

Política: Atención Caritativa

Overlake Hospital Medical Center

Política de Atención Caritativa/Asistencia Financiera

En vigencia a partir del 1.º de enero de 2018

Objetivo

Overlake Hospital Medical Center (OHMC) y Overlake Medical Clinics (OMC) se comprometen a proporcionar los servicios de atención médica necesarios a todas las personas necesitadas, independientemente de su capacidad de pago. Para proteger la integridad de las operaciones y cumplir con este compromiso, se establecen los siguientes criterios para la provisión de Atención Caritativa/Asistencia Financiera, consistentes con los requisitos del Código Administrativo de Washington, Capítulo 246-453.

Comunicación al público

La política de Atención Caritativa/Asistencia Financiera de OHMC y OMC se pondrá a disposición del público a través de los siguientes elementos:

- A. Se mostrará un aviso informando a los pacientes que OHMC y OMC brindan Atención Caritativa/Asistencia Financiera en áreas clave del hospital y clínicas, incluidos los lugares de Admisión, el Departamento de Emergencia y los Centros de Atención Urgente de la OMC. También habrá disponible una copia de la política en el sitio web Overlakehospital.org.
- B. OHMC y OMC pondrán simultáneamente a disposición de los pacientes en el momento del servicio un aviso por escrito en forma de volante indicando la política. Esta información escrita también se explicará verbalmente en este momento. Si por alguna razón, por ejemplo en una situación de emergencia, no se notifica al paciente de la existencia de la Atención Caritativa/Asistencia Financiera antes de recibir tratamiento; se le notificará tan pronto como sea posible a partir de entonces.
- C. Tanto la información escrita como la explicación verbal estarán disponibles en cualquier idioma hablado por más de 1000 personas en el área de servicio principal de OHMC y OMC, y serán interpretadas para otros pacientes que no hablen inglés o que hablen inglés limitado, y para otros pacientes que no puedan entender el texto y/o la explicación.
- D. OHMC Y OMC entrenarán al personal de primera línea para responder eficazmente preguntas de Atención Caritativa/Asistencia Financiera o dirigirán dichas consultas al departamento correspondiente de manera oportuna.
- E. Se pondrá a disposición de cualquier persona que lo solicite información escrita acerca de la Política de Atención Caritativa/Asistencia Financiera de OHMC y OMC, ya sea por correo, por teléfono o en persona.

Criterios de elegibilidad

La Atención Caritativa o Asistencia Financiera es secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, incluidos, entre otros, planes médicos grupales o individuales, compensación laboral, Medicare, Medicaid o programas de asistencia médica, otros programas estatales, federales o militares, o cualquier otra situación en la que otra persona o entidad pueda tener la responsabilidad legal de pagar los costos de los servicios médicos. El paciente médicamente indigente recibirá Atención Caritativa/Asistencia Financiera independientemente de su raza, origen nacional o estado migratorio.

En aquellas situaciones donde las fuentes primarias de pago apropiadas no estén disponibles o para saldos después de los pagos de otras fuentes, los pacientes serán considerados para Atención Caritativa/Asistencia Financiera bajo la política de OHMC y OMC, en base a los siguientes criterios:

- A. Para cumplir con los requisitos de WAC 246-453-040 y WAC 246-453-050, y con los requisitos de IRS 501R, OHMC y OMC han adoptado el siguiente modelo:
 1. El monto total de los cargos de OHMC y OMC se determinará como Atención Caritativa/Asistencia financiera para un paciente cuando su ingreso familiar bruto sea igual o inferior al 200 % del nivel federal actual de pobreza.
 2. Se utilizará el siguiente programa de tarifas móviles para determinar el monto que se cancelará para los pacientes con ingresos entre el 201 % y el 400 % del nivel federal actual de pobreza. La familia se define como un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas; todas esas personas relacionadas se consideran miembros de una familia.
 3. La cantidad que una persona es personalmente responsable de pagar después de aplicar todos los descuentos, deducciones y reembolsos (incluidos los del seguro y la política de asistencia financiera del establecimiento hospitalario no debe exceder los montos generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubra dicha atención ("AGB"). OHMC y OMC han optado por utilizar el método de revisión de 12 meses basado en una combinación de reclamos de tarifas por servicios de Medicare y aseguradoras de salud privadas que pagan reclamos al hospital para determinar el AGB.
 4. La obligación financiera de la parte responsable que quede después de la aplicación de cualquier plan de tarifas móvil será pagadera en cuotas mensuales durante un período de tiempo razonable, de conformidad con la Política de Seguimiento de Pago por Cuenta Propia. La cuenta de la parte responsable no se entregará a una agencia de cobro, a menos que los pagos se hayan perdido o haya algún período de inactividad en la cuenta, y no haya un contacto satisfactorio con el paciente.
- Nota: El ingreso se define como el total de cobros antes de impuestos derivados de sueldos y salarios, pagos de asistencia social, pagos de Seguridad Social, beneficios de huelga, beneficios de desempleo o discapacidad, manutención de niños, pensión alimenticia y ganancias netas de negocios e inversiones pagadas al individuo.

Descuento porcentual de caridad

	Monto de responsabilidad del paciente					
	Porcentaje de descuento (%)					
% de FPL	\$0- \$2500	\$2501- \$5000	\$5001- \$10 000	\$10 001- \$25 000	\$25 001- \$50 000	\$50 001 y más
0-200 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
201- 300 %	85 %	90 %	95 %	96 %	97 %	Nota A
301- 400 %	65 %	70 %	75 %	80 %	85 %	Nota B:

Nota A: 98 % de caridad aplicada a los primeros \$100 000 de cargos. 100 % de asistencia caritativa/financiera aplicada a cualquier monto superior a \$100 000

Nota B: 90 % de caridad aplicada a los primeros \$100 000 de cargos. 100 % de asistencia caritativa/financiera aplicada a cualquier monto superior a \$100 000

- B. Para las cuentas donde tengamos suficiente información para evaluar con precisión los niveles de ingresos, OHMC y OMC determinarán si un paciente cae por debajo del 200 % de los límites federales de pobreza. De ser así, haremos que las cuentas se escaneen en busca de una posible cobertura de DSHS y presuntamente se cancelarán los saldos pendientes de Asistencia Financiera para aquellas cuentas que no cumplan con los requisitos de DSHS.
- C. OHMC y OMC pueden ofrecer caridad catastrófica, lo que significa que OHMC y OMC pueden cancelar como montos de Atención Caritativa/Asistencia Financiera para pacientes con ingresos familiares superiores al 200 % del nivel federal de pobreza cuando las circunstancias indiquen dificultades financieras o pérdidas personales que vayan más allá del descuento de Atención Caritativa/Asistencia financiera como se describe anteriormente. En estos casos, los pacientes deben enviar una solicitud por escrito para una revisión adicional, junto con los detalles de la situación catastrófica. La decisión de otorgar Atención Catastrófica y del monto a cancelar corresponderá al Comité de Fijación de Precios de OHMC y OMC de acuerdo con otras políticas existentes con respecto a la aprobación de la autorización para comprar/gastar los recursos financieros de OHMC y OMC.
- D. La provisión de Atención Caritativa/Asistencia Financiera de OHMC y OMC es para el beneficio de la comunidad atendida por OHMC y OMC y, como tal, los pacientes que no son residentes del estado de Washington serán elegibles para Atención Caritativa/Asistencia Financiera solo para los servicios prestados dentro del Departamento de Emergencia o como resultado de una admisión directa del Departamento de Emergencia. Además, los servicios deben ser considerados como emergencias médicas por un médico del Departamento de Emergencia de OHMC y OMC.
- E. Las excepciones al requisito de residencia del Estado de Washington también incluirán a los refugiados, asilados y aquellos que buscan asilo que posean y puedan presentar documentación del INS.
- F. La elegibilidad en una solicitud completa es válida para los servicios recibidos dentro de los siguientes 180 días desde la fecha de aprobación de la solicitud.

Proceso para determinar la elegibilidad

- A. Determinación inicial:
 - 1. OHMC y OMC utilizarán un proceso de solicitud para determinar la elegibilidad para Atención Caritativa/Asistencia Financiera. Las solicitudes para proporcionar Atención Caritativa/Asistencia Financiera se aceptarán de fuentes tales como familiares del paciente, médicos, grupos comunitarios/religiosos, servicios sociales, personal de servicios financieros y el paciente.
 - 2. Durante el proceso de registro de pacientes o en cualquier momento después de que se haya notificado al paciente la existencia y disponibilidad de Atención Caritativa/Asistencia Financiera, OHMC y OMC tomará una determinación inicial de elegibilidad basada en una solicitud verbal o escrita de Atención Caritativa/Asistencia Financiera.
 - 3. A la espera de la determinación final de elegibilidad, OHMC y OMC no iniciarán esfuerzos de cobranza ni solicitarán depósitos, siempre que la parte responsable

coopere con los esfuerzos de OHMC y OMC para llegar a una determinación final del estado de atención no compensada.

4. Si OHMC y OMC conocen los factores que pueden calificar al paciente para Atención Caritativa/Asistencia Financiera conforme a esta política, deberán informar al paciente sobre este potencial y hacer una determinación inicial de que dicha cuenta se tratará como Atención Caritativa/Asistencia Financiera.
5. La determinación de la cobertura dependerá de la necesidad financiera de los servicios prestados.

B. Determinación inicial:

1. Cancelaciones prima facie. En caso de que la identificación de la parte responsable como indigente sea obvia para el personal del hospital y el hospital pueda establecer que los ingresos del solicitante están claramente dentro del rango de elegibilidad, OHMC y OMC pueden otorgar Atención Caritativa/Asistencia Financiera únicamente en esta determinación inicial. Este mismo criterio es válido para pacientes fallecidos donde OHMC y OMC no puedan identificar a un cónyuge, patrimonio u otros activos. En estos casos, OHMC y OMC no están obligados a completar la verificación o toda la documentación, según WAC 246-453-030 (3).
2. Cuando se solicite Atención Caritativa/Asistencia Financiera, cuando se indique la necesidad, o cuando la evaluación financiera revele una necesidad potencial, se proporcionarán a los pacientes los correspondientes formularios, instrucciones y solicitudes escritas de Atención Caritativa/Asistencia Financiera. Todas las solicitudes, ya sean iniciadas por el paciente o por OHMC y OMC, deben ir acompañadas de documentación para verificar los montos de los ingresos indicados en el formulario de solicitud. :
 - a. Las solicitudes de Atención Caritativa/Asistencia Financiera requerirán una solicitud completa y cualquiera de los siguientes documentos:
 1. Declaraciones de retenciones W-2;
 2. los 3 talones de pago más actuales;
 3. una declaración del impuesto sobre la renta del último año calendario presentado;
 4. formularios que aprueben o nieguen la elegibilidad para Medicaid y/o asistencia médica financiada por el estado;
 5. formularios que aprueben o nieguen la compensación por desempleo;
 6. declaraciones escritas de los empleadores o agencias de bienestar social, o
 7. cartas de apoyo de miembros de la familia que estén proporcionando gastos de manutención al solicitante.
 - b. Se revisarán los saldos superiores a \$15 000 para una potencial Caridad Presunta basada en el informe de Crédito de Atención Médica para el paciente.
3. Durante el período de solicitud inicial, el paciente y OHMC y OMC pueden buscar otras fuentes de financiación, incluida la Administración de Asistencia Médica y Medicare. OHMC y OMC no pueden exigir que un paciente que solicita una determinación de indigencia solicite financiamiento del banco o de otra fuente de préstamo.

4. Por lo general, el período de tiempo relevante para el que se solicitará la documentación será de tres meses antes de la fecha de solicitud. Sin embargo, si dicha documentación no refleja con exactitud la situación financiera actual del solicitante, la documentación solo se solicitará durante el período posterior al cambio de la situación financiera del paciente.
 5. En caso de que la parte responsable no pueda proporcionar ninguna de la documentación descrita anteriormente, OHMC y OMC se basarán en las declaraciones escritas y firmadas de la parte responsable para tomar una determinación final de elegibilidad para la clasificación como persona indigente. (WAC 246-453-030 (4)).
- C. OHMC y OMC permitirán que un paciente solicite Atención Caritativa/Asistencia Financiera en cualquier momento desde la preadmisión, reconociendo que la capacidad del paciente para pagar durante un período prolongado pueda verse sustancialmente alterada debido a una enfermedad o a dificultades financieras, lo que resulta en la necesidad de los servicios de una organización benéfica. Si el cambio en el estado financiero es temporal, OHMC y OMC pueden optar por suspender los pagos temporalmente en lugar de iniciar Atención Caritativa/Asistencia Financiera.
- D. Proveedores externos
- Overlake Imaging Associates, Puget Sound Physicians, y Kaiser Physicians aceptan las Determinaciones de Atención No Compensada de Overlake Hospital y ajustarán los saldos de los pacientes de acuerdo con el descuento porcentual aplicable a sus montos de cargo. Otros proveedores médicos no empleados asociados con la prestación de atención en OHMC pueden aceptar determinaciones de caridad, pero no están obligados a hacerlo.
- E. Marco de tiempo para la determinación final y apelaciones.
1. Cada solicitante de Atención Caritativa/Asistencia financiera que se haya determinado inicialmente elegible para Atención Caritativa/Asistencia financiera deberá contar al menos con treinta (30) días calendario o el tiempo razonablemente necesario para asegurar y presentar la documentación en apoyo de su solicitud de Atención Caritativa/Asistencia Financiera antes de recibir una determinación final del estado de atención no compensado
 2. OHMC y OMC notificarán al solicitante su determinación final dentro de los catorce (14) días posteriores a la recepción de todo el material de solicitud y la documentación
 3. El paciente/garante puede apelar la determinación de elegibilidad para Atención Caritativa/Asistencia Financiera al proporcionar verificación adicional de ingresos o del tamaño de la familia al Director del Ciclo de Ingresos dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de la notificación

- a. El primer nivel de apelación consistirá en permitir un ajuste del 35 % a los ingresos de la casa.
 - b. El segundo nivel de apelación se manejará a discreción del Comité de Fijación de Precios de OHMC.
 - c. El momento de llegar a una determinación final con respecto al estado de Atención Caritativa/Asistencia Financiera no tendrá relación con la identificación de las deducciones de Atención Caritativa/Asistencia Financiera de los ingresos a diferencia de las deudas incobrables, de acuerdo con WAC 246-453-020 (10).
 - d. Toda la actividad de cobro cesará en espera del resultado de la determinación de la apelación
- F. Si el paciente ha pagado una parte o la totalidad de la factura por servicios médicos y luego se determina que ha sido elegible para Atención Caritativa/Asistencia Financiera en el momento en que se realizó el pago, se le reembolsará por cualquier monto que exceda lo que se determina que se debe dentro de los 30 días de esa determinación.
- G. Notificación adecuada de denegación:
1. Cuando se deniega la solicitud de un paciente para Atención Caritativa/Asistencia Financiera, el paciente recibirá una notificación de rechazo por escrito, que incluya.
 - a. La(s) razón(es) de la denegación y las reglas para apoyar la decisión de OHMC y OMC;
 - b. La fecha de la decisión, e
 - c. Instrucciones para la apelación o reconsideración.
 2. Cuando el solicitante no proporciona la información solicitada y no hay suficiente información disponible para que OHMC y OMC determine la elegibilidad, el aviso de denegación también incluye:
 - a. Una descripción de la información que fue solicitada y no proporcionada, incluyendo la fecha en que se solicitó la información;
 - b. Una declaración de que no se puede establecer la elegibilidad para Atención Caritativa/Asistencia Financiera en base a la información disponible para OHMC y OMC, y
 - c. Esa elegibilidad se determinará si, dentro de los treinta días a partir de la fecha de la notificación de denegación, el solicitante proporciona toda la información especificada, previamente solicitada pero no proporcionada.
 3. El Comité de Fijación de Precios revisará todas las apelaciones de segundo nivel. Si esta revisión confirma la denegación anterior de Atención Caritativa/Asistencia financiera, se enviará una notificación por escrito al paciente/garante y al Departamento de Salud, de acuerdo con la ley estatal.

Proceso de aprobación

Una vez que se realiza una determinación de elegibilidad y del monto, la solicitud y la información correspondiente deben ser revisadas sucesivamente por las personas adecuadas, como se indica a continuación:

- Gerente/Supervisor de Servicios Financieros para Pacientes Hasta \$10 000
- Director del Ciclo de Ingresos Hasta \$100 000
- Vicepresidente de Finanzas/VFO Más de \$100 000

Documentación y registros

- A. Confidencialidad: Toda la información relacionada con la solicitud se mantendrá confidencial. Las copias de los documentos que respaldan la solicitud se guardarán junto con el formulario de solicitud.
- B. Los documentos relacionados con el caso de caridad se conservarán de acuerdo con la política de retención.