad en el Programa, el Representante de Servicios Financieros para el Paciente enviará tal recomendación a la persona designada por Servicios Financieros para el Paciente para que la revise. En menos de catorce (14) días de haber recibido toda la información necesaria para tomar una determinación final de la elegibilidad del Programa, la persona designada Servicios Financieros para el Paciente le notificará al paciente sobre la determinación final, incluyendo una determinación de la cantidad por la cual el paciente tendrá que hacerse responsable.

8. En el caso de una recomendación de negar una solicitud de patrocinio de cuidado de caridad en el Programa, el Representante de Servicios Financieros para el Paciente enviará tal recomendación a la persona designada por Servicios Financieros para el Paciente para hacer una revisión. La persona designada por Servicios Financieros para el Paciente, después de haber revisado toda la información relevante, tomará una determinación final del estatus de patrocinio del paciente. La determinación final se debe tomar en menos de catorce (14) días a partir de cuando se recibió toda la información necesaria.

9. El paciente/garante puede apelar la determinación de elegibilidad para cuidado de caridad al proveer verificación adicional de ingresos o de tamaño de la familia al departamento de Servicios Financieros para el Paciente en menos de treinta (30) días de haber recibido la notificación. Todas las apelaciones serán revisadas por el Director de Servicios Financieros para el Paciente y el Director Financiero o persona designada equivalente. Si esta determinación afirma la denegación previa de cuidado de caridad, se le enviará una notificación por escrito al paciente/garante y al Departamento de Salud de acuerdo con la ley estatal. Si un paciente no completa de manera razonable los procedimientos apropiados de solicitud, se considerará razón suficiente para que el Hospital comience esfuerzos de cobranzas contra el paciente. La aprobación del patrocinio de cuidado de caridad se aplicará a las heridas/enfermedades a las que se les está haciendo tratamiento actualmente y se extenderá a cualquier otro servicio del Hospital que haya sido provisto dentro de un periodo de tiempo de treinta (30) días durante el cual el paciente califica para recibir patrocinio de caridad de acuerdo con el Programa. Los servicios de cuidado médico basados en el hospital que se determine que cumplen con el criterio de cuidado de caridad en el momento que se proporcione el servicio serán considerados para Cuidado de Caridad.

CÓMO SOLICITARLO:

Cualquier paciente puede presentar una solicitud para recibir asistencia financiera/cuidado de caridad si presenta una solicitud y provee documentos que la respalden. Si usted tiene preguntas, necesita ayuda, o quisiera recibir un formulario de solicitud o más información, por favor comuníquese con nosotros:

- Cuando esté ingresando o lo estén dando de alta del hospital;
- Por teléfono: 360-537-6101 Opción 2 o 844-361-6044
- En nuestra página web en: **www.ghcares.org**
- En persona: Admisiones de GHCH, Oficina Financiera de GHCH, y/o Harbor Medical Group
- Para obtener documentos gratis por correo: 915 Anderson Drive, Aberdeen, WA 98520

Usted puede solicitar asistencia financiera por servicios proporcionados por **Harbor Medical Group** si se comunica con la Oficina Financiera de Harbor Medical Group al 360-537-6199 o en persona en 1006 North H Street, Aberdeen, WA 98520

Si el inglés no es su lengua materna: Hay versiones traducidas del formulario de solicitud, políticas de asistencia financiera, y este resumen, a su disposición si las solicita.

Otra asistencia:

Asistencia de cobertura: Puede que usted sea elegible para otros programas del gobierno y la comunidad. Le podemos ayudar a investigar si estos programas (incluyendo Medicaid/Apple Health y beneficios de la

Administración de Veteranos) le pueden ayudar a pagar sus cuentas médicas. Nosotros le vamos a ayudar a presentar su solicitud a estos programas.

Descuentos por Pronto Pago / Sin seguro: Nosotros ofrecemos descuentos para pacientes quienes no tienen cobertura de seguro de salud. Por favor comuníquese con nosotros si desea información sobre nuestro programa de descuento.

Planes de pago: Todo saldo por cantidades que usted nos deba se debe pagar antes de 30 días. El saldo se puede pagar de cualquiera de las siguientes formas: tarjeta de crédito, plan de pago, dinero en efectivo, cheque, o pago de cuenta por internet. Si usted quiere organizar un plan de pagos, por favor llame al número que aparece en su estado de cuenta.

PERSONAL MÉDICO Y PROFESIONALES DE ALLIED HEALTH

Con la excepción de lo provisto dentro de esta política, se anima pero no se obliga a los miembros del Personal Médico (y profesionales de Allied Health) que no son empleados por el Hospital para que provean cuidado de caridad de acuerdo con esta Política, y puede que concedan una dispensa parcial o total de sus honorarios según lo decidan.

ANEXOS:

Anexo 1: Solicitud de Asistencia Financiera y Formulario de Información Financiera Confidencial

Anexo 2: Programa A: Programa de Escala Móvil de Pago de Grays Harbor Community Hospital

Autor:

Director de Servicios Financieros para el Paciente

Date

Autenticado por:

Director Financiero

Date

Aprobación de la Junta: