



ASISTENCIA FINANCIERA – ATENCIÓN DE CARIDAD FINANCIAL ASSISTANCE – CHARITY CARE (SPANISH)

Política Administrativa

Aprobada el: Pendiente (12/2015)

Próxima revisión: Enero de 2017

Departamento: Todos los establecimientos hospitalarios, departamentos y clínicas de Swedish

Fecha de implementación: 1 de enero de 2016

Propósito

El propósito de esta política es establecer la Política de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) de Swedish Health Services (SHS), diseñada para promover el acceso a la atención médicamente necesaria para aquellos que no tienen la capacidad de pagar, y para ofrecer un descuento de los cargos facturados para aquellas personas que solo pueden pagar una parte de los costos de su atención. Este programa se aplica únicamente para servicios de emergencia y otros servicios de salud médicamente necesarios proporcionados por SHS.

Personas responsables

Departamentos de Ciclo de Facturación

Política

Tanto la filosofía como la práctica de SHS establecen que los servicios de salud médicamente necesarios estén disponibles para los miembros de la comunidad y para aquellos que tengan una necesidad médica de emergencia, sin demora, independientemente de su capacidad de pagar. A los fines de esta política, «asistencia financiera» incluye la atención de caridad y otros programas de asistencia financiera ofrecidos por SHS.

1. SHS cumplirá con todas las leyes y reglamentaciones federales y estatales relacionadas con los servicios médicos de emergencia, asistencia financiera para pacientes y atención de caridad, incluidas, a modo de ejemplo, la Sección 1867 de la Ley de Seguro Social (Social Security Act), la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos, RCW 70.170.060 y WAC Ch. 246-453.
2. SHS proporcionará asistencia financiera a los pacientes o garantes que califiquen que no tengan otras fuentes de pago primarias con el fin de liberarlos de la totalidad o de una parte de su obligación financiera para servicios de emergencia y servicios de salud de SHS médicamente necesarios.
3. SHS proporcionará asistencia financiera a los pacientes o garantes que califiquen de una manera respetuosa, compasiva, justa, coherente, eficaz y eficiente.
4. Al tomar determinaciones de asistencia financiera, SHS no discriminará en función de la edad, raza, color, credo, origen étnico, religión, nacionalidad, estado civil, sexo, orientación sexual, identidad o

expresión de género, discapacidad, condición de veterano o militar, ni en función de ninguna otra cosa prohibida por las leyes federales, estatales o locales.

5. En circunstancias atenuantes, SHS podría, a su discreción, aprobar asistencia financiera fuera del alcance de esta política. La atención de caridad incobrable/presunta se aprueba, a modo de ejemplo, por las siguientes razones: diagnóstico social, falta de un hogar, quiebra, fallecido sin herederos, historial de incumplimiento y falta de pago de cuentas. Toda la documentación debe respaldar la incapacidad para pagar del paciente/los garantes y el motivo por el cual la asignación a una agencia de cobranza no daría lugar a la resolución de la cuenta.

6. Los hospitales de SHS con departamentos de emergencia especializados proporcionarán, sin discriminación, atención para afecciones médicas de emergencia (dentro del significado de la Ley Laboral y de Tratamiento Médico de Emergencia (*Emergency Medical Treatment and Labor Act*, EMTALA)), de conformidad con las capacidades disponibles, independientemente de que una persona sea elegible o no para recibir asistencia financiera. Los hospitales de SHS proporcionarán exámenes de evaluación médica de emergencia y tratamiento de estabilización, o derivarán o trasladarán a una persona, si dicho traslado es apropiado en virtud de 42 C.F.R. 482.55. SHS prohíbe cualquier medida que desaliente a una persona a buscar atención médica de emergencia, como por ejemplo, permitiendo actividades de cobro de deudas que interfieran en el suministro de la atención médica de emergencia.

Proveedores sujetos a la Política de Asistencia Financiera de SHS

Además de cada uno de los establecimientos hospitalarios de SHS, todos los médicos y demás proveedores que suministren atención a pacientes de SHS durante una estadía en el hospital están sujetos a estas políticas, a menos que se indique lo contrario específicamente. El Anexo A indica dónde los pacientes pueden obtener la lista o listas relacionadas con todos los Proveedores que suministran atención en los departamentos hospitalarios de SHS, y si ellos están o no sujetos a la Política de Asistencia Financiera de SHS. Puede acceder a esta lista en línea en www.swedish.org, y también está disponible en papel si la solicita al hospital.

Requisitos de elegibilidad para la asistencia financiera

La asistencia financiera está disponible tanto para los garantes y para los pacientes sin seguro como para aquellos con seguro insuficiente cuando dicha asistencia esté de acuerdo con las leyes federales y estatales que rigen los beneficios permitidos a los pacientes. La asistencia financiera está disponible únicamente con respecto a los montos que se relacionan con servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios. Los pacientes o garantes con ingresos brutos familiares, ajustados según el tamaño del grupo familiar, que sean o estén por debajo del 400% del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) son elegibles para recibir asistencia financiera, siempre y cuando no tengan otros recursos financieros y el paciente o el garante presenten la información necesaria para confirmar la elegibilidad.

La asistencia financiera es secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente o el garante, incluidos, a modo de ejemplo, el seguro, terceros pagadores de obligaciones, programas del gobierno y programas de agencias externas. En situaciones en las que no haya fuentes de pago primarias disponibles, los pacientes o garantes pueden solicitar asistencia financiera sobre la base de los requisitos de elegibilidad indicados en esta política y la documentación de respaldo, lo que puede incluir:

- Podría solicitarse el comprobante de solicitud a Medicaid.

La asistencia financiera se otorga solo para servicios de emergencia y médicamente necesarios. Para los hospitales de SHS, «servicios de emergencia y médicamente necesarios» significa servicios hospitalarios apropiados de acuerdo con lo definido en WAC 246-453-010(7). Para otros establecimientos de SHS y servicios de médicos, estos son los servicios médicamente necesarios proporcionados dentro de un hospital de SHS o en aquellas instituciones definidas por SHS.

Los pacientes que viven fuera del área de servicio de SHS en la que se proporcionan los servicios no son elegibles para recibir la asistencia financiera, salvo en las siguientes circunstancias:

- El paciente requiere servicios de emergencia mientras visita el área de servicio de SHS.
- La atención médicamente necesaria proporcionada al paciente no está disponible en un establecimiento de SHS en el área de servicio en la que vive el paciente.

El área de servicio de SHS se define como cualquier condado de Washington en el que el hospital de SHS preste servicios.

La elegibilidad para la asistencia financiera deberá basarse en la necesidad financiera al momento de la solicitud. Al determinar la aplicabilidad de la escala móvil de honorarios de SHS en el Anexo B, se consideran todos los ingresos de la familia según lo definido por las leyes de Washington que rigen la atención de caridad¹. Los pacientes que solicitan asistencia financiera deben proporcionar la documentación de respaldo especificada en la solicitud de asistencia financiera, a menos que SHS indique lo contrario.

Base para calcular los montos cobrados a pacientes elegibles para la asistencia financiera

Las categorías de descuentos disponibles y limitaciones en los cargos en virtud de esta política incluyen:

- **100% de descuento/atención gratuita:** Todo paciente o garante cuyos ingresos brutos familiares, ajustados según el tamaño del grupo familiar, sean o estén por debajo del 300% del nivel federal de pobreza (FPL) vigente es elegible para recibir el 100% de descuento sobre el total de cargos hospitalarios para atención de emergencia o médicamente necesaria, siempre que el paciente o el garante no sea elegibles para recibir otra asistencia para la cobertura de salud pública o privada.²
- **Descuento del 75% sobre los cargos:** La escala móvil de honorarios de SHS establecida en el Anexo B se utilizará para determinar el monto de la asistencia financiera que se suministrará en forma de un descuento del 75% para los pacientes o garantes con ingresos de entre el 301% y el 400% del nivel federal de pobreza vigente después de que se hayan agotado o denegado todas las posibilidades de financiamiento disponibles para el paciente o el garante, y de que se hayan analizado los recursos y activos financieros personales como posibles fondos para pagar los cargos facturados. Podría ofrecerse asistencia financiera a los pacientes o garantes con ingresos familiares que superen el 400% del nivel federal de pobreza cuando las circunstancias indiquen dificultades financieras graves o pérdida personal.
- **Limitación en los cargos para todos los pacientes elegibles para la asistencia financiera:** Los pacientes o garantes elegibles para cualquiera de los descuentos arriba mencionados no serán personalmente responsables de pagar una cantidad superior al porcentaje de cargos brutos de los «Montos Generalmente Facturados» (AGB, por sus siglas en inglés), según lo definido en la Sección de Reglamentación del Tesoro 1.501(r)-1(b)(2), por el hospital de SHS correspondiente para los servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios recibidos. SHS determina el porcentaje de AGB correspondientes para cada hospital de SHS multiplicando los cargos brutos del hospital en concepto de atención de emergencia o médicamente necesaria por un porcentaje fijo que se basa en los reclamos permitidos en virtud de Medicare. Puede obtener las hojas informativas que detallan los porcentajes de AGB utilizados por cada hospital de SHS y la forma en que se calculan visitando el siguiente sitio web: www.swedish.org o llamando al: **1-877-406-0438** para solicitar una copia en papel. Además, el monto máximo que puede cobrarse en un período de 12 meses por servicios de atención de salud de emergencia o médicamente necesarios para los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera es del 20% de los ingresos brutos familiares del paciente, siempre que el paciente siga siendo elegible para la asistencia financiera en virtud de esta política durante el período de 12 meses.

Método para solicitar asistencia y proceso de evaluación:

¹ “Ingresos” y “familia” se encuentran definidos en WAC 246-453-010(17)-(18).

² Consulte RCW 70.170.060 (5).

Los pacientes o garantes pueden solicitar asistencia financiera en virtud de esta Política por uno de los siguientes medios: (1) informando al personal de la oficina de facturación de SHS en el momento del alta o con anterioridad que solicitan la asistencia, y presentando un formulario de solicitud y toda documentación que requiera SHS; (2) descargando un formulario de solicitud del sitio web de SHS en www.swedish.org, y enviando el formulario junto con toda documentación requerida; o (3) pidiendo un formulario de solicitud por teléfono, llamando al **1-877-406-0438**, y enviando el formulario con toda documentación requerida. SHS exhibirá carteles e información sobre su política de asistencia financiera en las áreas de acceso correspondientes, incluso, por ejemplo, en el departamento de emergencias y las áreas de admisión.

El hospital realizará una evaluación preliminar a cualquier persona que solicite asistencia financiera. Como parte del proceso de evaluación, SHS analizará si la persona ha agotado o si no es elegible para fuentes de pago de terceros. SHS podría optar por otorgar la asistencia financiera basándose únicamente en una determinación inicial del estatus del paciente como persona indigente, según lo definido en WAC 246-453-010(4). En estos casos, es posible que no se requiera documentación. En todos los demás casos, se requiere documentación para respaldar una solicitud de asistencia financiera. Esto podría incluir comprobante del tamaño del grupo familiar e ingresos y activos de cualquier fuente, incluidos, a modo de ejemplo: copias de cheques de pago recientes, declaraciones W-2, declaraciones de impuestos sobre los ingresos, formularios que aprueben o denieguen Medicaid o ayuda médica financiada por el estado, formularios que aprueben o denieguen la compensación por desempleo, declaraciones escritas de empleadores o agencias de asistencia social, y/o estados de cuenta bancarios que muestren actividad. Si no se puede proporcionar la documentación adecuada, SHS podría solicitar información adicional.

Un paciente o garante que podrían ser elegibles para solicitar asistencia financiera pueden proporcionar documentación suficiente a SHS para respaldar una determinación de elegibilidad hasta catorce (14) días después de que se presenta la solicitud o doscientos cuarenta (240) días después de la fecha en que se haya enviado al paciente la primera factura posterior al alta, lo que ocurra en último término, de acuerdo con las reglamentaciones de 501(r). SHS reconoce que, de acuerdo con WAC 246-453-020(10), puede hacerse una designación en cualquier momento luego de tomar conocimiento de que los ingresos de una persona se encuentran por debajo del 200% del estándar federal de pobreza. De acuerdo con la documentación proporcionada con la solicitud, SHS determinará si se requiere información adicional, o si puede tomarse una determinación de elegibilidad. Si el paciente o el garante no completan razonablemente los procedimientos de solicitud apropiados dentro de los plazos especificados antes, esto será motivo suficiente para que SHS determine que el paciente o el garante no son elegibles para la asistencia financiera e inicie actividades de cobranza. Se completará una determinación inicial de posible elegibilidad para la asistencia financiera lo más cerca posible de la fecha de la solicitud.

SHS notificará al paciente o al garante una determinación final de elegibilidad o no elegibilidad en el término de diez (10) días hábiles después de recibir la documentación necesaria.

El paciente podrá apelar la determinación de no elegibilidad para la asistencia financiera proporcionando documentación adicional relevante a SHS en un plazo de treinta (30) días desde la recepción del aviso de denegación. Todas las apelaciones serán revisadas y, si la determinación apelada confirma la denegación, se enviará una notificación por escrito al paciente y al Departamento de Salud del Estado de Washington de conformidad con la ley estatal. El proceso de apelación final concluirá en un plazo de diez (10) días desde la recepción de la apelación por parte de SHS.

Otros métodos de calificación para la asistencia financiera podrían incluir:

- Prescripción del plazo legal para la cobranza.
- El garante ha fallecido y no hay herederos ni testamento.
- El garante se ha declarado en quiebra.
- El garante ha proporcionado registros financieros que hacen que califique para la asistencia financiera.
- Los registros financieros indican que los ingresos del garante nunca mejorarán para poder pagar la deuda, por ejemplo, en el caso de los garantes con ingresos fijos de por vida.

Facturación y cobranzas

Todo saldo no pagado adeudado por pacientes o garantes después de la aplicación de los descuentos disponibles, si correspondiera, será derivado a agencias de cobranza de acuerdo con las políticas uniformes de facturación y cobranzas de SHS. Para obtener información sobre las prácticas de facturación y cobranzas de SHS por los montos adeudados por pacientes o garantes, consulte la Política de Deudas Incobrables de SHS, que está disponible sin cargo en línea en: www.swedish.org; o que se le puede enviar si llama al: **1-877-406-0438**.

Definiciones

Ninguna.

Información complementaria

Ninguna.

Requisito reglamentario

Sección 1867 de la Ley del Seguro Social
Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos
RCW 70.170.060
WAC Ch. 246-453

Referencias

Ninguna.

Apéndices

[Escala móvil de honorarios porcentual para la atención de caridad](#)

PARTES INTERESADAS

Autor/Contacto

Iris Mireau, Gerente de Atención al Cliente

Consultores especialistas

Servicios legales de Swedish/Providence

Patrocinador

Elise Myers, Directora de Sistemas, Ciclo de Facturación

ANEXO A
Proveedores hospitalarios no sujetos a la Política de Asistencia Financiera de SHS y los descuentos asociados

Se incluye una lista de todos los Proveedores que brindan atención en el hospital de SHS, y si están sujetos o no a la Política de Asistencia Financiera de SHS. Puede acceder a esta lista en línea en www.swedish.org, y también está disponible en papel si la solicita al Defensor Financiero del Paciente en el Hospital. Si un Proveedor no está sujeto a la Política de Asistencia Financiera, entonces les facturará a los pacientes por separado por los servicios profesionales que proporcione durante una estadía en el hospital del paciente, sobre la base de las propias pautas de asistencia financiera aplicables del Proveedor, si correspondiera.

ANEXO B

Descuentos disponibles en virtud de la Política de Asistencia Financiera/Atención de Caridad de SHS

El monto total de los cargos hospitalarios pendientes después de la aplicación de cualquier otra fuente de pago disponible se determinará como atención de caridad para cualquier paciente o garante cuyos ingresos brutos familiares, ajustados según el tamaño del grupo familiar, sean o estén por debajo del 300% del nivel de la pauta federal de pobreza vigente (de acuerdo con WAC Ch. 246-453), siempre que dichas personas no sean elegibles para recibir otra asistencia para la cobertura de salud pública o privada (ver RCW 70.170.060 (5)).

Para los garantes con ingresos y recursos por encima del 300% del FPL, se aplica la escala móvil de honorarios de SHS indicada a continuación.

Al determinar la aplicabilidad de la escala de honorarios de SHS, se tienen en cuenta todos los ingresos de la familia según lo definido por WAC 246-456-010 (17-18). Se determinará que las partes responsables con ingresos y activos familiares de entre el 100% y el 300% del FPL, ajustados según el tamaño del grupo familiar, son personas indigentes que califican para recibir asistencia de caridad por el monto total de los cargos hospitalarios relacionados con los servicios médicos hospitalarios correspondientes que no estén cubiertos por asistencia de terceros pública o privada, según lo mencionado en WAC 246-453-040 (1-3).

Para los garantes con ingresos y activos por encima del 300% del FPL, se consideran los ingresos y activos familiares al determinar la aplicabilidad de la escala móvil de honorarios.

Activos considerados para la evaluación; las cuentas IRA, 403(b) y 401(k) están exentas en virtud de esta política, a menos que el paciente o el garante estén retirando dinero de ellas activamente. Para todos los demás activos, los primeros \$100,000 están exentos.

Ingresos y activos como un porcentaje del Nivel de la Pauta Federal de Pobreza	Porcentaje de descuento (exención) de los cargos originales	Saldo facturado al garante
100-300%	100%	0%
301-400%	75%	25%