



Estatus actual: *Activo*

ID de PolicyStat: 5976260



**White Mountain**  
REGIONAL MEDICAL CENTER

<b>Fecha de entrada en vigor:</b>	01/2012
<b>Última aprobación:</b>	02/2019
<b>Última revisión:</b>	07/2018
<b>Próxima revisión:</b>	02/2022

**Propietario:** *Daniel Falkner: Oficina administrativa/ Gerente de registros médicos*

**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 por atención médica se define como la incapacidad de pago de un procedimiento o prueba médicamente necesaria. 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 sí mismos recibirán una notificación sobre la opción de atención de beneficencia por atención médica y se les invitará a solicitar Medicaid si cumplen los requisitos y no lo han hecho. En caso de que los pacientes consideren que pueden necesitar asistencia, se les entregará una solicitud para que la llenen y la firmen en ese momento.
2. Los pacientes que reúnan los requisitos para recibir asistencia financiera, así como dicho monto, se determinarán usando las Guías Federales de Pobreza (FPG) establecidas anualmente por el Gobierno de los Estados Unidos. El cálculo se basará en una escala móvil hasta el 200% de las FPG. 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 la 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 se determina la elegibilidad final, el hospital no iniciará las gestiones de cobro ni las solicitudes de depósitos, siempre que la parte responsable coopere con los esfuerzos del hospital para llegar a una determinación del estado de patrocinio. Se solicitará al paciente que devuelva al hospital la información de verificación de ingresos en un plazo de 14 días.
4. Determinación final: Condonación prima facie. El hospital puede optar por conceder la atención de beneficencia por atención médica únicamente basándose en la determinación inicial. En estos casos, el hospital puede optar por no completar la verificación o documentación de cualquier solicitud.
5. Se proporcionarán formularios, instrucciones y solicitudes escritas de atención de beneficencia por atención médica a los pacientes cuando se solicite la atención de beneficencia por atención médica, cuando se indique la necesidad o cuando el análisis financiero indique una posible necesidad. Todas las solicitudes, ya sean iniciadas por el paciente o por el hospital, deberán ir acompañadas de la documentación necesaria para la comprobación de las cantidades de ingresos indicadas en el formulario de solicitud. A continuación se presentan ejemplos de lo que puede solicitarse con el fin de verificar los ingresos.
  - a. Declaraciones de retenciones W-2 de todos los empleos durante el período de tiempo pertinente;

- b. Recibos de salarios de todos los empleos de los últimos tres meses y o información sobre el empleo actual;
  - c. La declaración de la renta del último año calendario presentado;
  - d. Formularios de aprobación o denegación de la elegibilidad para Medicaid y/o la asistencia médica financiada por el Estado;
  - e. Formularios de aprobación o denegación de la compensación por desempleo; o
  - f. Declaraciones escritas de los empleadores o de las agencias de asistencia social.
6. Es posible que se pida a los pacientes que acrediten que no son elegibles para Medicaid o 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 y/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 notificará al paciente su determinación final de elegibilidad para la atención de caridad o la 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 los servicios y el paciente cumple los requisitos de ingresos, el departamento de facturación aplicará los criterios mencionados arriba y determinará la cantidad de atención de beneficencia por atención médica que se concederá.
  10. Denegaciones: Las denegaciones se harán por escrito e incluirán el motivo de la denegación junto con las instrucciones para la apelación o reconsideración como se indica a continuación. El paciente/garante puede apelar la determinación de inelegibilidad para la atención de beneficencia por atención médica proporcionando una verificación adicional de los ingresos o del tamaño de la familia 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 el Director de Finanzas (CFO). Si la determinación de la apelación confirma la denegación anterior de la atención de beneficencia por atención médica, se 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 tenga que pagar 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 seis (6) meses para seguir teniendo derecho a la atención de beneficencia por atención médica. Se pueden tener en cuenta circunstancias atenuantes como un cambio significativo en el hogar (es decir, la pérdida de un cónyuge, el nacimiento de un hijo o la pérdida de ingresos durante más de un período de tres meses durante un año calendario). La determinación de la atención de beneficencia por atención médica se limitará a la persona que solicita y a todos los dependientes que vivan en el hogar.

## Documentación:

1. Confidencialidad: Toda la información relativa a la solicitud será 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 por atención médica se conservarán durante seis (6) años.

## Referencias:

1. Guías de Pobreza Federales, según la tabla de amortización de la atención de beneficencia por atención médica (adjunta)

2. Política de cuentas de agencias de cobro

## Adjuntos

Sin adjuntos

## Firmas de autorización

Descripción del paso	Autoriza	Fecha
Consejo de Administración	Laura Logan: Coordinadora de Personal Médico	03/2019
CFO	Lawrence Tyrrell: Director de Finanzas	02/2019
Autor	Daniel Falkner: Oficina administrativa/Gerente de registros médicos	02/2019