

Estado actual: *Activo*

ID del estado de la política: 7290146



Origen: 03/2011
Vigente desde el: 12/2019
Última aprobación: 12/2019
Última revisión: 12/2019
Próxima Revisión: 12/2020
Propietario: *Jacque Howard: Controlador Cumplimiento corporativo*
Área: *Sitio web externo - notificar a*
Referencias: *Waldron de las actualizaciones*

CC 06 - Política de Caridad para los Servicios Médicos

Estado actual: *Activo* ID del estado de la política: 5651848

	Origen: 03/2011 Vigente desde el: 08/2018 Última aprobación: 08/2018 Última revisión: 09/2019 Próxima Revisión: 09/2020 Propietario: <i>Jacque Howard: Controlador Cumplimiento Corporativo</i> Área: <i>Sitio web externo - Notificar a Mike Sheehan/Medios de las actualizaciones</i> Referencias:
CC 06 - Política de Asistencia Financiera	

Formularios:

CC 06 F1 - Solicitud de asistencia financiera ('*FAA*')

Base:

Brindar pautas para determinar la potencial elegibilidad para el alivio financiero de los pacientes que no califiquen para la asistencia estatal o federal y no puedan pagar su saldo o establecer acuerdos de pagos parciales.

Alcance:

Administradores de la atención clínica ('*CCM*' o *Clinical Care Managers*), Representante de cuenta del paciente ('*PAR*' o *Patient Account Representative*), Cuentas por cobrar ('*Gerente de C/C*' o *Accounts Receivable*), Controlador, Vicepresidente de Finanzas ('*VPF*' o *Vice President of Finance*).

Declaración de la política:

Es política de Craig Hospital ('*Hospital*') brindar atención médica de calidad a todas las personas, independientemente de la raza, credo, género, nacionalidad, discapacidad, edad, capacidad de pago u otro estado protegido. El Hospital reconoce que no todas las personas poseen capacidad o medios para comprar servicios médicos esenciales. Además, la misión del Hospital es servir a su comunidad en relación con el suministro de servicio de atención médica y educación sobre atención médica. Por lo tanto, para mantener el compromiso del Hospital de servir a todos los miembros de la comunidad, se considerará la atención gratuita o con descuento ('*Asistencia financiera*') cuando se identifique una necesidad o incapacidad de pago según lo establecido en esta Política de asistencia financiera ('*Política*'). Esta Política estandariza el método por el cual el Hospital determinará si un paciente del Hospital ('*Paciente*') o cualquier Responsable (según la definición más adelante) califica para recibir Asistencia financiera. Todo Paciente que no tenga seguro médico o que tenga un seguro médico pero que no tenga capacidad de pago de todo o parte de su responsabilidad financiera al Hospital podrá solicitar Asistencia financiera. La Asistencia financiera solo se aprobará para Pacientes con probada incapacidad de pago.

El Hospital no brinda Tratamiento de emergencia. Esta Política se aplica a toda Atención médicamente necesaria que el Hospital brinde en 3425 South Clarkson Street, Englewood, Colorado, 80113 (el "*Establecimiento del*

Hospital") como también la Atención médicamente necesaria suministrada por el personal del departamento del hospital indicado en el **Adjunto C** en el Establecimiento del Hospital cuyos servicios facture el hospital. Esos médicos y proveedores que pueden brindar Atención médicamente necesaria en el Establecimiento del Hospital, pero que no están cubiertos por esta Política también aparecen en el **Adjunto C**. La Asistencia financiera ofrecida en virtud de esta Política no se aplica a los cargos de médicos u otros profesionales que se facturen separados de los cargos del Hospital.

El Hospital interpretará y aplicará esta Política según las leyes estatales y federales aplicables, incluidos, entre otros, los requisitos del Artículo 501(r). (Todas las referencias a "Artículos" en el presente se relacionan con el Código de Rentas Internas de 1986 con sus modificaciones). Si esta Política difiere de una ley estatal o federal aplicable, prevalecerá la ley federal o estatal.

Definiciones:

Montos Generalmente Facturados ("AGB" o Amounts Generally Billed) - Los montos generalmente facturados por el Hospital para la Atención Médicamente Necesaria de los Pacientes con seguro de salud se denominan AGB en esta Política. Las AGB se calculan con el método retroactivo al multiplicar los Cargos brutos por la Atención médicamente necesaria por uno o más porcentajes. Para los fines de calcular las AGB, estos porcentajes se basan en los reclamos permitidos durante un período de doce (12) meses previos por el cargo por servicio de Medicare y todas las aseguradoras de salud privadas que pagan reclamos por tal Atención médicamente necesaria. Escriba a la siguiente dirección si desea copias gratuitas de los porcentajes actuales y una explicación de cómo se calcularon estos porcentajes: 3425 South Clarkson Street, Englewood, Colorado, 80113, ATTN: Accounts Receivable Manager (Gerente de cuentas por cobrar).

Período de solicitud - El Período de solicitud es el período durante el cual el Hospital aceptará y procesará una solicitud de Asistencia financiera en virtud de esta Política. El Período de solicitud comienza en la fecha en que se brinda la atención a la persona en cuestión y finaliza el día 240 posterior a que el Hospital le brinde a la persona el primer estado de facturación posterior al alta médica para la Atención médicamente necesaria suministrada.

Pautas del Nivel Federal de Pobreza ("FPG" o Federal Poverty Guidelines) o Nivel federal de pobreza ("FPL" o Federal Poverty Level) -Las Pautas del Nivel federal de pobreza son las pautas sobre el Nivel federal de pobreza que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Emite cada año en el Registro Federal. La fecha de entrada en vigencia de la actualización anual de FPG para los fines de esta Política será el primer día del mes posterior a la publicación de las FPG en el Registro Federal.

Cargos brutos -El precio total establecido para la Atención médicamente necesaria, según corresponda, que el Hospital cobra de manera uniforme a todos los Pacientes antes de solicitar asignaciones contractuales, descuentos o deducciones.

Ingreso bruto familiar - Todos los sueldos, salarios, compensaciones y otras remuneraciones, incluidos, entre otros, beneficios del Seguro Social, pagos de pensión, indemnización por desempleo, pagos de indemnización por accidentes de trabajo, beneficios de veteranos, rentas, pensión alimenticia, manutención infantil, beneficios de supervivientes e ingresos de fideicomisos o herencia, que obtenga un miembro de la Familia directa, o se le atribuya a este, en forma anual. Los Ingresos brutos familiares se redondearán al dólar más cercano cuando se apliquen a la escala para determinar si una persona es un Paciente elegible en virtud de esta Política.

Familia directa - Familia directa significa el Paciente, su cónyuge, sus hijos (naturales o adoptados) menores de dieciocho años (18) y que vivan en el hogar o que el Paciente declare como dependientes para los fines de los impuestos federales. Si el Paciente es menor de dieciocho (18) años, la Familia directa incluirá al Paciente, sus padres naturales o adoptivos (vivan o no en el hogar con el Paciente) y los hijos de los padres (naturales o adoptados) que sean menores de dieciocho (18) años y vivan en el hogar con el Paciente o estén declarados por los padres como dependientes para los fines de los impuestos federales. En caso de divorcio en la Familia directa, se requerirá la documentación apropiada para determinar cuál de los Padres es Responsable del hijo que requiere la Atención médicamente necesaria. Si no hay documento legal, el padre que acompañe al hijo al momento del servicio se considerará Responsable hasta que se suministre la documentación correspondiente. Si un Paciente mayor de dieciocho (18) años es declarado por otro como dependiente para los fines de los impuestos federales, la Familia

directa incluirá a la persona que declara al Paciente como dependiente, su cónyuge y todos sus hijos (naturales o adoptados) menores de dieciocho (18) años y que vivan en el hogar o estén declarados como dependientes por la persona para los fines del impuesto federal.

Atención médicamente necesaria - Son los servicios de atención médica que cumplen con la definición de "servicios médicamente necesarios" para los fines del programa Colorado Medicaid. **Período de notificación** - El Período de notificación se refiere al período durante el cual el Hospital notificará a las personas sobre la disponibilidad de la Asistencia financiera en virtud de esta Política. El Período de Notificación comienza en la primera fecha en que se brinda la atención y finaliza el día 120 posterior a que el Hospital brinde a la persona el primer estado de facturación posterior al alta médica para la atención en cuestión.

Resumen en lenguaje simple- El Resumen en lenguaje simple es una declaración escrita que notifica a una persona que el Hospital ofrece Asistencia financiera para los servicios hospitalarios para los pacientes ambulatorios e internados y contiene información que se debe incluir en esa declaración en virtud de la Política de asistencia financiera (FAP).

Después del alta médica - Significa el período después de haberse suministrado la atención médica (para el paciente internado o ambulatorio) y de que la persona abandonó el hospital.

Esfuerzos razonables - Son acciones que el hospital realizará para determinar si una persona es elegible para recibir Asistencia financiera en virtud de la FAP. El Hospital (i) ofrecerá una copia impresa del Resumen en lenguaje simple a los Pacientes como parte del proceso de admisión o alta, (ii) incluirá un aviso escrito visible sobre los estados de facturación que identifique la FAP e informe a los Pacientes la disponibilidad de la Asistencia financiera, incluidos, entre otros, la dirección de sitio web donde el Paciente podrá obtener copias de la FAP, el formulario de solicitud y un Resumen en lenguaje simple como también el número de teléfono del departamento del Hospital que pueda brindar información sobre la FAP y el proceso de solicitud, (iii) realizará esfuerzos razonables para notificar al Paciente sobre la FAP y cómo obtener asistencia con el proceso de solicitud en comunicaciones verbales en relación con la factura que se genere durante el Período de notificación; (iv) brindará al Paciente al menos un aviso escrito que contenga el Resumen en lenguaje simple y describa las medidas extraordinarias de cobranza (ECA) que el Hospital pueda tomar si el paciente no presenta la solicitud completada para la Asistencia financiera o no paga el monto adeudado antes de la fecha límite especificada en el aviso pasados los treinta (30) días después de la fecha del aviso o el vencimiento del Período de notificación (lo que ocurra último) y (v) tomará otras medidas que exija el Servicio de Rentas Internas en relación con el artículo 501(r).

Responsable - El Responsable, según su uso en esta Política, es el Paciente si es mayor de dieciocho (18) años y no está declarado por otra persona como dependiente para los fines de impuestos federales. Si el Paciente es menor de dieciocho (18) años, el Responsable será el/los padres del Paciente (naturales o adoptivos) o tutor legal, a menos que otra persona declare al Paciente como dependiente para fines de impuestos federales. Si el Paciente está declarado como dependiente por otra persona para fines de impuestos federales, el Responsable es la persona que declara al Paciente como dependiente. **Solicitudes de asistencia financiera:**

Asistencia financiera disponible para atención médicamente necesaria. La Asistencia financiera se brindará a los Pacientes que cumplan con los requisitos de elegibilidad descritos en el presente. Un Paciente que califique para la Asistencia financiera nunca será responsable de pagar más que la AGB para la Atención médicamente necesaria.

Presunta elegibilidad.

De conformidad con C.R.S.A. § 25-3-112, el cumplimiento de los tres criterios que siguen a continuación calificará automáticamente al Paciente para recibir la Asistencia financiera en el Hospital: El Paciente no tiene seguro.

Los Ingresos brutos familiares del Paciente no superan el 250% del FPL; y

Los servicios suministrados por el Hospital no son elegibles para los descuentos en virtud del Programa de atención de indigentes de Colorado ("CICP").

Declaración de cooperación y mantenimiento de registros.

La elegibilidad de cada Paciente para la Asistencia financiera dependerá de la aprobación de los representantes

correspondientes del Hospital según lo indicado en esta Política y de la colaboración del Paciente durante el proceso de Asistencia financiera. El Hospital se reserva el derecho de extender la Asistencia financiera según cada caso particular, cuando el Paciente no pueda cumplir con el proceso de Asistencia financiera. El Hospital mantendrá copias según sus políticas de mantenimiento de registros, de toda la información utilizada para determinar si una persona califica para la Asistencia financiera, incluida, entre otras, la información suministrada por el Paciente a través de fuentes externas.

Procedimientos para solicitar la Asistencia financiera (Proceso de solicitud). Proceso de la Solicitud General. Un Paciente con saldo de la cuenta pendiente es elegible para tomarlo en cuenta para la Asistencia financiera. Una persona que crea que puede calificar para la Asistencia financiera o que solicitó que le suministren Asistencia financiera deberá presentar una solicitud de Asistencia financiera durante el Período de solicitud. La adjudicación de Asistencia financiera según esta Política será válida por 1 año. Después de eso, las personas deberán presentar una nueva solicitud de Asistencia financiera.

Los Pacientes pueden obtener la copia de la solicitud de Asistencia financiera, de esta Política y del Resumen en lenguaje simple, todo sin cargo, de la siguiente forma:

- En línea en <https://craighospital.org/charity-care-policy>
 - Por teléfono al (303) 789-8000
 - En el Departamento de Administración de la atención clínica del hospital (CCM)
- Envíe la solicitud por correo a Craig Hospital, 3425 South Clarkson Street, Englewood, Colorado, 80113, ATTN: Accounts Receivable Manager (Gerente de cuentas por cobrar).

El asesoramiento financiero o el análisis de elegibilidad para la Asistencia financiera está disponible en el Departamento de CCM del Hospital, ubicado en el hospital.

Si el Paciente expresa incapacidad de pago y el Hospital no puede identificar de otro modo los recursos para tratar de manera suficiente el problema (por ejemplo, programas de asistencia federal o estatal, elegibilidad de otro pagador tercero), el Hospital comenzará el proceso de determinación de necesidad financiera. El personal de CCM del Hospital puede iniciar la solicitud en nombre del Paciente en los casos en que el Paciente no pueda completar la solicitud. La responsabilidad final de brindar información necesaria para la determinación es del Paciente.

Alcance de la información solicitada. El Hospital no puede denegar la Asistencia financiera por falta de suministro de información o documentación, a menos que la información o documentación estén descritas en esta Política o en la solicitud de Asistencia financiera. En casos en que un Paciente hizo un esfuerzo razonable para brindarle al Hospital la documentación y no hay ninguna disponible, o si el Paciente no puede de otro modo brindar la información, el Director de Finanzas (CFO) puede anular los documentos faltantes para aprobar la Asistencia financiera.

El Hospital limitará a las AGB los montos cobrados por la Atención médicamente necesaria que brinde a una persona elegible para FAP.

Los criterios a considerar para determinar elegibilidad incluyen, entre otros, los siguientes: Ingresos brutos familiares posteriores a lesión, incluidos salarios, pagos por desempleo y planes de pensión.

Patrimonio neto y liquidez y tamaño de la familia.

Necesidades de atención actuales.

Condición del empleo y capacidad de ganancia futura.

Otros gastos de manutención y obligaciones financieras incluidas las expectativas de la necesidad de atención futura. Agotamiento de todos los otros recursos disponibles, incluidos Medicaid, CICP, Asistencia para víctimas, Obligación de terceros y Activos líquidos.

Para procesar la solicitud de Asistencia financiera, se podrá exigir lo siguiente:

Información familiar.

Tamaño de la familia. Dependientes. Domicilio físico.

Documentación de ingresos (uno o más de los siguientes):

Declaración de impuesto sobre la renta.

Formulario W-2 del IRS.

Recibo de sueldo.

Extractos bancarios.

Certificación de ingresos firmada.

Activos líquidos. Inversiones. Fondos de fideicomiso.

Cuentas de mercado monetario y caja de ahorros.

(iv) Cuenta de ahorros de salud.

(v) Cuentas de jubilación.

9. Si el Responsable presenta una solicitud incompleta, el Hospital debe brindar un aviso escrito que describa la información adicional que se necesita para completar la solicitud, e incluir la información de contacto para la asistencia con el proceso de solicitud.

Revisión del Hospital.

El Gerente de cuentas por cobrar revisa las solicitudes.

El Hospital utilizará las Pautas adjuntas del descuento de elegibilidad para la asistencia financiera ("**FAEDG**") (**Adjunto B**) para determinar el porcentaje, si hubiera, de la factura del Paciente que se descontará. En ciertas situaciones, cuando las circunstancias del Paciente no cumplan con los requisitos en virtud de las FAEDG, el Paciente podrá obtener igualmente la Asistencia financiera. Estas situaciones se revisarán según el caso para ver si hay evidencia de indigencia financiera o médica. Se adjuntan copias de las FAEDG a esta Política y están disponibles para su revisión en el Departamento de CCM del Hospital.

Si se aprueba la Asistencia financiera:

Si se determina que la Asistencia financiera es adecuada, el Gerente de cuentas por cobrar o los Representantes de cuenta del paciente notificarán al Paciente y aplicarán los ajustes correspondientes a las cuentas pendientes del Paciente. La solicitud de Asistencia financiera y los documentos de respaldo, como así también la evidencia de los intentos por obtener documentos de respaldo, se escanearán en las cuentas correspondientes.

Si se rechaza la Asistencia financiera:

i. La solicitud se guarda con los datos pertinentes utilizados para tomar la determinación final y la firma el Gerente de cuentas por cobrar.

La solicitud denegada se devuelve al Representante de cuenta del Paciente que contactará al Paciente para explicar el resultado de la revisión de la asistencia financiera y coordinar un plan de pago mutuamente acordado. Todos los planes de pago son libres de intereses.

Revisión anual.

El Hospital revisará esta Política al menos una vez al año y hará los ajustes de la Política que sean necesarios para cumplir con la ley federal y estatal aplicable, incluido, entre otros, el Artículo 501(r). Es responsabilidad de la Oficina comercial interpretar todos los aspectos de esta política sujeto a la máxima autoridad del VPF.

Adjuntos:

- A: Solicitud de asistencia financiera
 - B. Pautas de descuentos de elegibilidad de asistencia financiera (FAEDG)
 - C. Lista de proveedores incluidos en la Política de asistencia financiera del Hospital
- [CC 06 Spanish - Política de Caridad Para Servicios Médicos 05-14.doc
Aplicación para Ayuda Financiera (FAA)
Lista de Proveedores]

[Aplicación para Ayuda Financiera \(FAA\)](#) B: Pautas de descuentos de elegibilidad de asistencia financiera (FAEDG)

[C: Lista de proveedores incluidos en la Política de Craig Hospital de asistencia financiera \(Caridad\)](#) C: Lista de proveedores incluidos en la Política de Craig Hospital de asistencia financiera (Caridad) CC 06 Resumen en lenguaje simple revisado por FAP 10-31-19.doc

[CC 06 Spanish - Política de Caridad Para Servicios Médicos 05-14.doc](#)

[Política De Caridad Para Servicios Médicos](#)

Firmas de aprobación

Descripción detallada	Aprobador	Fecha
MCAC & BOD	Chloe Smiley: Especialista en soporte de calidad	12/2019
Cumplimiento Corporativo	Tim Saunders: Funcionario de Cumplimiento Corporativo	12/2019
Propietario del documento	Jacque Howard: Controlador	12/2019