



Fecha de origen:
29/MAR/2017

Deben constar todas las fechas de revisión.

**POLÍTICA DE COBROS Y
ASISTENCIA
FINANCIERA**

**DEPARTAMENTO FINANCIERO
POLÍTICA / PROCEDIMIENT**

Fecha de revisión: 06/2024

Propósito

El propósito de esta política es definir los criterios de elegibilidad en función de los ingresos, el tipo de asistencia financiera y los servicios que están incluidos y excluidos en el marco de esta política. La política establece el procedimiento mediante el cual un paciente va a solicitar la asistencia financiera (en ocasiones denominada atención caritativa).

I. Ámbito de la política

Esta política es aplicable a la atención de urgencias y a otros tipos de atención necesaria por razones médicas que The Washington Hospital y Washington Health System Greene proporcionan. Esta política también es aplicable a The Washington Health System Family Medicine Residency Program (Programa de residencia de medicina familiar de The Washington Health System). Los médicos no empleados por The Washington Hospital o Washington Health System Greene no están incluidos en esta política. Véase el **Anexo A: Lista de proveedores**. Los servicios elegibles y no elegibles quedan definidos más adelante.

II. Compromiso para proporcionar atención médica de urgencias

Washington Health System proporciona, sin discriminación alguna, atención en casos de urgencias médicas a personas independientemente de si son elegibles para la ayuda en el marco de esta política. Washington Health System no emprenderá acciones que disuadan a personas de buscar atención médica de urgencia, tales como exigir a los pacientes del departamento de urgencias que paguen antes de recibir tratamiento por condiciones médicas de urgencia o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran con la provisión, sin discriminación alguna, de una atención médica de urgencia. De acuerdo con EMTALA, los servicios médicos de urgencias, incluidos los traslados de urgencias, se proporcionan a los pacientes de Washington Health System de manera no discriminatoria en virtud de la política EMTALA de Washington Health System.

III. Directrices

Esta política fue desarrollada para cumplir con los centros de servicios de Medicare y Medicaid, los requisitos de deudas incobrables de Medicare y el manual de reembolso de proveedores de Medicare. Esta política aborda también la sección 501(r) del Código de Impuestos Internos de 1986 con sus enmiendas y los reglamentos del Tesoro emitidos en virtud de la misma.

IV. Objetivos de la política

1. Aceptar a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago, para que sean ingresadas y reciban servicios de urgencias necesarios por razones médicas en el ámbito de la misión caritativa, capacidad y habilidad de Washington Health System, así como en el ámbito de las directrices de EMTALA.
2. Tratar a todos los pacientes con respeto, dignidad y compasión.
3. Establecer criterios para los pacientes que posiblemente reúnan los requisitos para la asistencia financiera en el marco de esta política.
4. Esforzarse para garantizar que Washington Health System sigue los mismos procedimientos de facturación y cobro con todos los pacientes y que esta política se administra de manera justa y sistemática.
5. Garantizar que a los pacientes elegibles para la asistencia financiera por la atención de urgencias u otros tipos de atención necesaria por razones médicas no se les facture una cantidad superior a los importes generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) a pacientes con seguros médicos que cubren este tipo de atención.

V. Resumen de la política

Washington Health System tiene la intención de ofrecer asistencia financiera, la cual queda definida como ayuda financiera para la atención de urgencias u otros tipos de atención necesaria por razones médicas, para proporcionar al paciente ayuda con sus responsabilidades financieras. Washington Health System proporciona ayuda mediante la reducción o eliminación del pago a aquellos pacientes que no pueden permitirse pagar los cargos facturados, siempre que el paciente cumpla y reúna los requisitos de esta política.

En consonancia con su visión, misión y valores, así como con las leyes federales y estatales, Washington Health System deberá proporcionar asistencia financiera para ayudar a las personas con ingresos bajos, sin seguro, con seguro insuficiente y sin recursos, quienes de lo contrario no cuentan con la capacidad de cumplir la responsabilidad financiera como pacientes para recibir una atención necesaria por razones médicas.

Se tendrá en cuenta la posibilidad de proporcionar asistencia financiera en función de cada caso a los pacientes que hayan agotado los beneficios de su seguro, que

tengan responsabilidades financieras como pacientes o que excedan los criterios de elegibilidad financiera para Pennsylvania Medical Assistance.

La asistencia financiera no es un sustituto de un seguro proporcionado por un empleador, un seguro público o uno adquirido por cuenta propia. Está destinada únicamente para beneficio del paciente y su familia y no exime a terceros de la responsabilidad de pago. Washington Health System tendrá en cuenta todas las coberturas de seguro disponibles, la asistencia o el pago del garante antes de ofrecer asistencia financiera a un paciente.

VI. Definiciones

Atención caritativa: se define como el ajuste total o parcial de los cargos por los servicios prestados a los pacientes según lo que determine la elegibilidad del programa en base a los criterios de clasificación del sistema de salud.

Condición médica urgente: se define como una condición médica que se manifiesta mediante síntomas agudos lo suficientemente graves de manera que la ausencia de atención médica inmediata podría resultar lógicamente en: (i) poner la salud de la persona en serio peligro, (ii) un grave deterioro de las funciones corporales, (iii) una grave disfunción de cualquier órgano o parte corporal.

EMTALA: se trata de la Ley de Tratamientos Médicos y Trabajos de Urgencias, 42 USC 1935dd.

Acciones de cobros extraordinarios: se define como una lista de actividades de cobros, definidas por el Servicio de Impuestos Internos y la Tesorería de los Estados Unidos, que las organizaciones de salud únicamente pueden adoptar contra una persona para obtener el pago por la atención una vez se hayan realizado esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para ayuda financiera. Estas acciones incluyen: vender la deuda de una persona a otra parte, informar de datos adversos sobre la persona a agencias de información de crédito o agencias crediticias, acciones que requieren de un proceso legal o judicial y aplazar o denegar, o bien exigir un pago antes de proporcionar la atención necesaria por razones médicas debido al impago de la atención elegible para la asistencia financiera proporcionada con anterioridad.

Ingresos familiares: se definen como salario, compensación por desempleo, manutención de niños, cualquier obligación de apoyo médico, pensión conyugal, ingresos del seguro social, pagos por discapacidad, ingresos de pensión o jubilación,

rentas, derechos de autor, ingresos por patrimonios y fideicomisos, juicios legales, dividendos y ganancias de intereses. Exclusiones: capital en una residencia principal, cuentas de planes de jubilación y fideicomisos irrevocables para fines de entierro, así como planes de ahorro universitarios administrados a nivel federal o estatal. Para los pacientes menores de 18 años de edad, el ingreso familiar incluye el de los padres o padrastros o parejas no casadas o de hecho que pueden vivir o no con el menor.

Índices federales de pobreza: se definen como los índices de ingresos actualizados anualmente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

VII. Medidas para difundir ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera

Washington Health System implementa varias medidas para difundir ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera en las comunidades a las que sirve. Entre otras cosas, esta política estará disponible a través de los siguientes medios:

- ✓ Copias impresas: Las copias impresas de esta política, el formulario de solicitud asociado para la atención caritativa y un resumen en lenguaje sencillo de esta política estarán disponibles previa solicitud y sin cargo, tanto en lugares públicos dentro del hospital como por correo.
- ✓ Publicación en página web: Esta política, el formulario de solicitud asociado para la atención caritativa y un resumen en lenguaje sencillo de esta política estarán disponibles en la web de Washington Health System.

VIII. Servicios elegibles y no elegibles

Los servicios elegibles se refieren a los servicios hospitalarios y ambulatorios proporcionados por nuestros hospitales, los cuales son urgentes o necesarios por razones médicas y proporcionados directamente por Washington Health System para el tratamiento de una enfermedad o lesión, aparte de los servicios indicados a continuación como «servicios no elegibles». Los servicios indicados a continuación no están cubiertos en el marco de esta política y se denominan servicios «no elegibles»: servicios de cirugía estética, farmacia ambulatoria, programas de mantenimiento de rehabilitación cardíaca y pulmonar no aprobados por el seguro, cirugía para perder peso o bariátrica no aprobada por el seguro, servicios no necesarios por razones médicas (procedimientos dentales, reversiones de conductos) y cualquier otro servicio con descuento proporcionado bajo un acuerdo o contrato por separado.

IX. Criterios de elegibilidad y descuentos disponibles

Washington Health System ofrece los siguientes descuentos a sus pacientes:

1. Descuento por pago por cuenta propia

Los descuentos por pago por cuenta propia se aplican de conformidad con la política de pago por cuenta propia de Washington Health System tal como se indica a continuación:

THE WASHINGTON HOSPITAL	
Tipo de cuenta	Porcentaje de descuento aplicado a cuotas íntegras
Paciente hospitalizado agudo	60%
Paciente ambulatorio agudo	70%
Salud mental	50%
Rehabilitación	50%

WASHINGTON HEALTH SYSTEM GREENE	
Tipo de cuenta	Porcentaje de descuento aplicado a cuotas íntegras
Paciente hospitalizado agudo	60%
Paciente ambulatorio agudo	70%
Salud mental	50%

Si se determina más tarde que el paciente reúne los requisitos para la atención caritativa de acuerdo con las directrices basadas en los ingresos que se describen a continuación, se anulará el descuento en concepto de pago por cuenta propia y se reclasificará como descuento por atención caritativa.

2. Descuento por atención caritativa

La atención caritativa estará disponible para los pacientes en función de una escala variable de ingresos brutos en comparación con los índices federales de pobreza (véase **Anexo B: Índices federales de pobreza y niveles de aprobación de atención caritativa**). Los descuentos por atención caritativa varían entre el 10% y el 100%. El descuento se aplica a la cantidad de la que el paciente es responsable de pago en los casos de pacientes asegurados, o bien se aplica al saldo resultante tras la aplicación del descuento por pago por cuenta propia en los casos de pacientes no asegurados.

Para obtener el descuento por atención caritativa, los pacientes deben solicitar asistencia médica de manera oportuna y proporcionar pruebas de sus ingresos

brutos que incluyan, entre otros, declaraciones de impuestos, talones de pago y cartas del seguro social y de concesión de pensiones. Un paciente puede ser referido para recibir atención caritativa en cualquier momento durante el proceso de cobro si dicho paciente expresa que es incapaz de realizar el pago y desea ser considerado para la atención caritativa.

Una vez que Washington Health System reciba una solicitud completa de atención caritativa, se suspenderán todas las actividades de cobro hasta que se tome una determinación respecto a la elegibilidad para la atención caritativa.

X. Elegibilidad por presunción

En algunas circunstancias se omite el proceso de solicitud indicado anteriormente y se condonan los cargos en concepto de atención caritativa:

- Cuando se considera que un paciente es transitorio.
- Cuando se liquidan las cuentas por bancarrota.
- Cuando se comprueba que el paciente ha fallecido y no hay ningún patrimonio.

XI. Base para calcular los importes cobrados a los pacientes: importes generalmente facturados

Después de determinar la elegibilidad en el marco de esta política, a un paciente elegible para la asistencia financiera no se le cobrará una cantidad superior por la atención de urgencias u otros tipos de atención necesaria por razones médicas que los importes generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) a las personas que cuentan con un seguro que cubra dicha atención. Washington Health System utiliza el método Look-Back para determinar los AGB. Según este método, los AGB se calculan para cada centro hospitalario autorizado (por línea de servicio) dividiendo la suma de todos los reclamos por urgencias y otros tipos de atención necesaria por razones médicas que han sido autorizados por los cobros por servicios de Medicare, Medicaid y todas las aseguradoras médicas privadas durante un período anterior de 12 meses por la suma de los cargos brutos asociados para dichos reclamos. Las líneas de servicio utilizadas para el cálculo son los pacientes hospitalizados, ambulatorios, psiquiátricos y de rehabilitación. Washington Health System comenzará a aplicar el porcentaje de AGB a partir del día 120 tras la finalización del período de 12 meses utilizado para el cálculo.

Los descuentos de asistencia financiera ofrecidos en el marco de esta política cumplen o superan el porcentaje de descuento requerido de AGB. La población general puede obtener el porcentaje actual de AGB para cada centro hospitalario

autorizado de forma gratuita a través de los datos de contacto del hospital que se indican más adelante.

Washington Health System no factura ni espera el pago por cargos brutos o totales de parte de las personas que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera en el marco de esta política.

XII. Cómo solicitar la asistencia financiera: Proceso de determinación de asistencia financiera

1. Los pacientes deben completar la solicitud de asistencia financiera (véase **Anexo C: Asistencia financiera / Solicitud de atención caritativa**), solicitar Medicaid y proporcionar toda la documentación necesaria para comprobar y mantener el tamaño y los ingresos de hogar familiar. La documentación debe incluir la declaración de impuestos presentada más reciente, un extracto de cuenta bancaria o de ahorros que incluya los 2 meses y un talón de pago del último mes. Si está en situación de desempleo, el solicitante deberá aportar copias de los ingresos de desempleo si procede. Los solicitantes también deben proporcionar una copia de su determinación de elegibilidad para Medicaid (denegación). Todos los gastos médicos pendientes de Washington Health System serán tenidos en cuenta automáticamente en el momento de la solicitud.
2. Las solicitudes de atención caritativa son revisadas antes de ser finalizadas por un empleado de crédito. El administrador de la oficina comercial aprueba o deniega la solicitud final, independientemente de la cantidad. Si la cantidad aprobada es superior a 2.500 dólares, la solicitud requiere de la firma del director.
3. A los pacientes elegibles se les otorga asistencia financiera por un período de 3 meses (90 días) a partir de la fecha de aprobación.
4. Debido a que el paciente, garante u otro representante deberá proporcionar información financiera personal, Washington Health System tratará dicha información de manera confidencial y únicamente utilizará dicha información para fines de inscripción en programas de asistencia o para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera.

XIII. Acciones tomadas en caso de impago

1. No se tomarán acciones extraordinarias de cobro.

La política de Washington Health System es no involucrarse (ya sea directamente

o a través de una parte autorizada) en ninguna acción extraordinaria de cobro contra una persona para obtener el pago por la atención cubierta en el marco de esta política.

2. Acciones de cobro permitidas.

En función de las directrices establecidas en este documento, las cuentas de pacientes de Washington Health System pueden estar sujetas a las siguientes acciones de cobro llevadas a cabo por Washington Health System o una parte autorizada:

- a. Los pacientes dispondrán de un mínimo de 120 días a partir del primer extracto de facturación tras el alta para solicitar la asistencia financiera antes de enviar la deuda a un servicio externo de cobros. No obstante, los extractos mensuales habituales se enviarán por correo postal a los pacientes hasta que comience el proceso de solicitud. Los pacientes que envíen una solicitud formal de asistencia financiera dispondrán de hasta 240 días desde el primer extracto de facturación tras el alta para cumplir con todos los requisitos y para una determinación que se realizará antes de enviar la deuda a un servicio externo de cobros.
- b. Los pacientes reciben un mínimo de (3) extractos en intervalos de (30) días y un aviso final pasados (30) días desde la última declaración o un mínimo de 120 días a partir del primer extracto de facturación tras el alta solicitando el pago completo o el establecimiento de un plan de pagos aceptable antes de enviar la deuda a un servicio externo de cobros.
- c. A los pacientes cuyas deudas sean enviadas a servicios externos de cobros y que presenten una solicitud de asistencia financiera dentro del período de solicitud de 240 días, el servicio externo de cobros reenviará la deuda al hospital. Las iniciativas de cobro no se reanudarán hasta que se haya realizado una determinación respecto a la asistencia financiera.

3. Proceso de solicitudes completas de asistencia financiera.

Si una persona presenta una solicitud completa del programa de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés), Washington Health System:

- a. Determinará si la persona es elegible para recibir asistencia financiera y notificará a la persona por escrito acerca de la determinación de elegibilidad (incluyendo, si procede, la asistencia para la cual la persona es elegible) y el criterio para esta determinación.

- b. Si Washington Health System determina que la persona es elegible para recibir asistencia financiera, Washington Health System le reembolsará a la persona cualquier cantidad pagada por la atención (ya sea Washington Health System o a cualquier otra parte a la que la deuda de la persona haya sido referida) que exceda la cantidad que dicha persona esté determinada a pagar por responsabilidad personal. No se requieren reembolsos por importes inferiores a 5 dólares (o cualquier otra cantidad publicada en el Boletín de Impuestos Internos).
 - c. Si al recibir una solicitud completa de la FAP de una persona que Washington Health System considera que puede reunir los requisitos para Medicaid, Washington Health System puede posponer la determinación si la persona es elegible para recibir asistencia financiera para la atención hasta después de que la solicitud de Medicaid de la persona haya sido completada y enviada y se haya tomado una determinación en cuanto a la elegibilidad de Medicaid de la persona.
4. Proceso de solicitudes incompletas de FAP.

Si una persona presenta una solicitud de asistencia financiera incompleta, Washington Health System le proporcionará al individuo una notificación por escrito que describe la información adicional y la documentación necesaria para completar su solicitud. Asimismo, se incluirán los datos de contacto del hospital junto con el aviso.

5. Disposiciones varias.
- a. Norma contra el abuso: Washington Health System no basará su determinación conforme una persona no es elegible para recibir asistencia financiera en información de la que se tiene motivos para creer que no es fiable o correcta o en información obtenida de parte de la persona bajo coacción o mediante el uso de prácticas coercitivas.
 - b. Renuncia a la solicitud de FAP: Washington Health System no intentará obtener una renuncia firmada de ninguna persona que indique que dicha persona no desea solicitar asistencia en el marco de esta política para determinar que la persona no es elegible para la asistencia financiera.
 - c. Acuerdos con otras partes: Si Washington Health System vende o refiere la deuda de una persona relacionada con una atención a otra parte, Washington Health System procurará celebrar un acuerdo escrito

jurídicamente vinculante con la parte que esté definido de manera razonable para asegurar que no se tome ninguna acción extraordinaria de cobro para obtener el pago por la atención.

XIV. Información de contacto del hospital

Washington Health System

Web: <http://whs.org/patient-resources/financial-assistance/>

Teléfono: 724-223-3034

Horario de funcionamiento: De lunes a viernes de 7:30 a.m. a 4:00 p.m.

Ubicaciones del hospital:

The Washington Hospital	Washington Health System Greene
155 Wilson Avenue	350 Bonar Avenue
Washington, PA 15301	Waynesburg, PA 15370

ANEXO A
LISTA DE PROVEEDORES
(Fecha 06/2024)

Médicos cubiertos por la política de asistencia financiera

Los proveedores que trabajan en el siguiente grupo:

Washington Health System Family Medicine Residency Program

Médicos NO cubiertos por la política de asistencia financiera

Los proveedores que trabajan en los siguientes grupos o departamentos:

Washington Physicians Group

Departamento de urgencias

Anestesiología

Radiología

Laboratorio / Patología

Médicos que trabajan en **The Washington Hospital** (excepto si forman parte de Washington Health System Family Medicine Residency Program): Véase el listado en http://www.washingtonhospital.org/our_team/physicians.php

Médicos que trabajan en **Washington Health System Greene** (excepto si forman parte de Washington Health System Family Medicine Residency Program): Véase el listado en <http://southwestregionalmedical.com/physicians/directory/>

ANEXO B

ÍNDICES FEDERALES DE POBREZA Y NIVELES DE APROBACIÓN DE ATENCIÓN CARITATIVA

Índices federales de pobreza de 2024

Household/ Family Size	2024 Federal Poverty Level for the 48 Contiguous States (Annual Income)						
	100%	133%	138%	150%	200%	300%	400%
1	\$15,060	\$20,030	\$20,783	\$22,590	\$30,120	\$45,180	\$60,240
2	\$20,440	\$27,185	\$28,207	\$30,660	\$40,880	\$61,320	\$81,760
3	\$25,820	\$34,341	\$35,632	\$38,730	\$51,640	\$77,460	\$103,280
4	\$31,200	\$41,496	\$43,056	\$46,800	\$62,400	\$93,600	\$124,800
5	\$36,580	\$48,651	\$50,480	\$54,870	\$73,160	\$109,740	\$146,320
6	\$41,960	\$55,807	\$57,905	\$62,940	\$83,920	\$125,880	\$167,840
7	\$47,340	\$62,962	\$65,329	\$71,010	\$94,680	\$142,020	\$189,360
8	\$52,720	\$70,118	\$72,754	\$79,080	\$105,440	\$158,160	\$210,880
Each person over 8, add	\$5,380	\$7,155.40	\$7,424.40	\$8,070	\$10,760	\$16,140	\$21,520

Determinación de la atención caritativa

Clase financiera _____
 Ingreso anual calculado _____
 % de IFP _____

NIVELES DE APROBACIÓN DE LA ATENCIÓN CARITATIVA

% IFP	Sin seguro (pago por cuenta propia)	Saldos después del seguro
0-100%	100%	100%
101%-150%	100%	70%
151%-200%	100%	40%
201%-250%	90%	30%
151%-300%	80%	20%
301%-350%	70%	10%
151%-400%	60%	0%
>400%	0%	0%

Fecha de revision: 06/2024

ANEXO C
ASISTENCIA FINANCIERA / SOLICITUD DE ATENCIÓN CARITATIVA



SOLICITUD DE ATENCIÓN CARITATIVA

Apellido(s): _____ Nombre: _____
 Dirección: _____
 Población: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 N.º de teléfono diurno: (____) _____
 N.º de personas que viven en el hogar familiar: _____
 Fecha de solicitud de asistencia médica: _____ Denegada: Sí o No
 *Indique su determinación de asistencia médica. (Marque con un círculo)

Adjunte si una copia completa de su declaración de impuestos más reciente y los 2 extractos mensuales más recientes de su cuenta bancaria o de ahorro.

Es imprescindible que adjunte comprobantes de todos los ingresos del hogar familiar.

Ingresos del hogar familiar:	Usted	Cónyuge	Otros miembros
Salario y pagas en bruto (adjunte comprobantes de pago de los últimos 30 días)	\$	\$	\$
Pensión	\$	\$	\$
Ingreso del seguro social	\$	\$	\$
Compensación por desempleo	\$	\$	\$
Discapacidad	\$	\$	\$
Manutención infantil y pensión conyugal	\$	\$	\$
Intereses y dividendos	\$	\$	\$
Otros (proporcione una descripción)	\$	\$	\$
Total de ingresos	\$	\$	\$

Indique todos los gastos médicos a continuación

Gastos médicos	Cantidad debida
Doctor / Centro	\$

Si tiene algún gasto médico adicional, indíquelo en la parte de atrás del formulario.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ **DATE:** _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL HOSPITAL – NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

Reviewed by: _____ Date: _____

Annual household income: \$ _____ Family size per tax return: _____ % IFP: _____

Approved/Denied: _____ Date: _____ Determination letter mailed on: _____