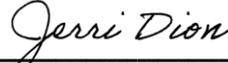


POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

NÚMERO: 853000-006	REVISADO Y REVISADO: 01/11/2024	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 10/11/2021	SUSTITUYE AL N.º/FECHA: 07/15/2019
DISTRIBUCIÓN: CUENTA DEL PACIENTE, ADMISIÓN, SOC SERV, EMER, CLÍNICA, CUENTA Y ADMINISTRACIÓN			
ASUNTO: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA		APROBADO POR:  DIRECTOR DEPARTAMENTO ADMINISTRACIÓN	

POLÍTICA:

Columbia Basin Hospital es un hospital de puertas abiertas en virtud de ser un hospital público sin fines de lucro del Distrito Hospitalario. El Hospital es el único hospital de la comunidad y reconoce su

Los servicios en esta instalación están disponibles para todas las personas sin discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, estado migratorio, credo o cualquier otro motivo no relacionado con la necesidad de un individuo para el servicio. Los servicios de emergencia o médicamente necesarios no serán denegados porque la persona no pueda pagar por esos servicios.

Sin embargo, a las personas que reciben servicios médicos se les facturará por dichos servicios, a menos que se haya establecido la elegibilidad para la Asistencia financiera antes de la prestación de los servicios. A todos los pacientes que reciben servicios se les cobra por esos servicios sin discriminación entre el tipo de pagador o la capacidad de pago. (Consulte la política #853000-005).

Con el fin de proteger la integridad de las operaciones y cumplir con este compromiso, se establecen los siguientes criterios para la prestación de atención caritativa, de conformidad con los requisitos del Código Administrativo de Washington, Capítulo 246-453 y RCW 70.170. Estos criterios ayudarán al personal a tomar decisiones objetivas coherentes con respecto a la elegibilidad para recibir asistencia financiera, garantizando al mismo tiempo el mantenimiento de una base financiera sólida.

Los pacientes de Columbia Basin Hospital y Columbia Basin Family Medicine que reciben servicios médicamente necesarios (atención hospitalaria aguda, servicios hospitalarios ambulatorios o servicios médicos) que sienten que no pueden pagar sus servicios pueden solicitar asistencia financiera.

Nuestro centro pondrá a disposición servicios de interpretación para brindar asistencia a los pacientes que hablan con limitaciones o que no hablan inglés para comprender y solicitar asistencia financiera a través del uso de nuestra línea de idiomas. (Ver política de Servicios de Interpretación # 8721-052)

CBH hará esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera en una cuenta antes de que ocurra cualquier acción de cobro extraordinaria. Esto incluye la presentación de informes a las agencias de cobranza,

procesos legales o judiciales, la venta de deudas o el aplazamiento o la denegación de la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de la atención anterior.

PROCEDIMIENTO:

Cualquier paciente, familiar o parte responsable que sienta que puede calificar para nuestro Programa de Asistencia Financiera, puede solicitar una solicitud en la Oficina Comercial. Esta solicitud debe completarse tan pronto como sea posible a partir de la fecha del tratamiento. El personal del Distrito Hospitalario puede sugerir y ofrecer solicitudes de Asistencia Financiera si consideran que el paciente cumpliría con los criterios para el Programa de Asistencia Financiera y/o remitir al paciente a la Oficina de Negocios para obtener más información sobre el programa.

ELEGIBILIDAD:

Las solicitudes de asistencia financiera se evalúan de acuerdo con los siguientes criterios:

1. Calificación bajo las pautas federales de pobreza que se publican y actualizan anualmente. Las cifras de ingresos de pobreza vigentes para el período de tiempo en que se recibieron los servicios serán la pauta utilizada para determinar la elegibilidad.
2. Los ingresos incluirán a todos los miembros del hogar, ya sean parientes por nacimiento, matrimonio o adopción, independientemente de su edad, que vivan juntos. Los ingresos brutos combinados no pueden exceder el 300% de la pauta de pobreza para las personas no aseguradas y el 200% para las personas aseguradas. (Véase el anexo de la directriz de pobreza para conocer la mayoría de los niveles de ingresos actuales).
 - A. A las personas elegibles con ingresos inferiores al 100% de las pautas de ingresos de pobreza se les cancelará el saldo sin obligación de pagar.
 - B. Las personas con ingresos de 101 a 200% de las pautas de pobreza verán reducido su saldo según el Programa de Pagos Reducidos de:

101 – 133%	75% del saldo de la cuenta
134 – 166%	50% del saldo de la cuenta
167 – 200%	25% del saldo de la cuenta
 - C. Las personas sin seguro con ingresos entre 201 y 300% de las pautas de pobreza serán elegibles para una reducción de cargos para reducir su saldo debido a una cantidad igual al 130% de la relación costo-cargo estimada actualmente vigente para el Hospital. Si la relación costo-cargo es igual o superior al 77%, este descuento no se aplicaría para ese año.
 - D. Las personas aseguradas serán elegibles para recibir asistencia financiera cuando sus ingresos no superen el 200% del nivel de pobreza y sus saldos se reduzcan como se indica en los puntos A y B anteriores.
3. La determinación de la cobertura de asistencia financiera se considera sobre el saldo después de que todo el seguro haya pagado por los pacientes asegurados y el 100%

de los cargos brutos por los pacientes sin seguro. Pacientes sin seguro con ingresos anuales entre 201 y 300%

del nivel de pobreza se puede descontar en función de nuestra relación entre el costo y los cargos del año anterior, como se indica en #2C anterior.

La solicitud de caridad incluirá una sección de divulgación de ingresos con una solicitud de documentación que se adjuntará para verificar los datos reportados. Se aceptarán los siguientes documentos como prueba de ingresos en los que basar la elegibilidad: declaraciones de retención W-2, talones de pago de todos los empleos, declaración de impuestos sobre la renta del año calendario presentado más recientemente, aprobaciones o denegaciones de Medicaid, avisos de compensación por desempleo o declaraciones escritas de los empleadores.

La determinación se basa en los ingresos de un año completo del período de tiempo en que los servicios fueron renderizados. La contraprestación de ingresos se puede utilizar en función del momento en que se recibe la solicitud, siempre que el paciente haya estado haciendo un esfuerzo de buena fe para pagar sus servicios de atención médica y la solicitud se reciba dentro de los dos años posteriores al momento en que se prestaron los servicios.

Los ingresos se definen como: salarios brutos totales antes de impuestos derivados de sueldos y salarios, beneficios de Medicaid, pagos del Seguro Social, beneficios de huelga, beneficios por desempleo o discapacidad, manutención de los hijos, pensión alimenticia y ganancias netas de actividades comerciales y de inversión pagadas al individuo. Se necesita documentación de respaldo para todas las formas de ingresos enumeradas.

Si los ingresos del solicitante están por debajo del 100% del nivel de pobreza, no es necesario completar la sección opcional de divulgación de activos de la solicitud. La sección de divulgación de activos de la solicitud solicita información sobre activos que se requiere si el paciente no cumple con la pauta de pobreza del 100% y desea ser considerado para una reducción en el costo de sus servicios basada en una escala móvil de tarifas. La información de activos solicitada es: acciones, bonos, planes 401K o de jubilación, saldos de cuentas de ahorros para la salud, fideicomisos, propiedad de propiedades o negocios.

El hospital no iniciará los esfuerzos de cobro de una cuenta una vez que se reciba una solicitud de asistencia financiera, siempre que la parte responsable coopere con los esfuerzos del hospital para llegar a una determinación final y proporcione la información necesaria para tomar esa determinación. Esto es normalmente dentro de los 14 días posteriores a la solicitud de asistencia, a menos que la condición médica de una persona pueda requerir más tiempo.

El personal de la oficina comercial trabajará con el paciente para obtener la documentación necesaria para completar la determinación de elegibilidad para la asistencia financiera. Si el solicitante no puede proporcionar la información, la elegibilidad se determinará sobre la base de la información proporcionada y una declaración firmada por el solicitante que atestigüe la exactitud de la información.

En el caso de que el personal del hospital pueda establecer claramente que una persona indigente califica para recibir asistencia financiera, se puede otorgar asistencia financiera a la cuenta sin una solicitud basada en esta determinación.

FUENTE DE PAGO DE TERCEROS

Póliza #853000-

006

Todas y cada una de las fuentes de pago de seguros o de terceros deben agotarse antes de que la asistencia financiera esté disponible. Todos los fondos de beneficios disponibles en dicha cobertura deben pagarse al hospital. Si hay cobertura de seguro, se debe adjuntar una explicación de los beneficios o información del seguro al formulario de solicitud. Esto incluye una obligación por parte del seguro

compañía, contratista de servicios de atención médica, organización de mantenimiento de la salud, plan de salud grupal, programa gubernamental, beneficios de salud tribales o ministerio de atención médica compartida según se define en 26U.S.C. Sec. 5000A para pagar la atención del paciente cubierto y los servicios, y puede incluir acuerdos, sentencias o adjudicaciones realmente recibidas en relación con los actos negligentes de otros que han resultado en la afección médica por la cual el paciente ha recibido servicios de atención médica hospitalaria. Los saldos de los pacientes que estén pendientes de acuerdos, juicios o adjudicaciones aún se considerarán para la elegibilidad para la asistencia financiera.

Si un paciente no tiene seguro, el personal de CBH está disponible para ayudar a nuestros pacientes a determinar si son elegibles para Medicaid u otros programas de seguro de salud patrocinados por el gobierno disponibles. El personal está disponible para responder preguntas o ayudar en el proceso de registro. Como Medicaid es una fuente de pago de terceros, es posible que se requiera que el solicitante solicite la determinación de elegibilidad antes de que se otorgue la asistencia financiera. Si se determina que el paciente es elegible para Medicaid u otro seguro sin costo, el paciente debe cooperar en la inscripción para que los servicios estén cubiertos. La elegibilidad para la asistencia financiera está determinada por la capacidad de pago del paciente o del garante después de que se haya utilizado todo el seguro disponible.

Los saldos después de los pagos del seguro son elegibles para la consideración de la cobertura bajo el programa de Asistencia Financiera.

EXCLUSIONES

Los servicios electivos y cosméticos se revisarán para considerar la asistencia financiera, pero generalmente están excluidos de la asistencia financiera.

La asistencia financiera se limitará a los servicios médicos hospitalarios apropiados según se define en WAC 246-453-010 (7) y consistirá en cuidados intensivos y servicios ambulatorios hospitalarios recibidos en Columbia Basin Hospital, y servicios profesionales apropiados y necesarios recibidos en Columbia Basin Family Medicine.

Los servicios de Hogar de Ancianos, Cama Giratoria y Vida Asistida no serán considerados bajo el Programa de Asistencia Financiera.

Proveedores que no son empleados que consisten en: servicios de transporte en ambulancia, el proveedor que interpreta su prueba de eco o prueba de mamografía; o los médicos que brindan atención a los pacientes hospitalizados de cuidados agudos no están cubiertos por el Programa de Asistencia Financiera del Hospital. Al paciente se le facturarán por separado estos servicios desde el consultorio del médico que lo realizó.

Las cuentas que han sido asignadas a una agencia de cobro y tienen una sentencia otorgada a través del sistema judicial aún se considerarán para recibir asistencia financiera. Un paciente puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento.

PROCESO DE REVISIÓN

Póliza #853000-
006

La información, las solicitudes y las entrevistas para obtener asistencia financiera serán manejadas por la Oficina de Negocios. Todas las solicitudes de Servicios de Asistencia Financiera se procesarán dentro de los catorce (14) días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud y se notificará al solicitante de la aprobación, denegación o necesidad de más documentación. Una solicitud a la que le falte la información necesaria para el procesamiento puede retenerse hasta 14 días, o el tiempo que sea razonablemente necesario a partir de la fecha en que se notifique al solicitante la necesidad de documentación adicional, a fin de darle tiempo al solicitante para obtener y presentar la documentación de respaldo antes de recibir una determinación. La falta de información necesaria para determinar la elegibilidad puede resultar en una denegación de asistencia financiera hasta que se reciba la información y se pueda volver a procesar la solicitud. Una vez que se reciba la documentación, el Hospital tomará la determinación y notificará al solicitante dentro de los 14 días.

Las solicitudes completadas con documentación serán revisadas por el Secretario de Facturación/Cobro con la ayuda del Director de Servicios Comerciales según sea necesario. Aprobará o desaprobará las solicitudes en función de la documentación adjunta. Al solicitante se le enviará una Determinación de elegibilidad notificándole la aprobación o desaprobarción, el motivo de la denegación y el monto de su saldo que es su responsabilidad.

DERECHOS DE APELACIÓN

En el aviso de elegibilidad se incluyen los derechos de apelación. El paciente tiene 30 días a partir de la fecha de determinación para solicitar una apelación. Esta solicitud debe hacerse por escrito al Director de Servicios Financieros proporcionando cualquier información adicional necesaria para procesar la reconsideración. El Director de Servicios Financieros reconsiderará la solicitud y emitirá una determinación al paciente y a la Oficina de Negocios. Se enviará una copia al Departamento de Salud de WA según la Regulación Estatal.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE POR EL PAGO

Será necesario establecer arreglos de pago para cualquier saldo adeudado después de recibir la determinación de elegibilidad. La obligación financiera del solicitante que permanezca después de que se aplique la reducción de la Asistencia Financiera será pagadera según lo negociado entre el Hospital y la parte responsable, lo que permitirá un tiempo razonable para que los pagos se realicen sin intereses ni cargos por mora.

No se puede tomar ninguna acción de cobro extraordinaria en las cuentas aprobadas durante 120 días después de que se haya enviado el aviso de elegibilidad al paciente. Si no se realizan pagos o hay períodos de inactividad en la cuenta, el centro o su representante pueden establecer contactos normales. No se tomará ninguna acción de cobro extraordinaria durante 120 días a partir del último pago del paciente o la fecha de determinación de elegibilidad, lo que sea mayor. Las acciones de cobro extraordinarias se definen como la presentación de informes a las agencias de crédito, los procesos legales como gravámenes regulares, embargos, embargos o ejecuciones hipotecarias, la venta de deudas o la denegación de atención médicamente necesaria debido a la falta de pago. (Consulte la política de Deudas incobrables para obtener más información. #853000-005)

Póliza #853000-

006

SERVICIOS CONTINUOS

Si un paciente ha calificado para recibir asistencia financiera y continúa recibiendo servicios durante un período prolongado de tiempo, el Hospital, a su discreción, puede requerir que la parte responsable presente un nuevo

solicitud y documentación de ingresos al menos una vez al año, o cuando hay un aumento en las pautas del Nivel de Pobreza, para garantizar que aún califiquen bajo el programa.

CONFIDENCIALIDAD

El uso y la divulgación de cualquier información contenida en la solicitud y el procesamiento de asistencia financiera estarán sujetos a las Regulaciones de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico y a las Políticas de Privacidad del hospital.

Toda la información y los documentos relacionados con la solicitud de asistencia financiera se conservarán con la solicitud y se conservarán durante cinco años.

REEMBOLSOS:

Cualquier pago personal realizado en una cuenta que posteriormente se determine mediante la aprobación de una solicitud que ha sido elegible para recibir asistencia financiera será reembolsado al paciente dentro de los 30 días posteriores a esa aprobación. El paciente debe haber sido elegible en el momento en que se recibió el pago.

NOTIFICACIÓN PÚBLICA:

Columbia Basin Hospital se esfuerza por poner a disposición del público la información de Asistencia Financiera para cumplir con su obligación con nuestros pacientes y la notificación pública de la disponibilidad del Programa de Atención Caritativa.

Los letreros que indican la disponibilidad del programa de asistencia financiera están colocados en áreas públicas clave del Hospital, incluidas las áreas de la Clínica, la Admisión y la Sala de Emergencias. Un Aviso de Disponibilidad de Asistencia Financiera también puede publicarse en los avisos legales del periódico local o publicarse en la comunidad para informar sobre la disponibilidad de servicios financieros.

CBH hará todos los esfuerzos razonables para garantizar que cada paciente reciba un aviso por escrito de la disponibilidad de asistencia financiera con su primer registro en nuestros sistemas de facturación y una firma de recibo firmada por el paciente o la parte responsable.

El hospital incluirá un aviso por escrito de la disponibilidad de asistencia financiera para los pacientes en el momento de su primera facturación o estado de cuenta. Además, cualquier carta enviada por Columbia Basin Hospital con el propósito de cobrar una deuda incluirá un aviso de disponibilidad del programa de Asistencia Financiera. Esto incluirá información de contacto para consultas sobre el programa o el proceso de solicitud. Se pondrá a disposición de cualquier persona que lo solicite y en cada área de Admisión/registro información adicional por escrito.

Cualquier Agencia de Cobro utilizada por el Distrito Hospitalario deberá incluir un aviso al deudor de que puede ser elegible para Asistencia Financiera junto con la información de contacto del Hospital en el aviso inicial por escrito enviado al deudor por las facturas del hospital que se le remiten para su cobro.

Póliza #853000-

006

DISPONIBILIDAD DE INTÉRPRETES

Nuestro centro pondrá a disposición servicios de interpretación, según sea necesario, para brindar asistencia a los pacientes que no hablan inglés para comprender y solicitar asistencia financiera.

Además, los avisos escritos, las explicaciones verbales, el resumen de la póliza y el formulario de solicitud estarán disponibles en cualquier idioma hablado por más del diez por ciento de la población en el área de servicio del Hospital, e interpretados para otros pacientes que no hablen inglés o que hablen inglés limitado y para otros pacientes que no puedan entender la escritura y/o la explicación. Actualmente están disponibles las siguientes traducciones que no están en inglés:

El Hospital pondrá a disposición en su sitio web, www.columbiabasinhospital.org, versiones actuales de esta política en inglés. Además, en nuestro sitio web se publica un resumen en lenguaje sencillo de la Política del Hospital, los Avisos de Disponibilidad de Asistencia Financiera y las solicitudes con instrucciones en inglés, español y ruso. Estos también están disponibles en las áreas de Oficina Comercial y Admisión.

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

Columbia Basin Hospital ha establecido un Programa de Capacitación estandarizado sobre su política de Asistencia Financiera y Atención Caritativa y el uso de servicios de intérprete para ayudar a las personas con dominio limitado del inglés y a las personas que no hablan inglés a comprender la información sobre su Política de Atención Financiera y Caritativa. El hospital brindará capacitación regular al personal de primera línea que trabaja en registro, admisiones y facturación, y a cualquier otro personal apropiado, para responder preguntas sobre asistencia financiera y atención caritativa de manera efectiva, obtener los servicios de intérprete necesarios y dirigir las consultas al departamento correspondiente de manera oportuna.

Cualquier cambio a esta política se enviará al Departamento de Salud de WA para su aprobación según lo exija la ley estatal antes de que los cambios entren en vigencia.