



Origination: 08/2019
Last Approved: 08/2019
Last Revised: 08/2019
Next Review: 08/2020
Owner: Wanda Celeone: Business Office Manager
Policy Area: Patient Financial Services
References:

Financial Assistance and Charity Care - Espanol

PROPÓSITO:

- I. Three Rivers Hospital (TRH) está comprometido a prestar servicios de atención médica a todas las personas que necesitan atención médica, sin tener en cuenta su capacidad de pagar. Con el fin de proteger la integridad del funcionamiento y cumplir con este compromiso, las siguientes normas para la provisión de ayuda financiera y atención compasiva (FA/CC), conforme lo exige el Código Administrativo de Washington, Capitulo 246-453, están establecidas.

ÁMBITO:

- I. Esta política se aplica a todos los pacientes que buscan atención en Three Rivers Hospital.

RESPONSABILIDADES:

- I. La Directora de la Oficina de Negocio y Director(a) Financiero son responsables de garantizar el cumplimiento de esta política.
- II. Three Rivers Hospital pondrá a su disposición en su sitio de internet www.threerivershospital.net, versiones actualizadas de esta política, un resumen en lenguaje sencillo y la Solicitud de Atención Compasiva.

DEFINICIONES:

- I. Atención Compasiva:
 - A. Atención compasiva y/o Ayuda Financiera, significa atención médica hospitalaria necesaria brindada a personas indigentes cuando la cobertura de Terceros si hay alguna, ha sido agotada hasta el punto que las personas no pueden pagar por la atención médica o pagar el deducible o cantidades de coaseguro requeridas por un tercero pagador, basado en las normas de esta política.
- II. Cobertura de Terceros:
 - A. Cobertura de Terceros significa una obligación de parte de una compañía aseguradora, contratista de servicios de atención médica, organización de mantenimiento de salud, plan de salud de grupo, programa gubernamental (Medicare, Medicaid o programas de asistencia médica, compensación laboral, beneficios de veteranos), beneficios tribales de salud, cobertura médica mutualidad del clero, como se encuentra definido en 26 U.S.C. Sec. 5000^a para pagar por la atención y servicios de pacientes con cobertura, y puede incluir liquidaciones, juicios, o compensaciones recibidas, relacionadas con los actos de negligencia de otras personas (por ejemplo; accidentes automovilísticos o daños corporales) que haya causado la condición médica por el cual el paciente ha recibido servicios de atención médica en el hospital.

AVISO y REQUISITOS de IDIOMA:

- I. Los avisos por escrito, las explicaciones verbales, el resumen de la política y la solicitud, estará a disposición en cualquier idioma hablado por más del 10 por ciento de la población en el área de servicio de Three Rivers Hospital, y entendido por otros pacientes que no hablan Inglés o que hablan un inglés limitado y para los pacientes que no puedan entender lo que está escrito y/o las explicaciones. La siguiente traducción que no es en Inglés, está disponible en la actualidad: En Español.
- II. Un aviso informando a los pacientes que Three Rivers Hospital proporciona Ayuda Financiera y Atención Compasiva, será puesto en áreas públicas principales del hospital, incluyendo; Admisiones y/o donde se Registran los Pacientes, Departamento de Urgencias, Facturación y Servicios Financieros.
- III. Los estados de cuenta de Three Rivers Hospital y otros comunicados por escrito en cuanto a facturación o cobro de una factura hospitalaria por Three Rivers Hospital, incluirá la siguiente afirmación en la primera página, en Inglés y Español.

A. Usted podría ser elegible para atención gratuita o un descuento en su factura del hospital, tenga seguro médico o no. Favor de comunicarse con nuestra Representante de Ayuda Financiera en jsoto@trhospital.net o 509.645.3365.

IV. Requisitos de Capacitación del Personal:

A. Three Rivers Hospital ha establecido un programa de capacitación estandarizado en su política de Ayuda Financiera y Atención Compasiva, y el uso de servicios de intérprete para ayudar a las personas con dominio limitado del Inglés y para las que no lo hablan, para entender la información sobre su política de Ayuda Financiera y Atención Compasiva. Three Rivers Hospital dará capacitación habitual al personal que está en contacto con el público que trabaja en recepción, admisiones y facturación, y otro personal adecuado para contestar preguntas de manera efectiva sobre Ayuda Financiera y Atención Compasiva, obtener servicios de interpretación necesarios, y dirigir sus preguntas al departamento correspondiente de manera oportuna.

V. Tiempo de Determinaciones de Ingresos:

A. El ingreso anual familiar del solicitante será determinado a partir del momento en que los servicios correspondientes de Three Rivers Hospital/ o Clínica fueron brindados, o al momento de la solicitud de Atención Compasiva o Ayuda Financiera, si se llena solicitud dentro de los primeros dos años de la prestación de los servicios médicos correspondientes, el solicitante ha estado haciendo esfuerzos de buena fe con respecto a los pagos por los servicios y demuestra elegibilidad para la Atención Compasiva y/o Ayuda Financiera.

PROCEDIMIENTO:

I. La política de ayuda financiera y atención compasiva de Three Rivers Hospital se pondrá a disposición del público a través de los siguientes puntos:

A. Un aviso informando a los pacientes que Three Rivers Hospital proporciona ayuda financiera y atención compasiva, será puesto en áreas públicas principales del hospital, incluyendo; admisiones, y/o donde se registran los pacientes, Departamento de Urgencias, Facturación y Servicios Financieros.

B. El hospital hará un esfuerzo de buena fe para dar un resumen por escrito de la política a los pacientes, en el momento en que el hospital pida información correspondiente de cobertura de parte de terceros, al llegar o al ser dado de alta. Esta información también será explicada verbalmente. Entonces el paciente debe firmar el aviso, indicando que ha sido debidamente informado(a) sobre la disponibilidad de AF/AC. Una copia del aviso firmado se pondrá en el expediente del paciente. Si por alguna razón (por ejemplo; una situación de emergencia) el paciente no es notificado sobre AF/AC antes de recibir tratamiento, él o ella serán notificados por escrito, lo más pronto posible después de eso.

C. Tanto la información por escrito como la explicación verbal estará a disposición en cualquier idioma hablado por más del 10 por ciento de la población en el área de servicio de Three Rivers Hospital, y entendido por los pacientes que no hablan Inglés o que hablan un Inglés limitado y para los pacientes que no pueden entender lo que está escrito y/o las explicaciones. El hospital considera que la siguiente traducción de este documento que no es en Inglés, estará disponible.

D. El hospital capacitará al personal que está en contacto con el público para contestar preguntas de manera efectiva sobre AF/AC o dirigir sus preguntas al departamento correspondiente de manera efectiva.

E. El hospital pondrá a disposición la política del hospital de Ayuda Financiera y Atención Compasiva a cualquier persona que solicite la información, ya sea por correo, por teléfono o en persona. La escala variable de honorarios del hospital, si es aplicable, también estará disponible a petición de la persona.

II. La Ayuda Financiera y Atención Compasiva es generalmente secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, incluyendo los planes de salud de grupo, o planes médicos individuales, compensación laboral, Medicare, Medicaid o programas de asistencia médica, otros programas estatales, federales o militares, situaciones de responsabilidad de terceros (por ejemplo; accidentes automovilísticos o daños corporales), o cualquier otra situación en que otra persona o entidad pueda tener la responsabilidad legal de pagar los costos de los servicios médicos.

III. A los pacientes se les otorgará ayuda financiera y atención compasiva, sin tener en cuenta raza, color, sexo, religión, edad, nacionalidad o situación migratoria.

IV. La Ayuda Financiera y Atención Compasiva se limitará a los "servicios hospitalarios correspondientes, tal como se encuentra definido en la sección WAC 245-453-010(7)." La aprobación de AF/AC no incluye dispensación de medicamentos a pacientes externos, servicios de la clínica para bajar de peso, vacunas contra la gripe (influenza) y neumonía, servicios que no se consideren médicamente necesarios por los que un ABN (Notificación Anticipada al Beneficiario de no Cobertura) ha sido firmada, honorarios de doctor u otros honorarios no facturados por TRH (incluyendo consultas con especialistas), honorarios de patología no facturados por TRH, o cualquier procedimiento electivo (opcional) o cosmético.

V. Los servicios que son elegibles para pago de cualquier otra fuente, no son elegibles para su inclusión bajo AF/AC aprobada. En

casos donde las fuentes de pago primario correspondientes no están disponibles, los pacientes serán considerados para AF/AC bajo la política de este hospital, basándose en las siguientes normas:

- A. La cantidad total de cargos hospitalarios sin cobertura, se determinará como atención compasiva, para un paciente cuyo ingreso familiar bruto es del 100% o menos, del nivel federal de pobreza actual (conforme con WAC 246-435). La siguiente escala variable de honorarios, será utilizada para determinar la cantidad que se descontará a los pacientes con ingresos entre el 101% y 200% del nivel federal de pobreza actual. En el extremo superior de la escala variable de honorarios, el descuento será por lo menos del 25%.

INGRESO COMO UN PORCENTAJE DEL NIVEL FEDERAL DE POBREZA	PORCENTAJE DE DESCUENTO
101 – 125%	Menos del 200 de ingreso como porcentaje del nivel de pobreza
<i>EJEMPLO: Si su ingreso es 101% del nivel federal de pobreza, entonces su descuento será del 99% (200%-101%)</i>	
126-133%	75%
134 – 166%	50%
167 – 200%	25%

- B. El hospital proporcionará también un descuento a cualquier paciente con o sin cobertura médica, con ingresos entre 201 y 300% del nivel federal de pobreza.

201-225%	20%
225-250%	15%
251-275%	10%
276-300%	5%

- C. Los bienes disponibles pueden usarse para determinar la elegibilidad para AF/AC, si el ingreso familiar es más del 100% de las pautas del nivel federal de pobreza. Esto se hará según las particularidades de cada caso.
- D. Atención Compasiva ante circunstancias Catastróficas: El hospital puede anular cantidades como AF/AC, a pacientes con ingresos familiares superiores al 300% del nivel federal de pobreza, cuando las circunstancias indiquen graves dificultades financieras o pérdidas personales.
- VI. La obligación financiera que queda después de la solicitud de cualquier escala variable de honorarios de la persona responsable, se pagará en 12 mensualidades iguales de acuerdo a la política del hospital, sin intereses o recargos por retraso de pago, conforme lo acordado entre el hospital y la persona responsable. La cuenta de la persona responsable no se mandará a una agencia de cobranza, a menos que deje de dar los pagos o haya algún período de inactividad en la cuenta y no haya un contacto satisfactorio con el paciente. TRH se reserva el derecho de usar una agencia externa para manejar y negociar las mensualidades de pago.
- VII. Si en algún momento, después de haber hecho dicho acuerdo, el paciente le hace saber a TRH de una circunstancia atenuante o un cambio en su situación financiera actual, que cause una dificultad financiera dando lugar a su incapacidad de pagar durante un periodo prolongado, TRH hará gestiones para que pongan la cuenta en estado de “espera,” donde se le dejará de cobrar hasta que TRH pueda llevar a cabo una revisión oportuna del saldo de la cuenta actual y tomar una determinación adicional. Si el cambio de la situación financiera es temporal, el hospital puede decidir suspender los pagos temporalmente, en lugar de iniciar solicitud para ayuda financiera o atención compasiva.
- VIII. En tales casos en los que la obligación financiera de la persona responsable no se pueden pagar en 12 mensualidades iguales, TRH se reserva el derecho de ayudar al paciente con otras opciones de financiamiento de pago.
- IX. TRH no requerirá a los solicitantes de AF/AC que reporten sus recursos, cuyo ingreso es menos del 100% del Nivel Federal de Pobreza actual, pero puede requerir a los solicitantes de atención compasiva que reporten sus recursos, cuyos ingresos son del 101% o más del Nivel Federal de Pobreza actual.
- X. La determinación inicial de elegibilidad, se llevará a cabo de la siguiente manera:
- A. El hospital usará un proceso de solicitud para determinar la elegibilidad para AF/AC.
- B. Se aceptarán peticiones para proporcionar AF/AC de fuentes tales como; médicos, grupos religiosos o comunitarios, servicios sociales, personal de servicios financieros, y del paciente, siempre y cuando cualquier uso o compartimiento posterior de la información contenida en la solicitud, esté sujeto a las regulaciones de privacidad de la Ley de Portabilidad y

Responsabilidad de los Seguros Médicos y las políticas del hospital. Todas las solicitudes deben identificar a la parte que es financieramente responsable por el paciente ("parte o persona responsable").

- C. La determinación inicial de elegibilidad para AF/AC deberá de llenarse tan pronto como sea posible a la admisión del paciente. A los pacientes que manden a TRH para servicios médicos como pacientes externos o de forma programada, serán contactados antes de la fecha del servicio para determinar su elegibilidad.
- D. Durante el proceso de registro del paciente, admisión, o lo más pronto posible después de recibir los servicios, y después de que el paciente ha sido notificado de la existencia y disponibilidad de AF/AC, el hospital tomará una determinación inicial de elegibilidad basándose en la solicitud verbal o escrita.
- E. Mientras está pendiente la determinación final de elegibilidad, el hospital no intentará cobrar ni pedirá depósito, siempre y cuando la persona responsable, colabore con los esfuerzos del hospital para llegar a una determinación final sobre el nivel de ayuda.
- F. Si el hospital tiene conocimiento de las circunstancias que podrían hacer al paciente elegible para ayuda bajo esta política, informará al paciente de esta posibilidad y tomará una determinación inicial para que dicha cuenta sea manejada como elegible para recibir AF/AC.

XI. La determinación final de elegibilidad se llevará a cabo de la siguiente manera:

- A. Prima Facie Write-Offs. En caso de que sea obvio para el personal del hospital, que la persona responsable sea identificada como indigente, y el hospital puede establecer que los ingresos del solicitante están sin duda dentro del margen de elegibilidad, el hospital lo concederá como atención compasiva, basándose solamente en esta determinación inicial. En estos casos, no se requiere que el hospital llene la verificación o documentación completa. (Conforme con WAC 246-453-030 (3).)
- B. Los formularios de ayuda financiera y atención compasiva, instrucciones, y solicitudes por escrito se le proveerán a los pacientes o la persona responsable cuando lo solicite, cuando indica necesidad, o cuando la comprobación financiera indique posible necesidad. Todas las solicitudes, ya sea que sean iniciadas por el paciente o el hospital, deberán incluir comprobantes para verificar las cantidades de ingresos mostradas en la solicitud.
 - 1. Comprobante de retención "W-2"
 - 2. Nóminas (talones de pago) de todos los empleos durante el período de tiempo relativo
 - 3. Formulario de su más reciente declaración de impuestos
 - 4. Comprobantes de aprobación o negación de elegibilidad de Medicaid y/o ayuda médica financiada por el estado
 - 5. Comprobantes de aprobación o negación de compensación de desempleo
 - 6. Verificación por escrito de empleadores (patrones) o empleados de DSHS (Departamento de Salud y Servicios Sociales)
- C. Durante el período de solicitud inicial, el paciente y el hospital pueden buscar otras fuentes de financiación, incluyendo Ayuda Médica y Medicare. La persona responsable deberá proporcionar verificación de inelegibilidad por escrito, de todas las demás fuentes de financiación. Es posible que el hospital no requiera que un paciente que solicite una determinación de indigencia, solicite financiamiento del banco o otra fuente de préstamo.
- D. Usualmente el período de tiempo relativo por el cual se pedirá comprobantes, será de tres meses anteriores a la fecha de la solicitud, pero si tal comprobante no muestra con precisión la situación financiera actual del solicitante, se le pedirá comprobantes solamente por el período de tiempo posterior al cambio de la situación financiera del paciente.
- E. Los ingresos se anualizarán a partir de la fecha de la solicitud, de acuerdo a los comprobantes proporcionados y la información verbal dada por el paciente. El ingreso anual será determinado por el hospital, y se tomará en consideración el empleo temporal y el aumento y disminución temporal de ingresos.
- F. En caso de que la persona responsable no pueda proporcionar ningún comprobante descrito anteriormente, el hospital se fiará de verificaciones escritas y firmadas por la persona responsable para tomar una determinación final de elegibilidad, para clasificación como persona indigente. (WAC 246-453-030 (4).)

XII. El plazo para la determinación final y apelaciones es como sigue:

- A. A todo solicitante que se haya determinado elegible al principio, se le dará por lo menos 30 días o el tiempo que sea razonablemente necesario para reunir y presentar los comprobantes que respalden su solicitud de atención compasiva antes de recibir una determinación final sobre el nivel de ayuda.
- B. El hospital notificará al solicitante sobre la determinación final en los primeros 14 días de haber recibido todos los comprobantes necesarios para la solicitud.

- C. La persona responsable puede apelar la determinación de elegibilidad, proporcionando verificación adicional de ingresos o cantidad de personas en su familia a la Directora o director de Servicios Financieros para Pacientes, en los primeros 30 días de haber recibido la notificación. Si la persona responsable apela la denegación, TRH le dejará de cobrar hasta que finalice la apelación.
- D. El período de tiempo para llegar a una determinación final de la solicitud de atención compasiva, no tendrá ninguna relación con la identificación de las deducciones de ingresos de la misma, a diferencia de las deudas incobrables, conforme con WAC 246-453-020 (10).

XIII. Notificación aceptable de denegación:

- A. Cuando se deniega la solicitud de un paciente, éste recibirá una notificación de la denegación por escrito, lo que incluye:
 - 1. La razón o razones de la denegación y las reglas que respalden la decisión del hospital;
 - 2. La fecha de la decisión; e
 - 3. Instrucciones para una apelación o revisión.
- B. Cuando el solicitante no proporciona la información que se le pidió y no hay suficiente información disponible para que el hospital determine la elegibilidad, la notificación de denegación también incluirá:
 - 1. Una descripción de la información que se le pidió y que no proporcionó, incluyendo la fecha en que se pidió dicha información;
 - 2. Una explicación que la elegibilidad para atención compasiva no se puede establecer basándose en la información disponible que tiene el hospital; y
 - 3. La elegibilidad se determinará, si en los primeros 30 días de la fecha de notificación de denegación, el solicitante proporciona toda la información especificada que se le pidió con anterioridad, pero que no proporcionó.

XIV. La Directora de Finanzas o Directora de Gestiones Financieras revisará todas las apelaciones. Si esta revisión confirma la denegación previa de atención compasiva, se le enviará al paciente una notificación por escrito, al garante y al Departamento de Salud conforme a la ley estatal.

XV. El hospital permitirá que el paciente presente una solicitud para AF/AC en cualquier momento, después de que haya sido dado de alta, aceptando que la capacidad del paciente para pagar durante un período de tiempo prolongado podría cambiar considerablemente, debido a alguna enfermedad o dificultad financiera, ocasionando la necesidad de servicios de AF/AC que no existían en el momento inicial del servicio. Cualquier determinación se aplicará al saldo actual de la cuenta, en el momento de dicha notificación documentada y cualquier pago futuro. Si el cambio de la situación financiera es temporal, el hospital puede elegir suspender los pagos temporalmente, en lugar de iniciar AF/AC.

XVI. Si el paciente pagó una porción o la factura en su totalidad por servicios médicos, y luego se determina que era elegible para atención compasiva en el momento en que se le brindaron los servicios, se le reembolsará cualquier pago que exceda de la cantidad que se determine aplicable conforme con WAC 246-453-040. Se le reembolsará al paciente en los primeros 30 días de recibir la determinación de atención compasiva.

XVII. Si se determina que un paciente es elegible para AF/AC y continúa recibiendo servicios periódicamente como terapia física o servicios de terapia de infusión intravenosa por un período de tiempo prolongado sin presentar una nueva solicitud, el hospital reevaluará la elegibilidad del paciente cada 3 meses para confirmar que sigue siendo elegible. El hospital puede pedir a la persona responsable presentar una nueva solicitud y comprobantes.

XVIII. Si el paciente ha recibido servicios varias veces, por diferentes servicios elegibles dentro del período de tiempo trimestral y se determina que es elegible para AF/AC, el hospital puede juntar esas cuentas en la solicitud. El hospital reevaluará la elegibilidad del paciente cada 3 meses para confirmar que sigue siendo elegible. El hospital puede pedir a la persona responsable presentar una nueva solicitud y comprobantes.

XIX. Si más de un miembro de familia en el mismo hogar recibe servicios en TRH que son elegibles para AF/AC, cada miembro de familia debe llenar una solicitud por separado. Solamente se pueden poner juntas las cuentas por los servicios elegibles recibidos por la misma persona, en una sola solicitud.

Attachments

No Attachments

Approval Signatures

Approver	Date
Melanie Neddo: Chief Operating Officer	08/2019
Jennifer Munson: Chief Financial Officer	12/2018
Jennifer Best: Administrative Assistant	12/2018
Wanda Celeone: Business Office Manager	11/2018

COPY