



## TÍTULO DE LA POLÍTICA: Financial Assistance Policy

DUEÑO: Kiowa County Memorial Hospital (KCMH)

NÚMERO DEL DOCUMENTO:  
AUTOBÚS.007

APROBADO POR: KCMH Board

FECHA EFECTIVA: 12/22/2023

FECHA DE REVISIÓN: Click or tap to enter a date.

Este es un documento controlado. Las copias impresas son sólo para referencia y no están controladas. Consulte la copia electrónica para conocer la versión actual. versión.

### I. POLÍTICA

- A. Kiowa County Memorial Hospital (“KCMH”) se compromete a brindar acceso a atención médica de calidad para la comunidad a la que sirve, incluidos los pacientes en circunstancias financieras difíciles, y ofrece asistencia financiera a aquellos con una necesidad establecida de recibir atención médica de emergencia y atención hospitalaria y/o médicamente necesaria. o servicios de clínica.
- B. Las acciones que KCMH puede tomar en caso de falta de pago se describen en la Política de facturación y cobro de KCMH. Se puede obtener una copia gratuita de esta política visitando [www.kcmh.net](http://www.kcmh.net) o llamando al 620-723-3341, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
- C. KCMH no emprenderá acciones de cobro extraordinarias antes de hacer un esfuerzo razonable para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera según esta política.

### II. OBJETIVO

- A. Esta política sirve para establecer y garantizar un método justo y consistente para que los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente soliciten y sean considerados para recibir asistencia financiera relacionada con emergencias y otros cuidados hospitalarios médicamente necesarios. Tenga en cuenta que no todos los servicios médicos de KCMH califican para recibir asistencia según esta política. La asistencia financiera implica atención gratuita o con descuento basada en los ingresos y bienes del hogar que deben divulgarse en el proceso de solicitud. La asistencia financiera se basa en un descuento del cargo bruto por los servicios hospitalarios y/o clínicos proporcionados con un descuento mínimo del 50 % para aquellos que se determine que son elegibles para recibir asistencia financiera en KCMH.

### III. DEFINICIONES

- A. Solicitante: Paciente u otra persona responsable del pago de la atención del paciente que busca asistencia financiera.
- B. Período de solicitud: comienza en la fecha en que se brinda la atención médica y finaliza 240 días después del primer estado de cuenta posterior al alta o 30 días después de que el hospital o un tercero autorizado proporcione un aviso por escrito de las acciones extraordinarias de cobro que el hospital planea iniciar, lo que ocurra más tarde.
- C. Deuda incobrable: El costo de brindar atención a personas que pueden pero no quieren pagar la totalidad o una parte de las facturas médicas de las que son responsables.
- D. Asistencia financiera: el costo de brindar atención gratuita o con descuento a personas que no pueden pagar la totalidad o una parte de sus facturas médicas hospitalarias según las reglas de elegibilidad identificadas en esta política. KCMH puede determinar la incapacidad de pago antes o después de que se proporcionen los servicios médicamente necesarios.
- E. Cargos brutos: El precio total establecido por la atención médica brindada a los pacientes.
- F. Atención médicamente necesaria: servicios o productos de atención médica que un médico prudente proporcionaría a un paciente con el fin de prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas de una manera que sea:
  - 1. De acuerdo con las normas de práctica médica generalmente aceptadas;
  - 2. Clínicamente apropiado en términos de tipo, frecuencia, extensión, sitio y duración; y
  - 3. No principalmente para el beneficio económico de los planes de salud y los compradores ni para la conveniencia del paciente, el médico tratante u otro proveedor de atención médica.
- G. Saldo de pago por cuenta propia: el monto adeudado a un proveedor u hospital después de que se brindan los

servicios y se agotan todas las demás opciones de pago o métodos de reembolso.

#### **IV. PROVEEDORES CUBIERTOS BAJO ESTA POLÍTICA**

- A. Todos los proveedores de KCMH que brindan atención en KCMH están cubiertos por esta política.
1. Una lista de proveedores contratados o autorizados de otro modo para brindar atención a pacientes en Kiowa County Memorial Hospital y/o Greensburg Family Practice se mantiene por separado de esta política de asistencia financiera. La Lista de proveedores (Apéndice B) se puede obtener de forma gratuita llamando al 620-723-3341, en línea en [www.kcmh.net](http://www.kcmh.net) o visitando nuestra oficina comercial en 721 West Kansas, Greensburg, KS.
  2. Se mantiene una lista de proveedores y grupos no cubiertos por separado de esta política de asistencia financiera. La Lista de proveedores no cubiertos (Apéndice C) se puede obtener, sin cargo, llamando al 620-723-3341, en línea en [www.kcmh.net](http://www.kcmh.net) o visitando nuestra oficina comercial en 721 West Kansas, Greensburg, KS.

#### **V. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA AYUDA FINANCIERA**

- A. La elegibilidad para recibir asistencia financiera requiere la cooperación total del solicitante durante el proceso de solicitud, que incluye:
1. Completar la solicitud de asistencia financiera, incluidos todos los documentos requeridos;
  2. Cumplir con los criterios de ingreso anual del hogar y tamaño de la familia según lo establecido en las Pautas federales de pobreza para el año en curso; Ajuste del 50 % del saldo de pago por cuenta propia para solicitantes con ingresos familiares de hasta el 200 % de las pautas federales de pobreza; Ajuste del 100% del saldo de pago por cuenta propia para solicitantes sin ingresos familiares iguales o inferiores al 200% de las Pautas Federales de Pobreza (Apéndice A); y
  3. Una incapacidad demostrada para pagar los servicios basándose en todos los activos disponibles.
- B. KCMH se reserva el derecho de negar asistencia financiera a personas que deben obtener cobertura de seguro médico pero deciden no hacerlo o a personas que rechazan la cobertura de seguro, incluidos los planes de asistencia gubernamental, por razones religiosas. Muchos solicitantes no saben que pueden ser elegibles para planes de asistencia del gobierno o no han solicitado dichos planes.
1. KCMH tiene personal disponible para quienes necesitan solicitar Medicaid mediante elegibilidad presunta. Llame a nuestra oficina comercial al 620-723-3341 para concertar una cita para reunirse con nuestro personal y completar una solicitud.
- C. KCMH hace todos los intentos razonables para cobrar a las compañías de seguros y a otros terceros pagadores.
- D. KCMH se reserva el derecho de revertir la asistencia financiera y solicitar reembolsos o cobros apropiados como resultado de información recientemente descubierta, incluida la cobertura de seguro o el pago al solicitante o en virtud de un reclamo por lesiones personales relacionado con los servicios en cuestión. Todos los pagos recibidos por KCMH después de otorgarse la asistencia financiera resultarán en la reversión de los montos ajustados para resolver el saldo restante del pago por cuenta propia sin crear un saldo adeudado o un saldo acreedor.
- E. Los pacientes que reciben atención en el Departamento de Emergencias y que no tienen recursos financieros pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera si están desempleados o no tienen una dirección permanente o cobertura de seguro. Los pacientes indigentes sin acceso a la documentación de solicitud requerida aún pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera.
- F. Brindar asistencia financiera no obliga a KCMH a brindar atención continua; sin embargo, a entera discreción de Kiowa County Memorial Hospital, los servicios y el apoyo que sean médicamente necesarios y no estén disponibles en otros lugares pueden proporcionarse de forma continua. Es posible que se requiera que los pacientes vuelvan a solicitar asistencia financiera al menos cada 180 días.

#### **VI. ELEGIBILIDAD PRESUNTA**

- A. El objetivo es documentar la necesidad de asistencia financiera. Si un paciente o la persona que tiene responsabilidad financiera por los servicios de emergencia y médicamente necesarios no quiere o no puede proporcionar toda la información necesaria y pertinente para hacer una determinación concisa y justa de sus ingresos, se puede realizar la Elegibilidad Presunta (PE).
1. Elegibilidad presunta (PE): se presume que algunos pacientes o garantes son elegibles para recibir asistencia financiera según circunstancias de vida individuales, por ejemplo, aquellos que no tienen hogar o han calificado para programas de asistencia basados en necesidades. Esto se llama "elegibilidad presunta". Estos pacientes o garantes no necesitan completar la solicitud financiera si brindan prueba de que califican para ciertos programas que existen para beneficiar a personas que no tienen suficientes recursos para pagar los servicios y la atención. La elegibilidad presunta se utilizará para otorgar un

descuento a los pacientes que sean elegibles debido a uno de los siguientes ejemplos:

- a. No tienen hogar y/o han recibido atención en una clínica o refugio para personas sin hogar. El paciente o garante debe proporcionar una declaración escrita de una clínica o refugio para personas sin hogar.
- b. Reciben atención del programa Women, Infants and Children (WIC) o parte del mismo. El paciente o garante deberá proporcionar el vale 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 de alimentos). El paciente o garante debe proporcionar las declaraciones de elegibilidad para SNAP (cupones para alimentos) más recientes emitidas por la oficina de la División de Apoyo Familiar.
- d. La familia del paciente es elegible y recibe almuerzo escolar gratuito o a costo reducido como parte del programa financiado con fondos federales. El paciente o garante debe proporcionar la carta de confirmación más reciente de la División de Apoyo Familiar para respaldar esto.
- e. La dirección del paciente es un programa de vivienda asequible o subsidiada para personas de bajos ingresos, como Vivienda de la Sección 8 de HUD. El paciente o garante deberá presentar la aprobación de solicitud de vivienda subsidiada emitida por la Oficina de la División de Apoyo Familiar.
- f. Los salarios del paciente o del garante no son suficientes para embargar, según lo define la ley estatal. El paciente debe presentar prueba, emitida por el estado en el que vive, de la exención del embargo de salario.

## VII. MÉTODO PARA SOLICITAR AYUDA FINANCIERA

- A. La asistencia financiera se ofrece a través de un proceso de solicitud o según la elegibilidad actual para asistencia médica u otra asistencia gubernamental basada en las necesidades.

## VIII. PROCESO DE SOLICITUD

- A. El proceso de Asistencia Financiera comienza en el momento del servicio (durante la preadmisión, la admisión o en el momento del alta).
- B. Los solicitantes que quieran solicitar asistencia financiera pueden hacerlo solicitando el formulario de solicitud o descargándolo e imprimiéndolo sin costo alguno. Los formularios deben devolverse a la Oficina Comercial dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. KCMH notificará a los solicitantes sobre solicitudes incompletas y especificará los documentos o la información necesarios para completar el proceso de solicitud, que deben proporcionarse dentro de los 30 días. KCMH se reserva el derecho de negar la asistencia financiera si la solicitud no se recibe dentro del período de solicitud.
- C. El gerente de la oficina comercial de KCMH, o su persona designada, revisará la solicitud y tomará una determinación sobre la asistencia financiera que se puede ofrecer. El proceso de revisión de la solicitud demora aproximadamente 30 días hábiles. Una vez que se haya tomado una decisión sobre la asistencia financiera, se enviará una carta al solicitante informándole de la decisión.
- D. La asistencia financiera no es retrospectiva. Las solicitudes de asistencia financiera cubren los servicios que se facturan recientemente al paciente, dentro de los 30 días posteriores al envío por correo del estado de cuenta inicial. Los estados de cuenta que estén en el segundo ciclo de estado de cuenta o más antiguos no se considerarán "cubiertos" por la Solicitud de Asistencia Financiera. Esas cuentas se considerarán saldo del paciente y el pago es responsabilidad del paciente. Si se incurre en cargos después de presentar la solicitud y se aprueba la asistencia financiera, esos cargos se ajustarán en consecuencia, para que el paciente no tenga una demora en la atención a la espera de una decisión.
  1. La Oficina Comercial continuará trabajando con el paciente o garante para resolver los saldos restantes de la cuenta. 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 una notificación por escrito de determinación con respecto a su solicitud de Asistencia financiera.
- E. Si el paciente o el 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.
- F. Los pacientes o sus representantes pueden apelar una denegación de asistencia financiera proporcionando información adicional sobre la determinación de elegibilidad o una explicación de las circunstancias atenuantes al gerente de la oficina comercial dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la notificación de denegación por escrito. La parte que presenta la apelación será notificada por escrito de la decisión final tomada por el Gerente y el Administrador de la Oficina Comercial.
  1. Se pueden hacer concesiones para circunstancias atenuantes basadas en las circunstancias de vida únicas

de cada persona y los factores atenuantes. La cantidad de asistencia proporcionada por el Hospital podrá ser superior a la indicada en las directrices, pero nunca inferior.

## IX. APROBACIÓN Y AUTORIZACIÓN

A. La aprobación y autorización de los descuentos de Asistencia Financiera se basará en lo siguiente:

\$0 a \$500	Gerente de Oficina Comercial
\$501 a \$5,000	director de Finanzas
\$5,001 a \$10,000	CEO
\$10,001 o más	Junta directiva

## X. LAS SOLICITUDES DE AYUDA FINANCIERA ESTÁN DISPONIBLES:

A. Sitio web

1. [www.kcmh.net](http://www.kcmh.net)

B. Solicitud escrita o personalmente en nuestra Oficina Comercial

1. Hospital Memorial del Condado de Kiowa, 721 West Kansas, Greensburg, KS

C. Por telefono

1. 620-723-3341

## XI. BASES PARA EL CÁLCULO DE LOS IMPORTES COBRADOS A LOS PACIENTES

A. A todos los pacientes se les factura según los montos brutos cobrados; sin embargo, el saldo de pago por cuenta propia para los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera se limita al Monto Generalmente Facturado (AGB) para aquellos que tienen un seguro que cubre dicha atención.

## XII. SERVICIOS DE EMERGENCIA

A. KCMH brinda exámenes de detección médica y atención de emergencia para estabilizar a los pacientes, independientemente de su capacidad de pago y de conformidad con la Ley de Trabajo y Tratamiento Médico de Emergencia (EMTALA). KCMH prohíbe cualquier acción que pueda disuadir a las personas de buscar atención de emergencia y no realiza actividades de cobro de deudas en el Departamento de Emergencias.

## XIII. IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

A. KCMH se compromete a respetar las múltiples leyes federales y estatales que excluyen la discriminación por motivos de raza, sexo, edad, religión, origen nacional, estado civil, orientación sexual, discapacidades, servicio militar o cualquier otra clasificación protegida por las leyes federales, estatales, o leyes locales.

## XIV. CONFIDENCIALIDAD

A. KCMH defenderá la confidencialidad y la dignidad individual de cada paciente. KCMH y todos sus afiliados cumplirán con los requisitos de HIPAA para el manejo de información médica, de salud y financiera personal.