



Fecha de entrada en vigor 01/2012

Última aprobación N/C

Última modificación 08/2023

Próxima revisión 3 años después de la aprobación

Responsable: Michelle Hamilton: Directora de ciclo de ingresos

Área de la política Oficina administrativa

Alcances Oficina administrativa, finanzas

Política de asistencia financiera

Política:

La política de White Mountain Regional Medical Center es establecer una política coherente que establezca un procedimiento para determinar la "asistencia financiera".

Procedimiento:

La atención de beneficencia se define como la imposibilidad de pagar por un procedimiento o prueba médicamente necesarios. La necesidad médica será determinada por el hospital junto con el proveedor del paciente.

Proceso para determinar la elegibilidad

1. En el momento de la admisión, los pacientes que pagan por cuenta propia recibirán una notificación sobre la opción de atención de beneficencia y se les invitará a presentar una solicitud de Medicaid si parecen ser elegibles y no han presentado dicha solicitud. En caso de que los pacientes consideren que podrían necesitar asistencia, se les entregará una solicitud para que la llenen y la firmen en ese momento.
2. Los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera, así como el monto de la misma, se determinarán usando las Directrices federales de pobreza, según lo establecido anualmente por el gobierno de los EE. UU. La determinación se basará en una escala variable de hasta el 200 % de las directrices federales de pobreza (DFP). Los pacientes pueden recoger los formularios de solicitud de asistencia financiera en la oficina administrativa o solicitarlos por teléfono o por vía electrónica, y se les proporcionará, previa solicitud, por correo, correo electrónico, fax o cualquier otro medio posible.
3. Determinación inicial: la determinación inicial de elegibilidad para la asistencia financiera se hará en el momento de la admisión o lo antes posible tras el inicio de los servicios al paciente. Mientras la determinación final de elegibilidad esté pendiente, el hospital no iniciará acciones de cobro ni solicitudes de depósitos, siempre que la parte responsable coopere con los esfuerzos del hospital para llegar a una determinación del estatus del patrocinio. Se solicitará al paciente presentarle al hospital información de verificación de ingresos dentro de un plazo de 14 días.

4. Determinación final: condonación prima facie. El hospital puede optar por conceder la atención de beneficencia basándose únicamente en la determinación inicial. En estos casos, el hospital puede optar por no completar la verificación total o documentación de cualquier solicitud.
5. Se les proporcionarán a los pacientes instrucciones para el formulario de atención de beneficencia y solicitudes por escrito cuando se solicite la atención de beneficencia, cuando se indique la necesidad o cuando la evaluación financiera indique una necesidad potencial. Todas las solicitudes, ya sean iniciadas por el paciente o por el hospital, deberán ir acompañadas de documentación para la verificación de los montos de ingresos indicados en el formulario de solicitud. A continuación se presentan ejemplos de lo que puede solicitarse con el fin de verificar los ingresos.
 - a. Formularios W-2 de declaración de retenciones de todos los empleos durante el período de tiempo pertinente
 - b. Talonarios de pago de todos los empleos de los últimos tres meses o información sobre el empleo actual
 - c. La declaración de impuestos del último año calendario presentado
 - d. Formularios de aprobación o denegación de elegibilidad para Medicaid o para asistencia médica financiada por el Estado
 - e. Formularios de aprobación o denegación de compensación por desempleo
 - f. Declaraciones escritas de empleadores o de agencias de asistencia social
6. Es posible que se les solicite a los pacientes proporcionar una verificación de que no son elegibles para Medicaid ni para asistencia médica. Durante el período de solicitud inicial, el hospital puede buscar otras fuentes de financiación, incluido Medicaid.
7. Los ingresos se anualizarán a partir de la fecha de la solicitud en función de la documentación aportada y de la información verbal proporcionada por el paciente. El proceso de anualización de los ingresos será determinado por el hospital y tomará en consideración el empleo por temporadas y los aumentos o disminuciones temporales de los ingresos.
8. En el caso de que la parte responsable no pueda proporcionar ninguno de los documentos descritos arriba, el hospital se basará en las declaraciones escritas y firmadas del paciente para tomar una determinación final de elegibilidad.
9. El hospital le notificará al paciente su determinación final de elegibilidad para atención de beneficencia o asistencia financiera dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de todo el material de solicitud y documentación. Si el hospital confirma que no hay otros recursos financieros disponibles para pagar por los servicios y el paciente cumple los requisitos de ingresos, el Departamento de Facturación aplicará los criterios mencionados arriba y determinará el monto de la atención de beneficencia que se concederá.
10. Las denegaciones se harán por escrito e incluirán los motivos de las mismas junto con instrucciones para la apelación o reconsideración como se indica a continuación: el paciente/garante puede apelar la determinación de no elegibilidad para la atención de beneficencia proporcionando una verificación adicional de los ingresos o del número de integrantes del grupo familiar al gerente de la Oficina Administrativa dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de la notificación. Todas las apelaciones serán revisadas por la directora de finanzas (CFO, por sus siglas en inglés). Si la determinación de la apelación confirma la denegación anterior de la atención de beneficencia, se le enviará una notificación por escrito al paciente/garante. El proceso de apelación final concluirá dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la denegación por parte del solicitante. Todo paciente al que se le deniegue la asistencia financiera será tratado como cualquier otro paciente que le adeude al centro y entrará en el ciclo de facturación habitual. En el caso de pacientes que se nieguen a pagar su factura o a establecer acuerdos de pago, consulte la política de "Cuentas de agencias de cobro".

11. Los pacientes tendrán que volver a presentar su solicitud cada 12 meses para seguir calificando para la atención de beneficencia. Se pueden tener en cuenta circunstancias excepcionales, como un cambio significativo en el hogar (es decir, la pérdida del cónyuge, el nacimiento de un hijo o la pérdida de ingresos durante un período de más de tres meses durante un año calendario). La determinación de la atención de beneficencia se limitará a la persona que presenta la solicitud y a todos los dependientes que vivan en el hogar.
12. La política de facturación de White Mountain Regional Medical Center (WMRMC) y la política de asistencia financiera son dos políticas separadas y, en caso de que un garante o paciente desee una copia gratuita de la política de facturación, puede obtenerla en la Oficina de Registro o en la Oficina de Facturación del centro. Para solicitarla puede ponerse en contacto con la Oficina de Registro o con la Oficina de Facturación llamando al 928-333-4368.
13. La política de asistencia financiera de WMRMC se centra en los pacientes que necesitan asistencia financiera con base en su necesidad económica y estará sujeta a aprobación con base en las directrices mencionadas anteriormente. Se puede obtener una copia gratuita de esta política en la Oficina de Registro o en la Oficina de Facturación. Para solicitarla puede ponerse en contacto con la Oficina de Registro o con la Oficina de Facturación llamando al 928-333-4368.
14. Las medidas que WMRMC puede tomar en caso de incumplimiento de pago se describen en una política de facturación y cobros separada.

Documentación:

1. Confidencialidad: Toda la información relativa a la solicitud se mantendrá confidencial. Las copias de los documentos que sustentan la solicitud se conservarán junto con el formulario de solicitud.
2. Los documentos relativos a la atención de beneficencia se conservarán durante seis (6) años.

Referencias:

1. Directrices federales de pobreza, según la tabla de condonación de la atención de beneficencia (adjunta)
2. Política de cuentas de agencias de cobro

Documentos adjuntos

[2023 Federal Poverty Guidelines\).xlsx](#)

Firmas de autorización

Descripción del paso	Persona que autoriza	Fecha
Consejo de Administración	Laura Logan: Directora de acreditación del personal médico	Pendiente
Directora de finanzas	Ashley Jaramillo: Directora de finanzas	08/2023
Autor	Michelle Hamilton: Directora de ciclo de ingresos	08/2023