
POLÍTICA #WRMS-1.02 AYUDA FINANCIERA Y POLÍTICA DE COBROS

ÁMBITO

Centro Médico Regional del Condado de Washington (“WRMC”)

PROPÓSITO

El WRMC está comprometido a mejorar la salud de las personas en las comunidades a las que servimos a través de una atención médica compasiva y de alta calidad, de la prevención y de la educación para el bienestar. Estamos comprometidos a servir y a tratar a todos nuestros pacientes con compasión, desde la cama del hospital hasta la oficina de facturación, incluso en nuestros esfuerzos de cobro. La provisión de cuidado médico gratuito o a precio rebajado para aquellos que viven en nuestra área principal de servicio, que no tienen seguro médico y que no pueden pagar todo o una parte del cuidado médico que reciben en WRMC, es solamente un aspecto de la misión caritativa del WRMC.

El WRMC está comprometido a mantener una política de ayuda financiera que sea congruente con su misión y con sus valores, y que tome en cuenta la capacidad de pago del individuo por los servicios médicos necesarios.

DECLARACIONES DE LA POLÍTICA GENERAL

Quién califica para recibir ayuda financiera:

Es la política del WRMC ofrecer ayuda financiera a los pacientes que residen dentro del área principal de servicio del WRMC y que no son capaces de pagar sus cuentas del hospital debido a situaciones financieras difíciles. El WRMC sigue las directrices federales al hacer esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad del paciente para recibir ayuda financiera, y el WRMC utiliza las Guías Federales de Índices de Pobreza para informar las decisiones sobre quién recibe ayuda financiera.

Qué tipo de servicio califica para ayuda financiera:

El WRMC proporcionará atención a **condiciones de emergencias médicas** y a **los servicios que son médicamente necesarios** para los individuos, independientemente de su capacidad de pago o su elegibilidad para ayuda financiera o ayuda del gobierno, y sin importar su edad, género, raza, origen nacional, estatus migratorio, discapacidad,

orientación sexual, afiliación religiosa, o cualquier otra clasificación protegida por leyes federales, estatales o locales.

El WRMC proporciona ayuda financiera a las personas que necesitan atención médica y que no tienen seguro, que no tienen suficiente seguro, que son inelegibles para un programa de cuidado médico del gobierno, o que de otra manera son incapaces de pagar la **atención médica necesaria** o **condiciones de emergencias médicas** basándose en su situación financiera individual.

Se podrían postergar o diferir los servicios de cuidado médico que no sean urgentes o de emergencia (estos son, servicios electivos o de cuidados primarios) basándose en una consulta con el personal clínico del WRMC o con el proveedor de cuidados primarios del paciente. El WRMC podría rechazar el proveer a un paciente los servicios de cuidado médico que no sean urgentes o de emergencia en los casos donde el WRMC no pueda identificar una fuente de pago, elegibilidad para un programa de ayuda financiera pública, ni obtener una referencia de un proveedor de cuidados primarios cuando ésta sea requerida.

A los pacientes que se presentan al Departamento de Emergencias del WRMC y que, después de recibir un examen médico, se determina que no tienen una condición médica urgente o de emergencia, se les dará la opción de buscar tratamiento en una clínica o de hacer los arreglos con el empleado de ingreso para recibir tratamiento en el Departamento de Emergencias. Se les dará información a los pacientes sobre la Clínica de Urgencias del WRMC y se les informará sobre la opción de buscar tratamiento con su médico de cuidados primarios.

Los pacientes que tienen condiciones no urgentes o que no sean de emergencia y que eligen recibir tratamiento en el Departamento de Emergencias del WRMC tendrán que hacer un pago inicial, que se aplicará al deducible y al copago del paciente, como condición previa para recibir más tratamiento. La cantidad del pago inicial se determinará basándose en el plan de seguro del paciente. A los pacientes que no tienen seguro médico o cuyos requisitos aplicables de copago o coaseguro no puedan ser determinados, se les pedirá un pago inicial de \$200. Los pacientes que tienen Medicare y que tienen seguro suplementario, los que tienen Medicaid, los beneficiarios de la VA y de Compensación al Trabajador son exentos de la regla de pago inicial.

Cómo se determina la ayuda financiera:

Un representante de la Oficina de Administración del WRMC o un comité con autoridad de ofrecer ayuda financiera revisará los casos individuales y hará una determinación en cuanto a la medida en la que se puede ofrecer cualquier ayuda financiera.

El WRMC determina la necesidad individual de ayuda financiera al revisar los servicios específicos solicitados o recibidos por necesidad médica, la cobertura de seguro

disponible u otras fuentes de pago, y el historial económico del individuo y su situación económica actual.

Esta política resume las prácticas y procedimientos del WRMC para evaluar y otorgar ayuda financiera a los pacientes que requieren tratamiento, que es médicamente necesario, después de agotar todas las fuentes potenciales o disponibles de pago de seguro. Se provee ayuda financiera a los pacientes que se demuestran incapaces de pagar, a diferencia de rehusarse a pagar, lo cual se considera una deuda incobrable. La ayuda financiera no se considera como sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los individuos que solicitan ayuda financiera cooperen con los procedimientos del WRMC para obtener ayuda financiera u otras formas de pago, y que contribuyan al costo de su cuidado basándose en su capacidad individual de hacerlo.

Lista de proveedores cubiertos por esta política de ayuda financiera:

El WRMC mantiene una “Lista de proveedores” como apéndice a esta Política de Ayuda Financiera. El apéndice enumera a todos los proveedores, aparte del WRMC, que proveen atención médica de emergencia u otros servicios que son médicamente necesarios en el WRMC y que no están sujetos a esta política. La lista de proveedores está adjunta al final de esta política y se puede obtener de la misma manera que se obtiene una copia de esta Política de Ayuda Financiera.

PROCEDIMIENTO DE LA POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA

Publicación de la FAP

El resumen en lenguaje sencillo de la política de ayuda financiera del WRMC se proveerá en forma escrita a los pacientes, visitantes y agencias locales de servicio comunitario. La información escrita que describe la política de ayuda financiera del WRMC estará disponible en inglés, español y cualquier otra traducción requerida por cualquier persona que busque tal información en los siguientes sitios:

- Las oficinas de ingreso
- El sitio web del WRMC: www.wregional.com/main/financial-assistance.aspx
- Por correo a petición
- La disponibilidad de ayuda financiera y los números de teléfono de las oficinas están impresos en la parte inferior de todas las facturas del hospital.

- Hay letreros en las entradas en inglés, español y en otras traducciones requeridas que informan a los pacientes sobre los sitios administrativos del WRMC donde pueden solicitar ayuda financiera. El WRMC ofrecerá un resumen en lenguaje sencillo de la política de ayuda financiera como parte del proceso de ingreso o del proceso de salida.

Identificación de pacientes elegibles para recibir ayuda financiera

Un paciente puede ser identificado y evaluado para recibir ayuda financiera en relación a atenciones que son médicamente necesarias antes, durante, o después de recibir la atención. La siguiente es una lista no-exclusiva de ejemplos de cómo se puede identificar a un paciente que podría ser elegible para ayuda financiera antes de que reciba los servicios:

- El paciente o su representante legal solicita ayuda financiera.
- Un miembro del personal médico del WRMC puede referir a un paciente, que se cree podría necesitar ayuda financiera, a la Oficina de Administración.
- Un empleado del WRMC puede referir a un paciente, que se cree podría necesitar ayuda financiera, a la Oficina de Administración.
- Una organización comunitaria o del gobierno puede referir a un paciente que se cree podría necesitar ayuda financiera.

También se puede referir a un paciente a la Oficina de Administración para evaluación de ayuda financiera después de que reciba servicios que son médicamente necesarios. Lo siguiente es una lista no-exclusiva de ejemplos de cómo se puede identificar a un paciente que podría ser elegible para ayuda financiera después de recibir los servicios:

- El paciente o su representante legal solicita ayuda financiera.
- Un miembro del personal médico del WRMC puede referir a un paciente, que se cree podría necesitar ayuda financiera, a la Oficina de Administración.
- Un empleado del WRMC puede referir a un paciente, que se cree podría necesitar ayuda financiera, a la Oficina de Administración.
- Una organización comunitaria o del gobierno puede referir a un paciente que se cree podría necesitar ayuda financiera.
- Una agencia de cobranza puede referir a un paciente al WRMC para evaluar la posibilidad de ayuda financiera.
- El personal de la Oficina de Administración puede identificar la necesidad financiera a través de interacciones con los pacientes en cuanto a la facturación y el pago.
- El personal de la Oficina de Administración puede usar los servicios de evaluación de crédito que utilizan los números de seguro social y puntajes de crédito para identificar a los individuos que podrían ser elegibles para ayuda financiera. En ningún momento, sin embargo, tal información será usada para negar o de otra manera restringir atenciones médicamente necesarias o de emergencia.

Método para solicitar ayuda financiera

La determinación de elegibilidad para ayuda financiera se hará tan pronto como sea posible en el proceso de planificación y programación de servicios. No se postergarán nunca, en espera de una determinación financiera, los servicios pedidos por o en nombre de un individuo que se presenta al WRMC en busca de una evaluación o tratamiento para una condición médica de emergencia. Los pacientes que desean solicitar ayuda financiera o que han sido identificados como potencialmente elegibles para recibir ayuda financiera serán informados sobre el proceso de solicitud ya sea antes de recibir servicios o después de que empiece el proceso de facturación y cobro.

Se puede obtener una solicitud de ayuda financiera gratis por correo comunicándose con la Oficina de Administración del WRMC al (479) 463-6000, o se puede descargar e imprimir la solicitud de ayuda financiera del sitio web del Washington Regional wregional.com/main/financial-assistance.aspx

Documentos necesarios además de la solicitud:

Todos los pacientes/garantes que reciben una solicitud de ayuda financiera deben hacer todo lo posible por llenar completamente la solicitud de ayuda financiera y devolverla dentro del plazo de diez (10) días laborales, junto con los siguientes documentos justificativos que colectivamente sirven como la información mínima necesaria para que el WRMC procese una solicitud de ayuda financiera:

- Una copia de la Declaración de Impuestos Federal y de Arkansas, incluyendo todos los formularios del paciente, cónyuge, o cualquier otra persona que reclama al paciente como dependiente para efectos de impuestos.
- Una copia de los dos (2) últimos estados de cuentas bancarias de todas las cuentas de la familia.
- Prueba de ingresos familiares (comprobantes de sueldo de los últimos sesenta (60) días).
- Una declaración completa de reclamos al seguro, reclamos potenciales y/o pagos recibidos de un reclamo por lesiones corporales y/o un reclamo relacionado con un accidente.

Otros documentos pueden ser requeridos:

El WRMC se reserva el derecho de pedir documentación adicional antes de finalizar una solicitud de ayuda financiera. Aunque no se aceptan solicitudes por teléfono, porque se requieren los documentos justificativos, el WRMC puede comunicarse con solicitantes por teléfono u otros medios electrónicos para obtener la información adicional necesaria para procesar la solicitud de ayuda financiera.

Al procesar solicitudes de ayuda financiera

El personal de recepción del WRMC:

1. Proporcionará, a todo paciente que sea identificado como no asegurado o con seguro insuficiente, información sobre programas de ayuda disponibles del gobierno y la política de ayuda financiera del WRMC.
2. Proporcionará los datos de contactos que faciliten el obtener información sobre la solicitud de ayuda financiera del WRMC y de los programas del gobierno.
3. Documentará en el registro del paciente que se ha proporcionado esta información.

Los consejeros financieros/defensores de beneficios públicos del WRMC:

1. Intentarán comunicarse con cada paciente hospitalizado que no tiene seguro o tiene un seguro insuficiente sobre los programas de ayuda del gobierno y sobre el programa de ayuda financiera del WRMC mientras que el individuo está recibiendo atención hospitalaria.
2. Verificarán la cobertura de seguro y beneficios de todos los pacientes programados para recibir servicios, y se comunicarán con aquellos que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente para proporcionarles información sobre los programas de ayuda financiera del gobierno y el programa de ayuda financiera del WRMC, incluyendo un resumen en lenguaje sencillo de la política de ayuda financiera y una solicitud de ayuda financiera.
3. Documentarán en el sistema de registro financiero del WRMC cualquier información pertinente al proceso de ayuda financiera y que se proporcionó información sobre los programas de ayuda del gobierno antes de dar de alta al paciente, específicamente el resumen en lenguaje sencillo de la política de ayuda financiera y una solicitud de ayuda financiera.

La Oficina de Administración del WRMC:

1. Intentará comunicarse con todos los pacientes que no tienen seguro o que tienen un seguro insuficiente para hablar sobre los programas de ayuda del gobierno y del programa de ayuda financiera del WRMC. El personal debe informarle al paciente sobre la política de ayuda financiera en toda la comunicación oral, acerca del saldo a pagar, que ocurra durante el periodo de notificación.
2. Proporcionará a cada paciente que no tiene seguro o que tiene un seguro insuficiente una copia del resumen en lenguaje sencillo de la política de

ayuda financiera, la solicitud de ayuda financiera, y responderá a toda solicitud de información y ayuda sobre el proceso de solicitud de ayuda financiera.

3. Documentará la siguiente información: (i) el nombre de la persona a quien se le proporcionó la solicitud de ayuda financiera, y si no fue al paciente, la relación entre esa persona y el paciente; (ii) la(s) fecha(s) de servicio pertinente(s); (iii) la fecha en que se proporcionó la solicitud de ayuda financiera; y (iv) la fecha en la que se espera que el paciente entregue la solicitud de ayuda financiera.
4. La Oficina de Administración debe proporcionar a cada paciente por lo menos 3 declaraciones que muestren la obligación financiera del paciente por los artículos y servicios recibidos en el WRMC y por lo menos una notificación final avisándole al paciente que, en el caso de que no se reciba el pago o la solicitud de ayuda financiera antes del fin del periodo de notificación, la cuenta podría ser asignada a una agencia de cobranza externa y/o ser sujeta a actividades extraordinarias de cobro como se describen en la notificación. Cada factura debe llevar adjunta una copia del resumen en lenguaje sencillo de la política de ayuda financiera del WRMC. El WRMC no empleará ninguna acción extraordinaria de cobro antes de que pasen 120 días desde la fecha de emisión del primer estado de facturación posterior a que el paciente es dado de alta.
5. En el caso de que se devuelva una solicitud por correo debido a una dirección incorrecta, la Oficina de Administración documentará todo esfuerzo hecho y explorado al intentar obtener los datos correctos del paciente antes de enviar la cuenta a una agencia de cobranza.
6. Cuando parezca que el paciente podría ser elegible para programas de ayuda del gobierno, el personal de la Oficina de Administración ayudará al paciente a solicitar tales programas o referirá al paciente a la agencia gubernamental apropiada para que se determine su elegibilidad.
7. Cuando sea necesario, hará una entrevista oral con el paciente y hará que el paciente firme la solicitud de ayuda financiera.
8. Revisará cada solicitud de ayuda financiera y se asegurará que estén completas y que se hayan recibido todos los documentos justificativos. En el caso de que se considere incompleta una solicitud, se documentará la información faltante en la cuenta del paciente y se le mandará al solicitante una carta de “Solicitud de Información Adicional,” pidiéndole que proporcione la información que falta dentro del plazo de treinta (30) días. La carta de “Solicitud de Información Adicional” debe informar al solicitante que si él/ella no devuelve la información requerida que es necesaria para que la solicitud se considere completa y lista para ser procesada, él/ella será económicamente responsable de la cuenta y que se podrían tomar acciones extraordinarias de cobro. La carta también debe proporcionarle al solicitante una descripción de estas acciones extraordinarias de cobro.

9. Una vez que la solicitud de ayuda financiera esté completa, la fecha de esa determinación será documentada y se tomará una decisión dentro del plazo de treinta (30) días sobre la elegibilidad del solicitante para recibir ayuda financiera.
10. La solicitud de ayuda financiera completa, los documentos justificativos y la hoja de ayuda financiera se remitirán de acuerdo con los siguientes niveles para una determinación de acuerdo con esta política en cuanto al alcance, si es que hay, en que la ayuda financiera se puede ofrecer:
 - \$0-\$25,000 – Gerente de Beneficios Públicos.
 - \$25,000 ≥ 50,000 – Director de Servicios Administrativos
 - Montos > \$50,000 – Un comité de ayuda financiera que consta del Director de Servicios Administrativos, el Director de Finanzas, Abogado General, o sus respectivos designados.
11. Si un paciente es aprobado para recibir ayuda financiera, se mandará al paciente una carta de aprobación y un estado de facturación revisado que muestra los montos que se suele cobrar por los servicios médicos necesarios recibidos, el monto de ayuda financiera concedido, el saldo adeudado, si lo hay, y el ajuste apropiado se documentará en el sistema de información del WRMC como “aprobado y cancelación de deuda completa”.
12. Si al paciente le es negada la ayuda financiera, se mandará una carta de rechazo al paciente informándole sobre las razones por las que fue rechazada su solicitud y sobre los derechos del paciente de solicitar que se reconsidere esa decisión de acuerdo con esta política.
13. Si el WRMC deniega una parte o toda la ayuda financiera entonces el paciente (o su agente) puede solicitar que se reconsidere esa decisión dentro del plazo de (30) días. El paciente debe escribir una carta dirigida al Director de la Oficina de Administración explicando por qué el paciente cree que la decisión no fue la apropiada. El paciente puede presentar cualquier documentación adicional o información que cree que debería ser considerada en conjunto con la solicitud inicial. La solicitud de reconsideración será revisada por el comité de ayuda financiera identificado en el párrafo 9 de esta Sección, quienes evaluarán la solicitud, y aprobarán o denegarán la solicitud de reconsideración y ofrecerán al paciente una notificación escrita de tal decisión dentro del plazo de (30) días después de recibir la solicitud de reconsideración.
14. Una vez que la solicitud esté aprobada, el WRMC rectificará la cuenta para la cual se hizo la solicitud y de todas las otras cuentas para servicios médicos necesarios y de emergencia que se incurran durante seis meses

después de la fecha de aprobación. Para los servicios recibidos después de este periodo, una nueva solicitud de ayuda financiera deberá ser presentada y procesada. El WRMC puede, en el ejercicio de su discreción, extender ayuda financiera a las cuentas pendientes de atención médica necesaria o de emergencia que precedan los servicios para los cuales se hizo la solicitud de ayuda financiera.

15. Las cuentas de los pacientes que han completado la solicitud de ayuda financiera no serán enviadas a la agencia de cobranza mientras las solicitudes estén en proceso.

16. Se aceptarán las solicitudes de ayuda financiera durante un periodo de 240 días después de la fecha de la primera factura enviada al paciente, sin importar si la cuenta se ha mandado a la agencia de cobranza.

Base para calcular el monto que se cobra a los pacientes bajo el WRMC FAP

El monto que se espera que el paciente pague y el monto de ayuda financiera que se ofrezca dependen de la cobertura de seguro, los ingresos y activos del paciente, conforme lo dispuesto en la sección de elegibilidad de esta política. Se usarán Las Guías Federales de Índices de Pobreza para determinar el monto de la cancelación y el monto cobrado a los pacientes, si lo hay, después de hacer los ajustes.

Los montos que se cobran a los pacientes que son elegibles para ayuda financiera por condiciones médicas de emergencia y servicios médicos necesarios no serán más del monto que se suele facturar.

El WRMC calcula el monto que se suele facturar (AGB) usando un método de mirar hacia atrás usando la Tarifa por Servicio de Medicare, además de la de todas las aseguradoras privadas de salud. El cálculo para determinar AGB será ajustado anualmente.

Criterios de elegibilidad considerados para ayuda financiera

Los individuos que pueden ser elegibles para recibir ayuda financiera incluyen a los que no están asegurados o que no tienen suficiente seguro. Con excepción de los servicios de emergencias médicas, los pacientes deben residir dentro del área principal de servicio del WRMC para que un artículo o servicio que es médicamente necesario sea categóricamente elegible para ayuda financiera. La elegibilidad para ayuda financiera

para los residentes de Arkansas que residen en condados fuera del área principal de servicio será determinada caso por caso.

Los individuos deben cooperar con la presentación de cualquier reclamo de seguro y agotar su seguro o seguro potencial, de cualquier fuente (esto es, seguro a terceros), antes de que puedan ser elegibles para ayuda financiera.

El WRMC requiere conformidad con el proceso de solicitud de las agencias de gobierno apropiadas que pueden proveer cobertura a atenciones, como Medicaid, Medicare, y la Opción Privada de Medicaid de Arkansas. A los individuos que tienen cuentas de reembolso de salud (HRA) o cuentas de ahorros de salud (HSA) se les considera asegurados si el HRA o el HSA pueden ser usados para pagar los montos que el paciente debe pagar por cuenta propia, por ejemplo deducibles, copagos, o montos de coaseguro.

El WRMC hace todos los esfuerzos razonables para cobrarle a las compañías de seguro y a terceros. El WRMC puede considerar el pagar COBRA u otras primas de seguro médico por un periodo limitado de tiempo si la ayuda financiera del paciente es aprobada.

Otros factores que afectan la elegibilidad para recibir ayuda financiera incluyen:

- Ingresos – Siempre y cuando no se identifiquen otros recursos económicos suficientes para pagar el costo de la atención que es médicamente necesaria, las Guías Federales de los Índices de Pobreza (“FPG”) serán usadas para determinar el monto de ayuda financiera. Los FPG son publicadas por la Oficina de la Secretaria Asistente para el Planeamiento y Evaluación, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y se actualiza anualmente cada enero.
 - Los criterios mínimos para ayuda financiera completa (esto es, la cancelación de un 100%) serán las familias cuyos ingresos sean iguales a o menores al 138% del FPG más reciente.
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares están entre 138% y 150% del FPG serán elegibles para un descuento parcial de hasta un 90% de los montos que se suelen facturar.
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares están entre 151% y 200% del FPG serán elegibles para un descuento parcial de hasta un 75% de los montos que se suelen facturar.
 - Los pacientes cuyos ingresos familiares exceden el 201% del FPG no son elegibles para ayuda financiera. Sin embargo, dependiendo de las circunstancias de cada situación, los pacientes cuyos ingresos familiares exceden el 201% del FPG pero son menos del 400% del FPG pueden recibir un descuento del 50% de los cargos brutos si no están asegurados

y no pueden recibir o no califican para seguro público o privado, o si no tienen suficiente seguro.

- Evaluación de activos – los ahorros familiares del paciente, cuenta corriente, activos de inversiones, bienes inmuebles, y posición económica en general serán evaluados.
- Otras consideraciones – La elegibilidad está supeditada a la cooperación del paciente con el proceso de solicitud, inclusive el hacer solicitudes a programas de ayuda del gobierno (por ejemplo, Medicaid, ARKids, o la Opción Privada de Seguro de Medicaid de Arkansas) donde sea aplicable, y a la presentación de toda la información y documentación que el WRMC considere necesarias para determinar el nivel de cualquier ayuda financiera que pueda ser considerada.

A ningún individuo elegible para recibir ayuda financiera se le cobrará más del monto que se suele facturar por emergencias u otras atenciones que son médicamente necesarias. Los pacientes elegibles para recibir FAP que están pre-aprobados y que reciben atención para condiciones que **no son urgentes o de emergencia** tendrán derecho a un descuento del 50% de los **cargos brutos** del WRMC si son pacientes sin seguro médico que no reciben o no califican para seguro público o privado, o si no tienen seguro suficiente.

A las personas de las que se sepa que sean indigentes (por ejemplo, indican que son indigentes en el registro o proveen el nombre de un albergue para indigentes como su lugar de residencia) se les puede otorgar una ayuda financiera del 100% basada únicamente en su estatus de indigencia y no necesitan presentar una solicitud. De igual forma, a los pacientes fallecidos sin seguro ni herencia se les puede otorgar una ayuda financiera del 100% basada únicamente en su estatus y no se requiere solicitud.

Derecho a revertir una determinación de ayuda financiera

El WRMC se reserva el derecho de revertir ajustes de ayuda financiera y buscar reembolsos apropiados o cobros. Esto puede ocurrir como resultado de una variedad de razones, tales como el descubrimiento de información nueva, como cobertura de seguro disponible o la búsqueda de un reclamo por lesiones personales relacionadas con los servicios en cuestión.

Exclusiones y razones para denegar solicitudes de ayuda financiera

Hay algunas circunstancias en las que los individuos podrán ser excluidos de ser considerados para ayuda financiera de acuerdo a esta Política. Éstas incluyen:

- Hay una aseguradora u otra parte responsable del pago.

- Los individuos no siguieron las regulaciones y requisitos de su póliza de seguro (por ejemplo, usaron un proveedor no-participante, no obtuvieron una referencia requerida, los servicios no eran médicamente necesarios).
- Los pacientes/garantes se rehusaron a proveer información necesaria para procesar la solicitud de ayuda financiera.
- Cualquier tercero puede ser responsable de los pagos por artículos o servicios.
- Cargos profesionales de médicos y otros proveedores de salud que tratan a los pacientes en el WRMC pero no son empleados del WRMC y que cobran por separado del WRMC.
- Artículos o servicios que no son médicamente necesarios (por ejemplo, procedimientos electivos, como cirugía cosmética).
- Cualquier parte responsable (o agente de una parte responsable) que intenta revocar una asignación de beneficios de seguro causará que el paciente no sea elegible para recibir ayuda financiera bajo esta política.

El WRMC puede denegar una solicitud de ayuda financiera por una variedad de razones. Éstas incluyen:

- Suficientes ingresos
- Suficientes activos
- El paciente/garante no es cooperativo o no responde a esfuerzos razonables de trabajar con el individuo
- Solicitud de ayuda financiera incompleta a pesar de los esfuerzos de trabajar con el individuo
- Reclamo pendiente de seguro o de seguro a terceros
- Retención de pagos de seguro y/o fondos de liquidación de seguro, inclusive pagos de seguro enviados al paciente para cubrir servicios provistos por el WRMC, y reclamos por lesiones personales o relacionados con un accidente.

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO

Las políticas de facturación y cobro del WRMC deben cumplir con las leyes federales y estatales que conciernen a facturación y cobro de salud.

Proceso de estados de facturación pre-cobro

No asegurados: A los pacientes no asegurados típicamente se les enviará un estado de facturación dentro de un plazo de 14 días después de la fecha de servicio, el cual será seguido por estados de facturación aproximadamente cada 30 días por un mínimo de 3 estados de facturación. El resumen en lenguaje sencillo de la política de ayuda financiera del WRMC se le enviará al paciente o a la parte responsable del pago por lo menos en una ocasión.

Asegurados: A los pacientes asegurados se les facturará cuando se reciba la notificación de pago de la aseguradora del paciente. A los pacientes se les enviará un estado de facturación de forma pronta, y recibirán estados aproximadamente cada 30 días hasta que se complete la secuencia de los estados de facturación.

ACCIONES EXTRAORDINARIAS DE COBRO

Si una cuenta permanece sin pagar, el WRMC puede iniciar el cobro de esa cuenta. Si después de 120 días del primer estado de facturación posterior a que el paciente es dado de alta, la cuenta permanece sin pagar, y después de haber hecho los esfuerzos razonables para determinar si el paciente u otra parte responsable de pagar la factura es elegible para ayuda financiera y luego de notificar al paciente u otra parte responsable de pagar la factura, el WRMC puede iniciar las siguientes acciones extraordinarias de cobro:

- Reportar la información adversa a una agencia de reporte de crédito
- Presentar una demanda e intentar obtener un fallo por el monto total adeudado incluyendo todos los costos y cargos de abogados
- Registrar cualquier fallo como un embargo judicial
- Presentar una orden de embargo sobre los salarios y/o cuentas bancarias

Antes de iniciar acciones extraordinarias de cobro

El WRMC notificará al paciente y/u otras partes responsables del pago de la cuenta sobre esta política de ayuda financiera por un mínimo de 120 días después de que se haya enviado el primer estado de facturación posterior a que el paciente es dado de alta.

El WRMC proveerá a los pacientes u otras partes responsables del pago de la cuenta con una notificación, con un mínimo de 30 días de anticipación antes de iniciar cualquier acción extraordinaria de cobro. Esta notificación informará a los pacientes de cualquier actividad extraordinaria de cobro, inclusive todas las ECA's mencionadas anteriormente, que el WRMC puede iniciar si el paciente no ha pagado los saldos pendientes o no ha iniciado el proceso de ayuda financiera. Esta notificación también proporcionará un resumen en lenguaje sencillo de la política de ayuda financiera del WRMC.

Proceso de acción extraordinaria de cobro

Las cuentas que permanezcan sin pagar por más de 120 días de la fecha del primer estado de facturación posterior a que el paciente es dado de alta pueden ser referidas a una agencia de cobranza. La agencia de cobranza, sin embargo, deberá cumplir en

todo momento con las políticas del WRMC. Aunque los saldos pueden ser referidos a agencias de reporte de crédito después de pasar la cuenta a la agencia de cobranza, ninguna acción extraordinaria de cobro (incluyendo, pero sin limitarse a, una referencia a agencias de reporte de crédito) será empezada por o en nombre del WRMC a menos que el WRMC haya hecho los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para el programa de ayuda financiera del WRMC. El Director de la Oficina de Administración mantiene la supervisión y responsabilidad de determinar si el WRMC ha hecho tales esfuerzos razonables y si una acción extraordinaria de cobro es apropiada. Tales cuentas serán ajustadas internamente como deudas incobrables.

El WRMC y cualquier agencia de cobranza contratada no discriminará entre cuentas de Medicare y cuentas que no sean de Medicare, ni en sus esfuerzos ni en su determinación de recaudo.

Periodo de solicitud de ayuda financiera

Los pacientes son elegibles para solicitar ayuda financiera **durante o después** de un periodo de 120 días y hasta 240 días de la fecha del primer estado de facturación posterior a que el paciente es dado de alta.

En caso de que la ayuda financiera sea aprobada después de que una cuenta se haya referido a una agencia de cobranza, el saldo será retirado por el WRMC y el WRMC enviará una petición a la agencia de cobranza para que se remueva cualquier reporte de crédito adverso.

Todas las acciones extraordinarias de cobro y actividades de cobro serán suspendidas cuando un paciente disputa un saldo dentro de los 240 días del periodo de solicitud. El WRMC revisará, documentará e investigará la cuenta para una pronta resolución de cualquier disputa. Cualquier corrección será hecha sin demora, las cuentas serán devueltas de las agencias de cobranza, y los reportes adversos serán removidos como corresponda. Las actividades se reanudarán sobre los saldos pendientes que hayan sido determinados como válidos de acuerdo con la Ley sobre Prácticas Justas sobre el Cobro de Deudas.

Los pacientes pueden disputar su saldo llamando al (479) 463-6000 o de forma escrita a:

WRMC Business Office
Attn: Collections Manager
3215 N. North Hills Boulevard
Fayetteville, AR 72703

Todas las acciones extraordinarias de cobro serán suspendidas cuando un paciente presente una solicitud de ayuda financiera completa dentro de los 240 días del periodo de solicitud. Cualquier acción extraordinaria de cobro será suspendida mientras el WRMC revisa la solicitud. El WRMC procesará sin demora la solicitud de ayuda financiera. Si la ayuda financiera es otorgada, la cuenta será ajustada como corresponda, el saldo será retirado por el WRMC, y el WRMC enviará una petición a la agencia de cobranza para que remueva cualquier reporte de crédito adverso o para que tome cualquier otra acción que corresponda. La acción extraordinaria de cobro puede reanudarse si la ayuda financiera es denegada.

Ninguna acción extraordinaria de cobro será iniciada o emprendida contra ningún paciente dentro del periodo de 120 días sin primero hacer los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para ayuda financiera tal como está descrito en esta Política. Los esfuerzos razonables están descritos en la sección de Procedimiento de la Política de Ayuda Financiera de esta política e incluye, pero no se limita a:

- (i) confirmar que el paciente debe la cuenta sin pagar y que todos los recursos de pagos de terceros han sido identificados y facturados por el WRMC;
- (ii) instituir una prohibición de acciones de cobro emprendidas en contra de pacientes no asegurados o sin suficiente seguro hasta que se hayan hecho los intentos razonables de hacer saber al paciente la política de ayuda financiera del WRMC
- (iii) notificar al paciente por escrito de cualquier información adicional o documentación que debe ser presentada para una determinación de ayuda financiera;
- (iv) confirmar si el paciente ha presentado una solicitud para cobertura de salud bajo Medicaid, u otro programa de salud de fondos públicos y obtener documentación de esta solicitud. El WRMC no empezará acciones de cobro mientras esta solicitud esté pendiente, pero una vez que la cobertura sea determinada se seguirá con las acciones normales de cobro;
- (v) enviar al paciente una notificación por escrito de las acciones extraordinarias de cobro que el WRMC puede iniciar o reanudar si el paciente no completa la solicitud de ayuda financiera o paga el monto

adeudado antes de los 30 días después de esta notificación o 30 días después de la fecha proporcionada al paciente para completar la solicitud de ayuda financiera.

El WRMC puede emprender acciones normales de cobro contra pacientes que no sean elegibles para ayuda financiera, o pacientes que ya no están cooperando de buena fe para pagar el saldo restante.

Ninguna agencia de cobranza, firma de abogados o individuo puede iniciar acciones legales en contra de un paciente por no pagar una cuenta del WRMC sin una aprobación por escrito de un empleado autorizado del WRMC.

Se les puede ofrecer a los pacientes planes de pago si no son capaces de pagar los pagos reducidos completos. Si un paciente hace un depósito, éste es incluido como parte del pago de su saldo de ayuda financiera. Si el paciente ha hecho un depósito o pago que excede el monto, si es que hay, que se requiere que el paciente pague una vez que la solicitud de ayuda financiera ha sido aprobada, el WRMC reembolsará al paciente el monto excedido. El WRMC no cobra intereses sobre los saldos de los pacientes con la excepción del interés que haya sido otorgado por una corte con jurisdicción competente después de la inscripción de un fallo.

Todas las agencias de cobranza que están bajo contrato con el WRMC deben obtener el consentimiento del hospital por escrito antes de tomar cualquier acción extraordinaria de cobro. Todas las agencias de cobranza que están bajo contrato con el WRMC tienen una copia de la política de ayuda financiera del WRMC. Si una agencia de cobranza identifica a un paciente que cumple con los criterios de elegibilidad para recibir ayuda financiera del WRMC, la cuenta del paciente puede ser considerada para recibir ayuda financiera. Las actividades de cobro serán suspendidas en estas cuentas y el WRMC revisará la solicitud de ayuda financiera. Si todo el saldo de la cuenta es ajustado, la cuenta se devolverá al WRMC. Si ocurre un ajuste parcial, el paciente no coopera con el proceso de ayuda financiera, o el paciente no es elegible para recibir ayuda financiera, las actividades de cobro se reanudarán.

La política del WRMC sobre la atención a condiciones de emergencia prohíbe el cobro de pagos antes de recibir los servicios o el permitir actividades de cobro que puedan interferir con la provisión de atención médica de emergencia. Esto no excluye, sin embargo, al personal de hospital de seguir los procesos normales de registro (por ejemplo, obtener una tarjeta de seguro) mientras que al hacerlo no demoren la provisión de un examen médico. Véase la Política #WRM 1.09 EMTLA (“Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto”).

DEFINICIONES

Montos que se suelen facturar (“AGB”) – El cargo por servicios que son médicamente necesarios que es determinado con la base de mirar hacia atrás de los reclamos reales pagados en el pasado por aseguradores comerciales y Medicare para determinar el porcentaje promedio de cargos brutos del WRMC que se espera que un paciente elegible a ayuda financiera pague.

Condiciones médicas de emergencia – Una condición médica que se manifiesta a través de síntomas cuya severidad es suficiente (incluso dolor severo) tanto que la ausencia de atención médica inmediata podría razonablemente resultar en:

- Poner la salud del individuo (o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su bebé aun no nacido) en serio riesgo
- Un impedimento serio de funciones corporales, o
- Una disfunción de cualquier órgano o parte, o
- En el caso de mujeres embarazadas:
 - Que no haya el tiempo adecuado para efectuar una transferencia segura a otro hospital antes del parto, o
 - Que la transferencia pueda poner en riesgo la salud o seguridad de la mujer o del bebé aun no nacido.

Acciones extraordinarias de cobro – Reportar a una agencia de reportes de crédito, embargos sobre propiedad, acciones civiles, órdenes de arresto, órdenes de embargo.

Ayuda financiera – El costo de proveer atención gratis o con descuento a individuos que no pueden pagar y para los cuales el WRMC finalmente no espera recibir pago. El WRMC puede determinar la incapacidad de pagar antes o después de que se han proporcionado servicios médicamente necesarios.

Ingresos – Para el propósito de determinar la elegibilidad para recibir ayuda financiera, los ingresos son definidos como los ingresos familiares antes de la deducción de impuestos de todos los miembros de la familia e incluye ganancias, compensación por desempleo, compensación al trabajador, Seguro Social, Ingresos de Seguro Suplementario, ayudas públicas, beneficios a veteranos, beneficios a sobrevivientes, pensiones o ingresos por jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, herencias, fideicomisos, ayuda educacional, pensión conyugal, anualidades, y pensión alimenticia.

Servicios médicamente necesarios – Los servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones o para mejorar el funcionamiento de un miembro deforme del cuerpo. Para propósitos de esta Política, el término servicios médicamente necesarios incluye todos los servicios o artículos provistos dentro del Departamento de Emergencias del WRMC para propósitos de determinar la presencia y/o tratamiento de **condiciones de emergencias médicas**.

Periodo de notificación – Es el periodo que comienza en la fecha en la que la atención es proporcionada al paciente y termina el día 120 después de que el WRMC le provee al paciente el primer estado de facturación.

Paciente sin seguro suficiente – Un individuo que tiene cobertura de seguro médico que es limitada en cobertura, tiene altos costos que pagar por cuenta propia (por ejemplo, copagos, deducibles) y/o máximos de póliza que podrían resultar en que sus cuentas médicas no se paguen por completo.

Paciente no asegurado – Un individuo que no tiene ninguna cobertura de salud de terceros ni a través de programas de salud Federales, incluyendo y sin limitarse a Medicare, Medicaid, o Tricare, un plan de ERISA, Compensación al trabajador, Automóvil, Cobertura a terceros (por ejemplo, un reclamo de lesión personal), ni cualquier otra cobertura que podría pagar todo o parte de la cuenta médica del individuo.

Área de servicio principal del WRMC - El área geográfica que se compone de los siguientes condados de Arkansas: Benton, Boone, Carroll, Madison, Newton y Washington.

REFERENCIAS

1. Patient Protection & Affordable Care Act, Internal Revenue Code Section 9007(a) Pub. L No. 111-148
2. 26 C.F.R. §1.501(r)-4; 26 C.F.R. §1.501(r)-5; 26 C.F.R. §1.501(r)-6
3. Guías Federales de Índices de Pobreza 2014,
<http://aspe.hhs.gov/poverty/14poverty.cfm>

ADJUNTOS

Política de Ayuda Financiera del WRMC – Resumen en Lenguaje Sencillo
Solicitud de Ayuda Financiera del WRMC
Lista de Proveedores no Sujetos a la Política de Ayuda Financiera del WRMC
Adoptada: Junta Directiva del WRMC (21 de octubre, 2014)
Revisada: 1 de marzo, 2016