

**Programa de asistencia financiera y política de cobranza**

Grandes Llanuras del Condado de Kiowa, Inc. DBA Kiowa County Memorial Hospital (KCMH)

Fecha de aprobación de la Junta: 11-28-17

**Propósito:** Brindar asistencia financiera para servicios de atención médica de emergencia y medicamento necesarios recibidos como pacientes hospitalizados o ambulatorios del Hospital de manera justa, consistente, respetuosa y objetiva para pacientes indigentes, médicamente indigentes, sin seguro o con seguro insuficiente. **Esta política contiene recomendaciones de GPHA.**

\* \* \* \* \*

**A. Criterios de elegibilidad:**

1. El Programa de Asistencia Financiera (Programa) tiene en cuenta los ingresos del hogar de un paciente y se basa en el Nivel Federal de Pobreza (FPL) que se actualiza anualmente y se incluye en (Apéndice A)
2. Los pacientes elegibles son personas que han recibido servicios de emergencia y medicamento necesarios, y son indigentes, médicamente indigentes, sin seguro o con seguro insuficiente. Los ingresos del hogar del paciente (como se define a continuación) deben ser menos del 200% del nivel de pobreza para recibir el 100% de asistencia financiera.
3. La determinación de Asistencia Financiera será consistente entre los pacientes, independientemente de su sexo, raza, credo, discapacidad, orientación sexual, origen nacional, estado migratorio o preferencia religiosa.
4. La asistencia financiera es secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, incluida la cobertura de seguro basada en el empleador, seguro comercial, programas gubernamentales, responsabilidad de terceros y activos calificados por el hogar.

**B. Proceso de solicitud:**

1. A todos los solicitantes que califiquen se les otorgará asistencia financiera para servicios de emergencia y medicamento necesarios de acuerdo con las calificaciones y pautas aquí establecidas.
2. Una solicitud de asistencia financiera puede ser iniciada por un paciente en persona en las admisiones o en los servicios financieros del paciente; por teléfono llamando al 620 723-3341; por correo en KCMH, 721 W. Kansas, Greensburg, KS, 67054; o a través del sitio web de KCMH [www.kcmh.net](http://www.kcmh.net). Si se necesita ayuda

para completar la solicitud, alguien estará disponible para ayudarlo.

En última instancia, es responsabilidad del paciente proporcionar la información necesaria para reunir los requisitos para recibir asistencia financiera. No hay garantía de que el paciente califique para asistencia financiera.

3. El proceso de Asistencia financiera comienza en el momento del alta). Se encuentra disponible una lista de proveedores cubiertos y no cubiertos (Apéndice B y C).
4. El proceso de solicitud incluye la finalización de un "Estado financiero personal para asistencia financiera" y el suministro de documentos de verificación. La información verificable puede incluir, pero no se limita a, lo siguiente:
  - a. Ingreso individual o familiar (declaración del impuesto a la renta con copias de estados de resultados)- formularios W-2, formularios 1099, etc. durante los últimos 2 años)
  - b. Copias de los 90 días más recientes de talones de nómina, cheques de Seguro Social o cheques de desempleo.
  - c. Copias de los últimos 60 días de estados de cuenta bancarios y estados de inversiones / corredores.
  - d. Declaraciones actuales de fondos fiduciarios
  - e. Declaraciones hipotecarias
  - f. Documentación del estado de empleo
  - g. Tamaño de la familia del hogar
  - h. Informes de historial de crédito
  - i. Devoluciones anteriores o actuales de agencias de cobro con documentación sobre incapacidad para pagar
  - j. Conocimiento de la oficina de negocios del fondo individual o familiar

**Nota: El objetivo es documentar la necesidad de asistencia financiera. Si un paciente o la persona que tiene la responsabilidad financiera por servicios de emergencia y médicamente necesarios no está dispuesto o no puede proporcionar toda la información necesaria y pertinente para hacer una determinación concisa y justa de sus ingresos, entonces se puede establecer Presunta Elegibilidad (PE).**

5. Elegibilidad presunta (PE): se presume que algunos pacientes o garantes son elegibles para recibir asistencia financiera según las circunstancias de la vida individual, por ejemplo, aquellos que no tienen hogar o que califican para los programas de asistencia basados en las necesidades. Esto se denomina "presunta elegibilidad". Estos pacientes o garantes no necesitan completar la solicitud financiera si proporcionan pruebas de que califican para ciertos programas que existen para beneficiar a

las personas que no tienen recursos suficientes para pagar los servicios y la atención. La elegibilidad presunta se utilizará para dar un descuento del 100 por ciento a los pacientes que son elegibles debido a uno de los siguientes ejemplos:

- a. No tienen hogar y / o han recibido atención de una clínica o refugio para personas sin hogar. El paciente o garante debe proporcionar una declaración por escrito de una clínica o refugio para personas sin hogar.
  - b. Reciben atención de y / o forman parte del programa Women, Infants and Children's (WIC). El paciente o garante debe proporcionar el comprobante de WIC más reciente emitido por la oficina de la División de Apoyo Familiar.
  - c. Reciben beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (anteriormente conocidos como cupones para alimentos). El paciente o garante debe proporcionar el estado de elegibilidad más reciente de SNAP (cupones de alimentos) emitido por la oficina de la División de Apoyo Familiar.
  - d. La familia del paciente es elegible y recibe almuerzos escolares gratuitos o de costo reducido como parte del programa financiado por el gobierno federal. El paciente o garante debe proporcionar la carta de confirmación más reciente de la División de Apoyo Familiar para respaldar este
  - e. La dirección de la calle del paciente es un programa de vivienda asequible o subsidiada para personas de bajos ingresos, como HUD Section 8 Housing. El paciente o garante debe proporcionar la aprobación de solicitud de vivienda subsidiada emitida por la oficina de la División de Apoyo Familiar.
  - f. Los salarios del paciente o garante no son suficientes para adornar, según lo define la ley estatal. El paciente debe presentar una prueba, tal como lo expide el estado en el que vive, la exención del embargo salarial.
6. Después de que se haya completado la solicitud de Asistencia financiera, las cuentas que se consideren para Asistencia financiera se pondrán en estado de "espera" mientras se revisa la solicitud (no más de 30 días). El estado de espera evitará que la (s) cuenta (s) continúen durante el proceso de cobranza, incluida la asignación a una agencia de cobranza. Una vez que la solicitud de Asistencia financiera haya sido procesada y aprobada / denegada, el Hospital enviará un aviso por escrito al paciente y / o a la persona que

7. El período de solicitud para completar una solicitud de asistencia financiera está disponible por un mínimo de 240 días a partir de la fecha en que KCMH le proporciona al paciente el primer estado de cuenta posterior a la descarga para los servicios del paciente.
8. Si el Hospital determina que una persona es elegible para FAP, el Hospital hará lo siguiente:
  - a. Si el paciente o garante ha realizado pagos a la instalación del hospital (o a cualquier otra parte) para la atención como individuo elegible para FAP, se realizarán reembolsos de esos pagos en exceso.
  - b. Toma todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier ECA tomada contra el individuo para cobrar la deuda como un problema; tales medidas incluirán pero no se limitarán a: anular juicios, levantar gravámenes o gravámenes en las propiedades de los individuos y eliminar del informe de crédito de los individuos cualquier información adversa que haya sido reportada a una agencia de informes o burós de crédito.
9. La Oficina Comercial del Hospital continuará trabajando con el paciente o garante para resolver los saldos de cuenta restantes. Los pacientes o garantes son responsables de hacer arreglos de planes de pago mutuamente aceptables con el Hospital dentro de los 30 días posteriores a la recepción de un aviso de determinación por escrito con respecto a su solicitud de Asistencia financiera.
10. Si el paciente o garante no inicia o completa el proceso de Asistencia financiera, el Hospital puede optar por comenzar la actividad de cobro, incluida la posible transferencia de cuenta (s) a una agencia de cobro.

**C. Determinación de asistencia financiera:**

1. Para obtener asistencia financiera, el paciente o garante debe establecer que el ingreso del hogar está por debajo del 200% del Nivel de pobreza federal (FPL) más reciente en la fecha del servicio para recibir asistencia financiera del 100%. Para el actual (FPL) ver (Apéndice A).
2. Se pueden otorgar subsidios por circunstancias atenuantes basadas en las circunstancias de vida únicas y los factores mitigantes de cada persona. La cantidad de asistencia provista por el Hospital puede estar más que resumida en las pautas, pero nunca menos.

3. "Ingreso del hogar" incluye todos los ingresos antes de impuestos, sin importar el derivado, para todas las personas de 18 años o más que residen en el hogar. Un hogar consiste de una o más personas que viven en la misma casa, condominio o departamento.
4. Las solicitudes incompletas de Asistencia financiera, o la información no documentada dentro de la aplicación, pueden causar que el Hospital niegue la asistencia hasta que se proporcione la solicitud o documentación completa. El Hospital retendrá la solicitud incompleta y enviará documentación escrita que describa la información necesaria, y las instrucciones para enviar la documentación necesaria.
5. El Gerente de la Oficina Comercial del Hospital o su designado procesará la solicitud de Asistencia Financiera y determinará el descuento apropiado.
6. La Oficina Comercial del Hospital enviará un aviso de determinación por escrito al paciente o garante dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud completa (incluida toda la documentación requerida).
7. Los pacientes o sus representantes pueden apelar una denegación de Asistencia financiera proporcionando información adicional con respecto a la determinación de elegibilidad o una explicación de circunstancias atenuantes, al Gerente de la Oficina Comercial del Hospital dentro de los 30 días de haber recibido la notificación de denegación por escrito. La parte que presenta la apelación recibirá una notificación por escrito de la decisión final tomada por el Administrador y el Administrador de la Oficina Comercial.
8. A ninguna persona elegible para asistencia financiera bajo la FAP se le cobrará más por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que los montos generalmente facturados a las personas que tienen seguro que cubre dicha atención.

**NOTA: El hospital utiliza el método prospectivo de Medicare para los montos generalmente facturados (AGB).**

#### **D. Aprobación y Autorización:**

1. La aprobación y autorización de los descuentos de Asistencia financiera se basarán en lo siguiente: (o la política adoptada por el Consejo de Administración alternativa del Consejo de Administración)
  - a. \$ 0 a \$ 750 Business Office Manager o designado Representante de

- b. \$ 750 a \$ 2,000 Gerente de oficina comercial
- c. \$ 2,001 a \$ 4,000 Administrador
- d. \$ 4,001 a \$ 5,000 Vicepresidente de Operaciones Regionales o Representante
- e. \$ 5,000 o más Junta de Fideicomisarios o Representante para Hospitales Administrados; GPHA CFO para Hospitales Arrendados

## **E. Términos y definiciones:**

1. *Nivel de pobreza federal (FPL)*: umbrales de pobreza que se expiden cada año en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). <http://aspe.hhs.gov/poverty>
2. *Garante*: se refiere a la persona financieramente responsable del saldo de la cuenta del paciente.
3. *Indigente*: se refiere al paciente que no tiene recursos financieros para pagar la obligación.
4. *Indigente desde el punto de vista médico*: se refiere a una situación en la que el pago de la obligación creará dificultades financieras.
5. *Servicios Médicamente Necesarios*: se refiere a servicios de atención médica para pacientes internados o ambulatorios proporcionados con el propósito de evaluación, diagnóstico y / o tratamiento de una lesión, enfermedad o sus síntomas, que si no se tratan, representarían una amenaza para la salud continua de los pacientes estado.
6. *No asegurado*: el paciente no tiene seguro o cobertura bajo programas gubernamentales y no es elegible para ningún pago de un tercero, como la indemnización del trabajador o la responsabilidad de terceros.
7. *Seguro insuficiente*: el paciente tiene una cobertura de seguro limitada que no brinda cobertura para la atención médicamente necesaria o se ha excedido la responsabilidad máxima según la cobertura de seguro.

**F. Acciones de cobro:** KCMH realizará esfuerzos razonables para determinar si un individuo es elegible para recibir asistencia bajo esta política antes de participar en acciones extraordinarias de cobro ("ECA").

1. ECA incluye cualquier acción tomada que requiera un proceso legal o judicial en un intento de cobrar a un individuo cubierto bajo esta política. "Las ECA que requieren un proceso legal o judicial incluyen, pero no están limitadas a:
  - a. Colocar un gravamen en la propiedad de un individuo;
  - b. Ejecución de una hipoteca sobre la propiedad real de un individuo;
  - c. Adjuntar o incautar la cuenta bancaria de un individuo o cualquier otra propiedad personal;
  - d. Comenzar una acción civil contra un individuo;
  - e. Causando el arresto de un individuo;
  - f. Causar que un individuo esté sujeto a un documento de apego al cuerpo; y
  - g. Adornando el salario de un individuo ".  
KCMH puede enviar cuentas a una o más agencias de cobro, pero dicha acción no se considera una ECA. Las agencias de cobro se llevarán a cabo, en un acuerdo por escrito, con los términos y condiciones de esta política y no tomarán ECA sin la autorización previa de KCMH.
2. KCMH no tomará ECA contra un individuo durante al menos 120 días a partir de la fecha en que KCMH le proporcione a la persona la primera factura de atención posterior al alta; y
  - a. Proporciona al menos treinta (30) días de aviso por escrito al individuo que:
    - i. Notifica al individuo de la disponibilidad de asistencia financiera;
    - ii. Identifica los ECA específicos que KCMH tiene la intención de iniciar contra el individuo, y
    - iii. Establece una fecha límite después de la cual se pueden iniciar ECA que no es anterior a 30 días después de la fecha en que se le entrega la notificación a la persona;
  - b. Proporciona un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera con el aviso mencionado; y
  - c. Hace un esfuerzo razonable para notificar oralmente a la persona sobre la posible disponibilidad de asistencia financiera al menos 30 días antes de iniciar ECA contra la persona que describe cómo la persona puede obtener asistencia con el proceso de solicitud de asistencia fina

3. Una vez que una persona ha presentado una solicitud completa dentro del Período de solicitud, mientras determina si la persona es elegible de acuerdo con la política que KCMH tendrá,
  - a. Suspender cualquier ECA contra el individuo, incluido el que fue iniciado por la agencia de cobranza;
  - b. No iniciar ninguna ECA nueva; y
  - c. Haga y documente una determinación sobre si un individuo es elegible de acuerdo con la política.
  
4. Si una persona presenta una solicitud incompleta en cualquier momento durante el Período de solicitud, KCMH cumplirá con F. 1,2 y 3, así como con lo siguiente:
  - a. Suspender cualquier ECA contra el individuo, incluido el que fue iniciado por la agencia de cobranza;
  - b. Proporcionar una notificación por escrito con una copia de la política, a la persona que describe la información necesaria para completar la solicitud.
  - c. Si KCMH no recibe la información requerida dentro del marco de tiempo requerido, las acciones de recopilación pueden reanudarse.