

## Doctors Community Hospital y sus médicos afiliados

### *Política de Asistencia Financiera*

ASUNTO: Política de Asistencia Financiera

Política Número 050

---

Elaborado por: Servicios financieros del paciente

Fecha: 5 may 2003

Revisado: 17 dic 2007

Enero 2008, mayo 2009,  
octubre 2009, febrero 2010,  
abril 2010, mayo 2010, agosto 2010,  
noviembre 2010, junio 2013, marzo 2016,  
abril 2018

Philip B. Down, Presidente

Página 1 de 3

---

Aprobado por

---

### **PROPÓSITO**

Brindar información y pautas generales para identificar personas indigentes que no tienen recursos para pagar servicios ni tratamientos médicos.

### **POLÍTICA**

#### Enunciado general:

El Departamento de Servicios Financieros para el Paciente del hospital y sus médicos afiliados se encarga de determinar la elegibilidad para Asistencia Financiera para pacientes. Las remisiones para Asistencia Financiera las hace el personal de Registro, Facturación y Asesoría Financiera del departamento u otros departamentos como Enfermería, Control de Calidad, Servicios Sociales o Consultorios Médicos; o también el paciente o un familiar de un paciente con autoridad legal para actuar en nombre del paciente. Las remisiones para Asistencia Financiera también las pueden hacer Defensores de Medicaid y Funcionarios de Cobro. El hospital y sus médicos afiliados tomarán en cuenta todas las deudas médicas correspondientes a servicios proporcionados en hospital y por sus médicos afiliados, a excepción de servicios estrictamente estéticos.

#### 1. Educación del paciente

Doctors Community Hospital y sus médicos afiliados reconoce su misión caritativa de brindar atención razonable a aquellos pacientes que no pueden costear su atención médica, y ha dispuesto los siguientes métodos para informar sobre el Programa de Asistencia Financiera.

- a. Anualmente se publican avisos sobre la Asistencia Financiera disponible en periódicos locales.
- b. Se colocan carteles en el registro de emergencia, el registro de pacientes ambulatorios y la oficina administrativa del hospital en las áreas de espera de los pacientes.
- c. En las áreas de espera de los pacientes en el vestíbulo del hospital y en el de sus médicos afiliados hay folletos de la política financiera escritos en inglés y en español, en los que se especifica a quién llamar para solicitar Asistencia Financiera, asistencia médica y hacer preguntas sobre la facturación.

- d. Al momento del ingreso, se entregan folletos sobre la política financiera a cada paciente que se va a hospitalizar. La información consiste en un folleto que forma parte del paquete de ingreso al hospital.
- e. Todos los pacientes reciben la política financiera junto con su primer resumen de facturación.
- f. Todos los pacientes reciben la política financiera previa solicitud en la oficina administrativa.
- g. Todos los empleados del hospital y de sus médicos afiliados reciben una descripción general de la Asistencia Financiera como parte de la orientación anual para empleados, con el fin de brindar indicaciones o ayuda a los pacientes.

## 2. Criterios de elegibilidad

Los pacientes serán tomados en cuenta para Asistencia Financiera independientemente de su raza, sexo, origen nacional o credo. Para reunir los requisitos para recibir Asistencia Financiera, deben considerarse las siguientes áreas de elegibilidad:

- a. Atención gratuita: se proporcionará a pacientes cuyo ingreso bruto sea igual o inferior a 200% de las Pautas Federales de Pobreza cuando se toma en cuenta la cantidad de familiares en el hogar.
- b. Programa de Costos Reducidos: está disponible con una reducción de 25% sobre la facturación de saldo cuando el ingreso familiar sea entre 200% y 300% de las Pautas Federales de Pobreza. El Programa de Costos Reducidos incluye responsabilidad del paciente después del pago de un tercero, tales como montos de deducible, coseguro y copago.
- c. Dificultad médica: está disponible para pacientes cuyo ingreso familiar bruto sea entre 200% y 500% de las Pautas Federales de Pobreza, cuando la deuda con el hospital y sus médicos afiliados supere 25% del ingreso familiar bruto; dicha elegibilidad se mantendrá activa durante un periodo de 12 meses a partir de la fecha de inicio de la atención médicamente necesaria de costo reducido. Se tomarán en cuenta todos los familiares inmediatos en el hogar familiar que tengan deudas médicas con Doctors Community Hospital y sus médicos afiliados. Sin embargo, se excluirán las deudas con otros proveedores o saldos en cuenta para deducibles, coseguros o copagos del paciente, de conformidad con el Programa de Dificultades Médicas (Medical Hardship Program).

## 3. Otras consideraciones de elegibilidad:

- a. Los pacientes que pagan por cuenta propia inscritos en determinados programas condicionados al nivel de recursos califican como presunta elegibilidad de Asistencia Financiera para recibir atención gratuita al suministrar comprobantes de inscripción en un programa de servicio social en un plazo de 30 días luego de la solicitud de atención gratuita. Si el paciente no suministra los documentos relacionados con el programa condicionado al nivel de recursos en el plazo de 30 días, se otorgarán otros 30 días para suministrarlos, previa solicitud del paciente. No se exigirá una solicitud formal por parte del paciente o de la familia siempre y cuando exista evidencia para el programa condicionado al nivel de recursos. Los programas que deben ser considerados para la presunta asistencia son los siguientes:
  - 1. Hogar con niños que participan en el programa de almuerzo gratuito o de precio reducido.
  - 2. Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutritional Assistance Program, SNAP).
  - 3. Programa de asistencia energética para hogares de bajos ingresos.
  - 4. Programa de Atención Primaria para Adultos.
  - 5. Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC).

- b. Además de los programas mencionados en la presunta beneficencia condicionada al nivel de recursos, el hospital y sus médicos afiliados considerarán todas las cuentas como atención gratuita sin la solicitud del paciente ni comprobantes adicionales cuando la elegibilidad para el seguro de dichos pacientes a través del sistema de verificación de elegibilidad del hospital y sus médicos afiliados indique que el paciente califica para un programa de cobertura farmacéutica o médica solamente, cobertura parcial para atención brindada en la sala de emergencias por una Organización de Atención Administrada (Managed Care Organization, MCO) de Medicaid y otros programas estatales. Se otorgará Asistencia Financiera como atención gratuita cuando el paciente sea elegible para montos reducidos no cubiertos por la Asistencia de Medical.
- c. A los pacientes que califican frente al puntaje de Propensión a Pagar de la oficina crediticia al tomar en cuenta los estimados de ingresos, el tamaño de la familia y hasta 200% de los niveles federales de pobreza, se les anulará plenamente la responsabilidad del paciente para la presunta beneficencia.
- d. El hospital y sus médicos afiliados pueden aplicar su discreción y aprobar pacientes más allá de un periodo de 12 meses de facturación médica cuando el estado de salud del paciente sea grave u otras circunstancias financieras impidan el pago por parte del paciente.

#### 4. Pacientes no elegibles

La siguiente es una lista de situaciones en las que los pacientes no reunirán los requisitos para recibir Asistencia Financiera.

- a. Pacientes que tengan cobertura médica y los servicios sean pagaderos por otro seguro tercero.
- b. Pacientes que se nieguen a completar la Solicitud de Evaluación Financiera de hospital y sus médicos afiliados, cuando no se justifique la presunta atención gratuita.
- c. Una persona sin ciudadanía estadounidense que viajó a EE. UU. principalmente con el fin de recibir servicios médicos sin costo alguno.
- d. Pacientes cuyo informe de la oficina crediticia compruebe que la solicitud del paciente era falsa o engañosa.
- e. Pacientes que no suministren información de respaldo para convalidar la información incluida en la Solicitud de Asistencia Financiera.
- f. Pacientes cuyos activos monetarios superen los \$10,000, a excepción de \$150,000 en una residencia principal y beneficios de jubilación cuando el Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS) haya otorgado un tratamiento preferencial.

#### 5. Consulta de solicitud

El paciente puede hacer consultas sobre la asistencia financiera por teléfono, en persona en cualquier lugar de registro hospitalario o a través de una carta para solicitar asistencia, la cual debe enviarse por correo postal a: Doctors Community Hospital, Patient Financial Services, 8118 Good Luck Road, Lanham, Maryland 20706. Tras la consulta de un paciente, cuando se determine que los pacientes no cumplen las presuntas condiciones del nivel de recursos, se exige una solicitud. El paciente recibe una Solicitud de Evaluación Financiera (consulte el anexo A) cuando se produce alguna de las siguientes situaciones:

- a. El paciente solicita Asistencia Financiera.
- b. El paciente o un familiar manifiesta imposibilidad de pagar deudas médicas.
- c. Otro personal del hospital o sus médicos afiliados solicita Asistencia Financiera para el paciente.
- d. Defensores de Medicaid o funcionarios de cobro piden la Solicitud de Asistencia Financiera.

#### 6. Proceso de solicitud

A los solicitantes se les pide completar el formulario de Evaluación Financiera y una carta de presentación en la que enumere los documentos que respaldan su elegibilidad para el programa, la cual debe adjuntar (consulte el anexo B). A continuación se enumera la información obligatoria, la cual debe ser recibida y verificada antes de la consideración para Asistencia Financiera cuando no aplican los programas de presunto condicionamiento.

- a. Todos los ingresos brutos de todos los familiares del hogar.
- b. Otros ingresos tales como pensión alimenticia, manutención infantil y estipendios.
- c. Activos enumerados en el ítem 4 de la sección "Pacientes no elegibles" en la sección F del presente documento.
- d. Gastos mensuales de familiares inmediatos del hogar.
- e. Lista de deudores pendientes.
- f. Lista de deudas médicas sin pagar o pagadas durante los 12 meses anteriores por servicios brindados en Doctors Community Hospital o por sus médicos afiliados.

#### 7. Notificación de decisión de elegibilidad

El plazo necesario para revisar la solicitud y notificarle sobre una decisión al paciente se informa al momento de la solicitud.

- a. La Decisión de Elegibilidad Probable se tomará en dos (2) días hábiles luego de la solicitud de un paciente para recibir asistencia médica o de beneficencia.
- b. La Decisión Final se tomará en un plazo de 30 días después de una solicitud completa.

#### 8. Proceso de aprobación

Antes de aprobar solicitudes de pacientes, se revisa la información y es posible que se lleve a cabo una verificación adicional de elegibilidad por solicitud de la oficina crediticia, a excepción de los programas de presunción. Se entregarán notificaciones el mismo día si el paciente llama o acude a la oficina administrativa. Se les informa a los pacientes sobre el monto de elegibilidad y si existe responsabilidad del paciente, así como a quién llamar para hacer los arreglos de pago. El Director de Servicios Financieros para el Paciente aprueba la amortización de los Servicios Financieros junto con la aprobación adicional del Vicepresidente de Finanzas para los saldos mayores de \$5,000.

Se revisará el expediente del paciente para determinar si el médico que aparece en el expediente es un médico pagado por el hospital. Si el médico es empleado del hospital, se comunicarán con él y le informarán sobre el programa y el monto de asistencia para el cual es elegible el paciente. Se indicará al consultorio del médico que amortice su factura con el mismo nivel de aprobación.

#### 9. Proceso de rechazo

Tras la revisión final de la solicitud y los documentos de ingresos y gastos del paciente, los pacientes que no califiquen para el programa reciben una carta de notificación en la que se indica el motivo de la negativa y cómo solicitar una reconsideración si el paciente no está de acuerdo con la decisión del hospital y de sus médicos afiliados (consulte el anexo D).

#### 10. Reembolso para el paciente

Si se determina que el paciente reunía los requisitos para Asistencia Financiera durante el periodo del momento de la deuda, el hospital y sus médicos afiliados reembolsarán al paciente cualquier pago que supere los \$25.00 en un periodo de 2 años desde la fecha del servicio para el cual se determinó su elegibilidad de Asistencia Financiera.

