



Origen	3/23/2023
Última Revisión	4/26/2023
Última revisión	4/26/2023
Próxima revisión	4/25/2025

Propietaria	Ashley Moede:
	Directora de Acceso a Pacientes
Área de política	Ciclo de ingresos – Servicios Financieros para Pacientes

Programa de Asistencia Financiera, RC-09-DC

Sustituye a la política: Política de Asistencia Financiera "Community Care" RC-08-DC

Propósito:

La política del Programa de Asistencia Financiera permite a Door County Medical Center (DCMC) determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera de los pacientes que cumplen con los criterios de elegibilidad establecidos. Esta política no ofrece una cláusula de asistencia a pacientes con medios suficientes que se niegan a pagar los servicios médicos prestados a ellos o a sus familiares. El Programa de Asistencia Financiera tiene por objeto ayudar a los pacientes a resolver sus saldos de atención médica de DCMC después de haber agotado todas las demás opciones financieras. La política también identifica las medidas que DCMC tomará para comunicar la disponibilidad de asistencia financiera e identifica los plazos y restricciones aplicables a las acciones de cobranza. La información recopilada por DCMC durante este proceso está sujeta a las políticas de DCMC sobre la protección de información confidencial.

El objetivo de esta política es satisfacer los requisitos estatales y federales aplicables relacionados con la atención de beneficencia y la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986 y sus modificaciones, así como los reglamentos correspondientes.

Gobernanza:

El Programa de Asistencia Financiera (Financial Assistance Program, FAP) está administrado por la División del Ciclo de Ingresos.

Declaraciones de política:

La misión y los valores del Door County Medical Center fomentan la comunicación con las personas de las comunidades que servimos para brindar atención a todas las personas, incluidas las personas y familias con limitaciones financieras. Estamos comprometidos a brindar asistencia financiera a las personas que tienen necesidades de atención médica y carecen de seguro, tienen seguro insuficiente, no son elegibles para programas gubernamentales,

o no pueden pagar de otro modo la atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios en función de su situación financiera individual.

El Programa de Asistencia Financiera de DCMC no es sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de DCMC para obtener asistencia financiera y que contribuyan al costo de su atención según su capacidad individual de pago. DCMC estableció las disposiciones de esta política del Programa de Asistencia Financiera con el fin de administrar los recursos financieros de manera responsable y ayudar a los pacientes necesitados.

La política del Programa de Asistencia Financiera se aplica a DCMC y a toda entidad sustancialmente relacionada con DCMC. Los servicios elegibles previstos en la política de asistencia financiera de DCMC deben ser clínicamente apropiados y estar dentro de los estándares de la práctica médica generalmente aceptada. Entre ellos se incluyen los siguientes:

- A. Servicios médicos de emergencia prestados en un entorno de emergencia, así como la atención prestada en un entorno de emergencia con el fin de estabilizar el estado de un paciente.
- B. Servicios no electivos prestados en respuesta a circunstancias que ponen en peligro la vida en un entorno que no es de emergencia.
- C. Servicios médicamente necesarios, tales como servicios de atención médica para pacientes hospitalizados o ambulatorios proporcionados con el propósito de evaluación, diagnóstico y/o tratamiento de una lesión o enfermedad, así como servicios típicamente definidos por Medicare u otra cobertura de seguro médico como “artículos o servicios cubiertos”.
- D. Los servicios de los proveedores empleados por DCMC están cubiertos por esta política. Consulte el Apéndice C que contiene una lista completa de los proveedores incluidos.

Entre los servicios que no son elegibles para recibir asistencia financiera se incluyen los siguientes:

- A. Procedimientos electivos no necesarios desde el punto de vista médico, así como servicios que normalmente no cubre Medicare o que Medicare u otra cobertura de seguro médico define como no necesarios desde el punto de vista médico.
- B. Cirugía Lasik, acupuntura, tomografía computarizada cardíaca para la cuantificación de calcio coronario, lentes de contacto y anteojos, cirugía estética y servicios plásticos, audífonos, ortodoncia, servicios dentales, optometría y servicios minoristas solo en efectivo.
- C. Servicios recibidos de proveedores de atención no empleados por DCMC (por ejemplo, profesionales médicos privados y/o no pertenecientes a DCMC, transporte en ambulancia, etc.). Se recomienda a los pacientes que se pongan en contacto directamente con estos proveedores para informarse sobre el tipo de asistencia disponible, si lo hay, y para hacer los arreglos de pago. Consulte el Apéndice C donde encontrará una lista completa de proveedores no cubiertos por esta política.
- D. Servicios médicamente necesarios prestados a pacientes fuera de la red según la definición de sus aseguradoras.

Política:

Asesoramiento financiero

- A. Los Servicios Financieros para Pacientes y sus representantes designados son responsables de ayudar a los pacientes y a sus familias a determinar su elegibilidad y a solicitar programas de seguros federales, estatales y locales y/o el Programa de Asistencia Financiera. Si procede, se derivará al paciente a un servicio de asesoramiento sobre deudas. La información estará disponible en todos los puntos de acceso de los pacientes, incluidos los servicios de emergencias.
- B. Se utiliza una solicitud de asistencia financiera para recopilar y documentar el seguro y la situación financiera del paciente. El formulario de solicitud estándar se revisa según sea necesario, pero al menos una vez al año, por el Vicepresidente del Ciclo de Ingresos o las personas designadas para asegurarse de que incluya toda la información necesaria para tramitar la solicitud. Los cambios en el formulario de solicitud estándar se comunican a DCMC para su aplicación y distribución inmediatas.
- C. La cooperación del paciente es necesaria para determinar la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera de DCMC.
- D. Independientemente de la elegibilidad para recibir asistencia financiera según esta política del Programa de Asistencia Financiera, a todos los pacientes no asegurados se les otorga un descuento de no asegurado en el momento de la facturación. Este descuento será un ajuste administrativo, no un ajuste de beneficencia. DCMC determinará si el paciente reúne los requisitos para recibir un mayor nivel de descuento, pero en ningún momento el ajuste será inferior al 25% de los cargos brutos. Los importes actuales de los descuentos para no asegurados se publican en el Apéndice A de esta política y se revisan anualmente en la oficina de Servicios Financieros para Pacientes (SFP) para comprobar su idoneidad. En caso de que un paciente obtenga aprobación posterior para un ajuste de beneficencia, el ajuste correspondiente por descuento de no asegurado se revertirá, y el importe se aplicará a una cancelación de beneficencia.
- E. DCMC tendrá colegas o delegados disponibles para ayudar a los pacientes a entender el Programa de Asistencia Financiera y otros programas de asistencia que ofrecen terceros.

Criterios de elegibilidad

La asistencia financiera se extenderá a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, o al garante del paciente, que cumplan con los criterios especificados, como se define a continuación. Estos criterios garantizarán que esta política de asistencia financiera se aplique de forma congruente en todo el DCMC. DCMC se reserva el derecho de revisar, modificar o cambiar esta política según sea necesario o apropiado.

- A. No discriminación. La asistencia financiera que prevé esta política está disponible sin distinción de raza, color, credo, origen nacional, edad, discapacidad, estado de minusvalía, estado de salud, orientación sexual o estado civil del paciente.

- B. Restricciones de residencia. Los pacientes que soliciten asistencia financiera deberán buscar atención médica adecuada en los centros médicos más cercanos a su residencia real. En caso de que no se disponga de un tratamiento adecuado en su comunidad, el paciente puede ser preaprobado para recibir los servicios médicamente necesarios previstos en el Programa de Asistencia Financiera de DCMC. Para determinar la residencia, DCMC requiere una identificación válida emitida por el estado, una factura de servicios públicos recibida en los últimos 60 días, un contrato de arrendamiento, una tarjeta de registro de vehículo, una tarjeta de registro de votante o correspondencia dirigida al paciente de una entidad gubernamental local, estatal o federal o carta de apoyo de inmigrante.
- C. Servicios excluidos. No se considerará elegible para recibir asistencia financiera la atención al paciente que no sea médicamente necesaria, incluida la atención electiva, cosmética o de otro tipo que se considere generalmente no reembolsable por las compañías de seguros tradicionales y los pagadores gubernamentales.
- D. Hijos menores de edad/padres divorciados. En el caso de los hijos menores de edad de padres divorciados, cuando ambos progenitores/tutores legales sean partes responsables, se requerirá información relativa a ambos progenitores para cumplimentar la solicitud de asistencia financiera. Sin embargo, si después de realizar esfuerzos razonables, las circunstancias impiden que el solicitante obtenga información financiera de todas las partes responsables, se utilizará la información de las partes responsables que residan en el mismo hogar del menor o menores para realizar la determinación.
- E. Prueba de activos. Los activos disponibles de los pacientes se tendrán en cuenta a la hora de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera en virtud del Programa de Asistencia Financiera. Por lo general, los pacientes que dispongan de un patrimonio importante no podrán acogerse al Programa de Ayuda Económica. A efectos de esta disposición, se considera patrimonio importante aquellos activos, que no estén excluidos, cuyo valor supere el 300% de las Pautas Federales de Pobreza.
- F. Se ofrecerá asistencia financiera a los pacientes que cuentan con seguro insuficiente y reúnen los requisitos, siempre que dicha asistencia se ajuste al acuerdo contractual de la aseguradora. La asistencia financiera no suele estar disponible para copagos del paciente o saldos después del seguro en caso de que un paciente no cumpla razonablemente con los requisitos del seguro, como la obtención de las derivaciones o autorizaciones correspondientes. Los saldos fuera de la red pueden revisarse caso por caso.
1. Se espera que los pacientes con cuentas personales de gastos médicos que tienen ventajas fiscales, como una cuenta de ahorro para gastos médicos, un acuerdo de reembolso de gastos médicos o una cuenta de gastos flexibles, utilicen los fondos de la cuenta antes de que se les otorgue asistencia financiera.
 2. DCMC se reserva el derecho de revertir los descuentos aquí descritos en caso de que determine razonablemente que dichos términos infringen alguna obligación legal o contractual de DCMC.
- G. Otros recursos. La asistencia financiera proporcionada por DCMC según esta política es secundaria a todas las demás de terceros y a los recursos financieros disponibles del paciente.

Esto incluye, pero no se limita a:

1. Planes de seguro médico colectivos o individuales
2. Planes de beneficios para empleados
3. Planes del seguro de Compensación a los Trabajadores
4. Medicaid, programas médicos estatales o del condado
5. Otros programas estatales, federales o médicos
6. Terceros declarados legalmente responsables de los gastos médicos de un paciente (por ejemplo, accidentes automovilísticos o reclamaciones por lesiones personales)
7. Cualquier otra persona o entidad que tenga la responsabilidad legal de pagar los servicios médicos
8. Fondo para víctimas de delitos (si procede)
9. Gastos de atención médica cubiertos por programas gubernamentales de otros países

Se espera que los solicitantes contribuyan al costo de su atención médica en función de su capacidad de pago, tal y como se indica en esta política. Los pacientes, o sus garantes, identificados como probables candidatos a recibir beneficios de Medicaid, deben solicitar la cobertura de Medicaid o presentar una denegación de Medicaid recibida dentro de los seis (6) meses anteriores a la solicitud de asistencia financiera de DCMC. Los pacientes, o sus garantes, deben cooperar con el proceso de solicitud descrito en esta política para obtener asistencia financiera.

Los solicitantes de asistencia financiera serán responsables de solicitar los beneficios de programas públicos y buscar cobertura de seguro médico privado. A los pacientes, o a sus garantes, que decidan no cooperar en la solicitud de programas identificados por DCMC como posibles fuentes de pago de la atención, se les podrá denegar la asistencia financiera.

Disponibilidad de asistencia financiera

- A. Los pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad antes mencionados pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera.
- B. Una vez determinada la elegibilidad, a un paciente elegible no se le puede cobrar más que los importes generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB) por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios.
- C. Para determinar los AGB se utiliza el método de medición retroactiva (look-back). Para obtener más información sobre el cálculo de los AGB, consulte el Apéndice D. Los miembros del público pueden obtener fácilmente el porcentaje de AGB y una descripción del cálculo por escrito y de forma gratuita; al visitar www.dcmmedical.org, al ponerse en contacto con Servicios Financieros para Pacientes; o al hacer una solicitud en persona en DCMC. Los datos de contacto se indican en el Apéndice B.

Pautas para la determinación de la asistencia financiera

- A. Los pacientes elegibles no asegurados y con seguro insuficiente pueden calificar para recibir asistencia financiera de acuerdo con los ingresos familiares y las Pautas Federales de Pobreza, según se detalla en el Apéndice A.

- B. Para los pacientes no asegurados, la asistencia financiera se aplicará a los cargos brutos (el cargo facturado por DCMC). Para los pacientes con seguro insuficiente, la asistencia financiera se aplicará solo a la cantidad de la que el paciente es personalmente responsable de pagar, después de que el seguro y otros reembolsos o pagos de terceros pagadores se hayan aplicado.
- C. DCMC tomará en consideración las siguientes circunstancias y otras similares al evaluar a los solicitantes que de otra manera no califiquen para recibir asistencia financiera bajo este Programa de Asistencia Financiera.
 - 1. La deuda médica catastrófica se define como una deuda médica superior al 20% de los ingresos anuales de la familia del paciente. Toda deuda médica con DCMC que supere el 20% se ajustará a la asistencia financiera, previa notificación del paciente y verificación por parte de los colegas de DCMC.
 - 2. El cálculo del plazo para el tope de ingresos anuales se basará en un período de 12 meses a partir de la fecha más reciente de los servicios médicos.

Proceso de solicitud para el Programa de Asistencia Financiera

- A. Todos los pacientes (o sus tutores legales) que deseen ser considerados para el Programa de Asistencia Financiera deberán solicitar la asistencia antes o en el momento de la admisión o antes del alta, si es posible. A los pacientes también se les permitirá solicitar consideración bajo el Programa de Asistencia Financiera antes de que la cuenta sea enviada a una agencia de cobro de deudas incobrables, de conformidad con los requisitos de la Sección 501(r) del Código. DCMC puede solicitar la devolución de una cuenta enviada a una agencia de cobro de deudas incobrables si se aprueba la asistencia financiera para un paciente, siempre y cuando la cuenta haya sido enviada a una agencia de cobro de deudas incobrables dentro de los doce meses anteriores a la fecha de aprobación de la solicitud.
- B. Las instrucciones necesarias para llenar la solicitud del Programa de Asistencia Financiera (FAP) se proporcionarán a los pacientes, sus tutores legales o a cualquier persona autorizada para actuar en nombre del paciente. DCMC proporcionará acceso a colegas o delegados para ayudar a los pacientes o a sus tutores legales a entender los criterios de elegibilidad y cómo rellenar la solicitud del FAP.
- C. El paciente y/o la parte responsable pueden rellenar y devolver la solicitud del FAP durante el Período de Solicitud.
- D. Al considerar una solicitud del FAP, DCMC puede solicitar al paciente que primero busque otras fuentes de pago, como son, entre otras, Medicaid, asistencia médica del condado o del estado, fondo para Víctimas de Delitos, Ingreso Suplementario del Seguro Social o Ingreso por Discapacidad (SSI o SSDI), u otros terceros pagadores según corresponda. Si el paciente no está dispuesto a buscar otras posibles fuentes de pago de terceros en el momento oportuno, se considerará que no reúne los requisitos para recibir la ayuda del Programa de Asistencia financiera y DCMC no tomará en consideración

la solicitud de asistencia financiera del paciente.

- E. El paciente (o sus tutores legales) debe divulgar la información financiera, tal como se identifica en esta política del Programa de Asistencia Financiera y/o en la solicitud del FAP que DCMC considere pertinente para la determinación de la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.
- F. Si así lo solicita DCMC, los pacientes (o sus tutores legales) que soliciten asistencia financiera deben autorizar a DCMC a realizar consultas con empleadores, bancos, agencias de crédito y otras instituciones con el fin de verificar la información que DCMC requiere para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera.
- G. La solicitud del FAP cumplimentada debe ir acompañada de fotocopias legibles y fieles de los siguientes documentos, según sea necesario, con el fin de verificar la elegibilidad:
 - 1. Declaraciones de impuestos completas del IRS correspondientes al año natural más reciente de todas las partes responsables.
 - 2. Talones de cheques de nómina u otra documentación de fuentes de ingresos mensuales que reflejen los ingresos de todas las partes responsables durante al menos los tres meses anteriores a la solicitud.
 - 3. Verificación por escrito de las agencias de asistencia pública, como Medicaid o los servicios médicos del condado, que reflejen las denegaciones de elegibilidad (previa solicitud) y según proceda,
 - 4. Verificación por escrito de la denegación de beneficios por desempleo o del seguro de compensación a los trabajadores (previa solicitud y según proceda).
- H. El ingreso se anualizará, cuando así corresponda, con base en la documentación proporcionada.
- I. Se mantendrá la confidencialidad de la información de todos los que soliciten y/o reciban asistencia dentro del Programa de Asistencia Financiera de DCMC, tal como lo estipulan las políticas de DCMC y las leyes federales y estatales. Se guardarán copias de todos los documentos complementarios con el formulario de solicitud hasta que se destruyan de acuerdo con las políticas de DCMC y las leyes federales y estatales relativas a la retención de documentos.
- J. El área de Servicios Financieros para Pacientes o los representantes designados pueden entrevistar al paciente o a la parte responsable y solicitar una solicitud del FAP completa para determinar la necesidad y la elegibilidad para beneficencia.
 - 1. DCMC puede solicitar documentación de la información solicitada para verificar la elegibilidad para recibir asistencia financiera y para completar el procesamiento de la solicitud.
 - 2. Si DCMC determina que la documentación o información sustancial presentada no es veraz o ha sido falsificada, se denegará la solicitud del

Programa de Asistencia Financiera. DCMC no reconsiderará una solicitud si los representantes de DCMC determinan que el solicitante ha tergiversado intencionadamente información sustancial relacionada con los criterios de elegibilidad o la documentación.

- K. Las cuentas devueltas por el servicio de cobranza debido a la falta de ingresos o activos del deudor calificarán para el estatus de beneficencia debido a su incapacidad de pago o porque el servicio de cobranza independiente los ha considerado médicamente indigentes. Además, los pacientes para quienes DCMC reciba confirmación de baja por quiebra según se prevé en el Capítulo 7 determinada por un Tribunal Federal de Quiebra también calificarán para el 100% de beneficencia.

Elegibilidad presunta

- A. La elegibilidad presunta para el Programa de Asistencia Financiera puede otorgarse si el paciente u otras fuentes disponibles para el DCMC presentan pruebas de la incapacidad del paciente para pagar los servicios médicamente necesarios. Una vez determinada, debido al carácter inherente de las circunstancias presuntivas, el único descuento que se puede conceder es una cancelación del 100% del saldo de la cuenta. La elegibilidad presunta puede determinarse en función de circunstancias individuales que pueden incluir:
1. Falta de vivienda
 2. Fallecimiento sin sucesión patrimonial
 3. Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente
 4. Elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha de los servicios o para servicios no cubiertos
 5. Encarcelamiento en una institución penitenciaria
 6. Inscripción en los siguientes programas de asistencia para personas de bajos ingresos:
 - a. Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
 - b. Programa de Ayuda a la Vivienda del Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin
 7. Inscripción en uno o más de los siguientes programas con criterios iguales o inferiores al 200% de las Pautas Federales de Pobreza vigentes:
 - a. Participación en programas para mujeres, bebés y niños (WIC)
 - b. Elegibilidad para el Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)
 - c. Programa de asistencia energética para hogares de bajos ingresos (LIHEAP)
 - d. Programa de asistencia energética para hogares de Wisconsin (WHEAP)
 - e. Inscripción en un programa comunitario organizado de acceso a la atención médica que evalúe y documente como criterio

la situación financiera de familias de bajos ingresos

- f. Recibo de ayudas en forma de subvención para servicios médicos
- 8. DCMC puede utilizar programas externos para verificar la capacidad de pago de los pacientes. Si se determina que un paciente no puede pagar sus servicios médicamente necesarios por medio de estos programas externos, las cuentas se cancelarán y pasarán a beneficencia. Consulte "Elegibilidad presunta" (más arriba).
- 9. Los pacientes que resulten elegibles para el Programa de Asistencia Financiera conservarán su elegibilidad por un período de hasta doce (12) meses a partir de la fecha de aprobación. Una vez transcurridos los doce (12) meses, el paciente deberá volver a solicitar la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera.

Exclusión de activos

DCMC puede excluir los siguientes activos enumerados a continuación del cálculo de los bienes netos disponibles del hogar sin afectar la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera.

- A. Una vivienda que sea la residencia principal
- B. Bienes personales para uso en el hogar
- C. Vehículo(s) hasta por un valor combinado de \$15,000, donde el valor se basa en el importe de tasación del libro azul actual (excluye autocaravanas)
- D. Activos líquidos, incluidos dinero en efectivo, ahorros, acciones, bonos, etc., hasta \$1,000 por persona; \$2,000 por dos personas; y \$500 por cada persona adicional en el hogar.
- E. Fondos reservados en una cuenta de jubilación según la definición del Internal Revenue Service.
- F. Otros bienes directamente relacionados con los ingresos y el sustento del hogar pueden estar exentos si DCMC los considera necesarios y razonables para la capacidad continua de ganarse el sustento.
- G. Pagos mensuales de residencias de ancianos o vida asistida.

Comunicación del Programa de Asistencia Financiera a los pacientes

- A. La notificación sobre la disponibilidad de asistencia financiera de DCMC incluirá lo siguiente:
 - 1. Copias impresas: La política del Programa de Asistencia Financiera, la solicitud del FAP y el resumen en lenguaje sencillo estarán disponibles a petición y sin cargo, tanto por correo como en lugares públicos en las instalaciones hospitalarias de los Sistemas Locales, incluido, como mínimo, en la sala de emergencias (si la hay) y en las áreas de admisión.
 - 2. Admisión y alta: El resumen en lenguaje sencillo y la solicitud del FAP

se ofrecerán a los pacientes durante los procesos de registro, después de este o alta.

3. Señalización: La disponibilidad del Programa de Asistencia Financiera se anunciará en carteles situados en el Departamento de Emergencias, Admisiones, Ambulatorio y salas de espera. Se incluirá un número de teléfono gratuito.
 4. Internet: La política del Programa de Asistencia Financiera, la solicitud del FAP y el resumen en lenguaje sencillo estarán ampliamente disponibles en el sitio web de DCMC (www.dcmmedical.org)
 5. Estados de cuenta de los pacientes: Cada cuenta, factura u otro resumen de cargos incluirá con él, o en él, una declaración prominente de que el paciente puede solicitar consideración para el Programa de Asistencia Financiera, e incluirá el número de teléfono de Servicios Financieros para Pacientes y una dirección del sitio web directa donde se pueden obtener copias de la política del Programa de Asistencia Financiera, la solicitud del FAP y el resumen en lenguaje sencillo.
 6. Traducciones: DCMC pondrá a disposición traducciones del Programa de Asistencia Financiera, la solicitud del FAP y el resumen en lenguaje sencillo en el idioma hablado por los grupos lingüísticos con dominio limitado del inglés que constituyan menos de 1,000 individuos o el cinco por ciento (5 %) de la comunidad a la que atiende DCMC o la población que probablemente se vea afectada o encontrada por el DCMC.
 7. Difusión en la comunidad: DCMC tomará medidas para notificar e informar a los miembros de la comunidad sobre el Programa de Asistencia Financiera.
- B. Una parte interesada puede presentar una solicitud del Programa de Asistencia Financiera en nombre del paciente (sujeto a las leyes de privacidad), lo cual incluye, entre otros a:
1. Paciente o garante
 2. Líder o representante de la comunidad religiosa
 3. Médico personal u otros profesionales de la salud
 4. Cualquier miembro del personal de DCMC o personal médico
 - a. Algunos ejemplos son: médicos, enfermeras, asesores financieros, trabajadores sociales, gestores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos.

PROCESO DE FACTURACIÓN Y COBRO

Como se describe a continuación, DCMC hará esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible bajo este Programa de Asistencia Financiera para recibir asistencia financiera antes de iniciar una medida de cobro extraordinaria (Extraordinary Collection Action, ECA).

Procesamiento de solicitudes del Programa de Asistencia Financiera

Excepto en los casos que se indican a continuación, un paciente puede presentar una solicitud para el Programa de Asistencia Económica en cualquier momento durante el Período de Solicitud, que suele ser de 240 días a partir de la fecha de la primera factura posterior al alta, tal y como se define en la Sección III. Las determinaciones de elegibilidad para la asistencia financiera se procesarán con base en las siguientes categorías generales.

- A. Determinación de la elegibilidad presunta. Si se determina que un paciente es presuntamente elegible para menos que la asistencia más generosa disponible en el Programa de Asistencia Financiera (por ejemplo, la determinación de elegibilidad se basa en una solicitud presentada con respecto a la atención anterior), DCMC notificará a la persona de la base para la determinación y dará al paciente un período razonable para solicitar asistencia más generosa antes de iniciar una ECA.
- B. Solicitudes del FAP incompletas. En el caso de un paciente que presente una solicitud del FAP incompleta durante el Período de Solicitud, DCMC notificará al paciente por escrito cómo completar la solicitud del FAP y dará al paciente una oportunidad razonable para hacerlo (no inferior a 30 días contados a partir de la fecha de notificación de la solicitud incompleta). Durante este tiempo, continuará el proceso de facturación habitual, pero se suspenderán las ECA pendientes, y la notificación por escrito deberá (i) describir la información y/o documentación adicional requerida en virtud del Programa de Asistencia Financiera o la solicitud del FAP que sea necesaria para completar la solicitud, e (ii) incluir la información de contacto adecuada.
- C. Solicitudes del FAP completas. En el caso de un paciente que presente una solicitud del FAP completa durante el Período de Solicitud, DCMC suspenderá, de manera oportuna, las ECA, para obtener el pago de la atención, hará una determinación de elegibilidad y proporcionará una notificación por escrito, como se indica a continuación.
- D. Aplazamiento o denegación de la atención. Excluyendo los servicios proporcionados a un paciente como atención de emergencia, DCMC puede aplazar o denegar la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de una o más facturas por la atención proporcionada anteriormente cubierta bajo el Programa de Asistencia Financiera. Se ofrecerá al paciente una solicitud del FAP y/o el resumen en lenguaje sencillo de la Asistencia Financiera indicando que esta está disponible para los pacientes elegibles e indicando la fecha límite, si la hubiera, después de la cual DCMC ya no aceptará ni procesará ninguna solicitud presentada (o, si corresponde, completada) por el paciente con respecto a la atención previamente proporcionada en cuestión. Esta fecha límite no podrá ser anterior a los 30 días posteriores a la fecha en que se proporcione la notificación por escrito o a los 240 días posteriores a la fecha en que se envíe el primer estado de cuenta posterior al alta por la atención previamente prestada.

Notificación de determinación del Programa de Asistencia Financiera

- A. Determinaciones. Una vez que DCMC determine el saldo final adeudado por el paciente

y se reciba una solicitud del FAP completa en la cuenta de un paciente, DCMC notificará al paciente, al tutor legal del paciente y/o a la parte responsable por escrito la determinación final dentro de los cuarenta y cinco (45) días naturales siguientes. La notificación incluirá una determinación de la cantidad por la cual el paciente y/o la parte responsable serán financieramente responsables, si se aprueba menos del 100% de asistencia financiera. Si se deniega la solicitud del Programa de Asistencia Financiera, se enviará una notificación para explicar el motivo de la denegación e instrucciones para la apelación o reconsideración.

- B. Reembolsos. DCMC reembolsará la cantidad que el paciente haya pagado por la atención que exceda la cantidad de la que se determine que el paciente es personalmente responsable de pagar en virtud del Programa de Asistencia Financiera, a menos que dicha cantidad en exceso sea inferior a \$5.00.
- C. Anulación de medidas de cobro extraordinarias (ECA). En la medida en que se determine que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera bajo el Programa de Asistencia Financiera, DCMC tomará todas las medidas que estén razonablemente a su disposición para cancelar las ECA emprendidas contra el paciente para obtener el pago de la atención. Tales medidas razonablemente disponibles por lo general incluyen, entre otras, medidas para anular los fallos contra la persona, levantar gravámenes o embargos sobre los bienes materiales del individuo y eliminar del informe de crédito de dicha persona toda información adversa reportada a una agencia de informes del consumidor o agencia de crédito.

Recursos de apelación

- A. El paciente y/o la parte responsable pueden apelar una denegación de elegibilidad para asistencia financiera si proporcionan información adicional al área de Servicios Financieros para Pacientes en un plazo de catorce (14) días naturales a partir de la recepción de la notificación de denegación. Todos los recursos de apelación serán revisados por el Gerente de Cuentas de Pacientes y/o el Director Financiero para llegar a una determinación final. Si la decisión final confirma la denegación previa de la asistencia financiera, se enviará una notificación por escrito al paciente, al tutor legal y/o a la parte responsable.
- B. Si se presenta una apelación en un plazo de catorce (14) días naturales a partir de la determinación final, se suspenderán todas las gestiones de cobro hasta que se conozca el resultado final del proceso de apelación.

ADMINISTRACIÓN

Requisitos de información

- A. DCMC debe ser capaz de proporcionar lo siguiente cuando se le solicite:
 - 1. Solicitud del Programa de Asistencia Financiera
 - 2. Criterios aceptados de elegibilidad presunta

3. Número de solicitudes presentadas (completas e incompletas)
4. Número de solicitudes aprobadas (incluido el número de solicitudes aprobadas con elegibilidad presunta)
5. Número de solicitudes denegadas
6. Importe en dólares de la ayuda financiera proporcionada (en lo que va del año hasta la fecha)

Administración de la política

- A. Los servicios prestados como resultado de un accidente están sujetos a todos los instrumentos legales requeridos para garantizar el pago de responsabilidad civil de terceros, incluso si estos instrumentos se presentan después de que se haya aprobado la elegibilidad inicial del paciente para el Programa de Asistencia Financiera. Si existe cobertura de terceros, DCMC buscará y cobrará el saldo adeudado del tercero pagador.
- B. Esta política será supervisada por el Gerente de Servicios Financieros para Pacientes (u otro colega designado por el Director Financiero, o el Vicepresidente del Ciclo de Ingresos), quien será responsable de administrar el programa, se asegurará de que las determinaciones de asistencia financiera cumplan con los requisitos de esta política y notificará al paciente y/o a la parte responsable la determinación final. Las solicitudes de familiares, amigos o socios deberán remitirse al Director de Servicios Financieros para Pacientes o a un puesto similar de DCMC.
- C. Otras circunstancias pueden demostrar de manera convincente que el pago completo de los gastos médicos pendientes podría causar graves dificultades sociales y/o financieras al paciente o a la familia. Estas circunstancias pueden justificar una reducción excepcional de la asistencia financiera que se considerará caso por caso.
- D. Las pautas precedentes se determinan al establecer el Programa de Asistencia Financiera. DCMC puede modificar estas pautas en cualquier momento de acuerdo con la legislación vigente. DCMC se reserva el derecho de aprobar o denegar a su exclusiva discrecionalidad una solicitud de asistencia financiera. En la implementación de esta Política, la gerencia de DCMC deberá cumplir con todas las demás leyes, normas y reglamentos federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas de conformidad con esta política del Programa de Asistencia Financiera.

Definiciones:

Para los fines de esta política, los términos que se presentan a continuación se definen de la siguiente manera:

- A. **Activos:** Bienes de todo tipo, muebles e inmuebles, tangibles e intangibles, que sean legalmente aplicables o estén sujetos al pago de las deudas del paciente, incluidos, entre otros, dinero en efectivo, cuentas corrientes y de ahorro, vehículos, derechos minerales, acciones, fondos de inversión, líneas de crédito y cualquier otra inversión; no obstante, los "ingresos", tal y como se definen en el presente documento, no se incluirán en la determinación de los activos.

- B. Importes generalmente facturados o "AGB":** Los importes generalmente facturados por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios a personas que tienen un seguro que cubre dicha atención, como se explica con más detalle en el Apéndice D.
- C. Período de solicitud:** El período durante el cual se puede presentar una solicitud del FAP para que se considere la elegibilidad para recibir Asistencia Financiera. El Período de Solicitud comienza en la fecha en que se presta la asistencia y finaliza 240 días después de la fecha en que se presenta el primer estado de cuenta posterior al alta para la asistencia o: (i) en la fecha especificada en una notificación por escrito de DCMC con respecto a su intención de iniciar medidas de cobro extraordinarias; o (ii) en el caso de un paciente que ha sido considerado presuntamente elegible para recibir Asistencia Financiera menor al 100%, el fin del plazo razonable para solicitar Asistencia Financiera como se describe en la Sección VI.
- D. Beneficencia o asistencia financiera:** Ajuste de los cargos por servicios médicos gratuitos o con descuento prestados a personas que cumplen con determinados criterios financieros.
- E. Colega o Delegado:** Empleados o contratistas de DCMC que ayudan a los pacientes con el proceso para solicitar asistencia financiera bajo este Programa de Asistencia Financiera.
- F. Requisitos de la Sección 501(r) del Código:** Los requisitos de la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986 y sus modificaciones periódicas, y las Normas del Tesoro relacionadas con la asistencia financiera, las limitaciones de los cargos y las actividades de facturación y cobro.
- G. Servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios:** Servicios médicos de emergencia prestados en un entorno de sala de emergencias. Servicios de atención médica para una enfermedad que, si no se tratara con prontitud daría lugar a un cambio adverso en el estado de salud de una persona. Servicios no electivos prestados en respuesta a circunstancias que ponen en peligro la vida en un entorno que no es de emergencia; y otros servicios médicamente necesarios, todos ellos evaluados caso por caso a la exclusiva discrecionalidad de DCMC para fines de aplicación de este Programa de Asistencia Financiera.
- H. Medidas extraordinarias de cobro o "ECA":** Para los fines de esta política del Programa de Asistencia Financiera, ECA son aquellas actividades identificadas en los Requisitos de la Sección 501(r) del Código, que pueden incluir:
- I. Vender la deuda de una persona a otra parte, a menos que el comprador esté sujeto a ciertas restricciones según lo dispuesto en los Requisitos de la Sección 501(r) del Código.
 - J. Comunicar información adversa sobre la persona a agencias de información crediticia o agencias de crédito al consumo.
 - K. Medidas que requieren un proceso legal o judicial, excepto las reclamaciones presentadas en un procedimiento de quiebra o de daños personales.

- I. **Familia:** Definida por la Oficina del Censo como un grupo de dos o más personas que viven juntas y que están emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Si un paciente declara a alguien como dependiente en su declaración de impuestos de conformidad con las normas del Internal Revenue Service, dicha persona puede ser considerada dependiente a efectos de la prestación de asistencia económica.
- J. **Ingresos familiares:** Los ingresos son el total anual de ingresos en efectivo de todas las fuentes, antes de impuestos, menos los pagos realizados para la manutención de menores, que incluyen, entre otras cosas: sueldos y salarios antes de deducciones, propinas, ingresos netos procedentes del trabajo por cuenta propia no agrícola, ingresos netos procedentes del trabajo por cuenta propia agrícola, pagos del seguro social, jubilación ferroviaria, compensación por desempleo, beneficios del seguro de compensación a los trabajadores, pagos a veteranos, pagos de asistencia pública, Seguridad de Ingreso Suplementario, Ingreso por Discapacidad otorgado por el Seguro Social, pensión alimenticia, asignaciones militares, pensiones privadas, pensiones gubernamentales, pagos de anualidades, subvenciones, becas, dividendos, intereses, ingresos netos por alquiler, pagos netos, ganancias netas de juegos de azar o lotería, ayuda de fuera del hogar y otras fuentes diversas. Los beneficios no monetarios (como los vales de comida, subsidios a la vivienda y manutención de menores) no cuentan como ingresos.
- K. **Solicitud del FAP:** La información y la documentación adjunta que un paciente presenta para solicitar ayuda económica en el marco del Programa de Asistencia Financiera.
- L. **Pautas Federales de Pobreza:** Las Pautas Federales de Pobreza más recientes publicadas para un hogar por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., que se actualizan periódicamente. Consulte el Apéndice A para ver las pautas más recientes.
- M. **Garante:** Una persona, que puede ser o no el paciente, que es responsable del pago de la factura del paciente.
- N. **Servicios de atención médica:** Servicios médicos proporcionados al individuo dentro del entorno de DCMC, los que incluyen, entre otros, servicios médicos de diagnóstico y quirúrgicos, así como habitación y comida; entorno de diagnóstico ambulatorio, incluidos, entre otros, servicios de diagnóstico, servicios terapéuticos y servicios de apoyo crónico, que contempla el uso de equipos, suministros y servicios profesionales (excluyendo médicos que no pertenezcan a DCMC).
- O. **Falta de vivienda:** Indigente, cuando una persona carece de una residencia fija, regular y adecuada, y si duerme en un albergue designado para alojamiento temporal o en lugares no designados para la habitación humana.
- P. **Centro hospitalario:** Centro al que el estado exige licencia, registro o reconocimiento similar como hospital. Varios edificios operados bajo una sola licencia estatal se consideran un solo centro hospitalario.
- Q. **Tutor legal:** Sustituto legal reconocido que actúa en nombre del paciente con respecto a las decisiones médicas

y financieras, que están autorizados, en virtud de la legislación estatal aplicable, a recibir información médica confidencial sobre el paciente. Esto incluye a los padres que son legalmente responsables de sus hijos menores de edad, familiares cercanos a los que el paciente o la legislación estatal aplicable reconocen la capacidad legal de actuar en nombre del paciente con respecto a decisiones médicas y/o financieras, o un tutor legal en virtud de la legislación estatal aplicable.

- R. **Atención médica de beneficencia para indigentes:** Servicios de atención médica prestados en ausencia de recursos financieros suficientes para cubrir los costos de la atención sin que ello afecte de forma catastrófica a la familia de la persona, en ausencia de cobertura de enfermedades catastróficas, y a quienes carecen de seguro de terceros, lo que impide la capacidad de la persona para pagar los servicios, independientemente de su nivel de ingresos.
- S. **Servicios médicamente necesarios:** Servicios de atención médica para una enfermedad que, si no se tratara con prontitud daría lugar a un cambio adverso en el estado de salud de un individuo; servicios médicos de emergencia prestados en un entorno de sala de emergencias; servicios no electivos prestados en respuesta a circunstancias que ponen en peligro la vida en un entorno que no es de emergencia; y servicios médicamente necesarios, evaluados caso por caso a criterio de DCMC.
- T. **Servicios financieros para pacientes:** El departamento responsable de administrar el Programa de Asistencia Financiera en DCMC y en cada Sistema Local.
- U. **Elegibilidad presunta:** En ciertas circunstancias, se puede presuponer o considerar que los pacientes no asegurados son elegibles para recibir asistencia financiera con base en su inscripción en otros programas en los que se comprueban los medios de subsistencia u otras fuentes de información, no proporcionadas directamente por el paciente, para hacer una evaluación individual de la necesidad financiera.
- V. **Parte responsable:** El paciente o cualquier persona legalmente obligada a pagar las deudas del paciente por atención médica, excluyendo a terceros pagadores. Un paciente adulto que vive en el hogar de un familiar que no sea el cónyuge, incluido un hijo adulto soltero que vive en la casa familiar, será considerado "parte responsable" para los efectos de esta política, sin tener en cuenta los activos e ingresos de los demás familiares que vivan en el hogar (excepto el cónyuge).
- W. **Entidad sustancialmente relacionada:** Entidad tratada como sociedad para efectos fiscales federales en la que un Sistema Local tiene una participación en el capital o en las utilidades, o entidad no considerada como tal de la que el Sistema Local es el único miembro o propietario, que presta servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios en un centro hospitalario de un Sistema Local, a menos que la prestación de dicha atención sea una actividad comercial o empresarial no relacionada descrita en el artículo 513 del Código de Rentas Internas.
- X. **Tercero pagador:** Todo agente financiero o entidad, como una compañía de seguros, HMO, plan de beneficios para empleados o pagador gubernamental, que tiene una obligación legalmente exigible de pagar por los servicios facturados a un paciente por DCMC. Las partes responsables, tal y como se definen en el presente documento, no se consideran terceros pagadores.

Y. **Seguro insuficiente:** Una persona, con cobertura de seguro privado o público, para quien sería una dificultad financiera pagar por completo los gastos de bolsillo previstos por los servicios médicos recibidos de DCMC.

Z. **No asegurado:** Una persona, sin cobertura de terceros proporcionada por un asegurador comercial externo, un plan ERISA, un Programa Federal de Atención Médica (incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), el seguro de Compensación a los Trabajadores u otra asistencia de terceros disponible para cubrir el costo de los gastos de atención médica de un paciente.

AA. **Descuento para no asegurados:** A los pacientes sin cobertura de terceros se les proporcionará un descuento para no asegurados por los servicios elegibles prestados por DCMC según esta política, en el momento en que se realicen los cargos a precio normal. DCMC aplicará este descuento automáticamente a los saldos de los pacientes no asegurados en el momento de la facturación. Los importes actuales de los descuentos para no asegurados se publican en el Apéndice A de esta política y se revisan anualmente en Servicios Financieros para Pacientes para comprobar su idoneidad.

Políticas relacionadas/Declaraciones de posición/Otras fuentes documentales:

- Patient Friendly Billing®, un proyecto de prácticas de facturación claras y concisas de la HFMA
- Normativa de ACA, Sección 501 (r) del Código
- Pautas Federales de Pobreza
- Política de crédito y cobranza PFS-4

Los siguientes proveedores aceptan la política de asistencia financiera de DCMC en este momento:

- Radiology Associates of the Fox Valley
- HSHS St. Vincent Hospital

Valores:

Esta Política ha sido revisada para apoyar los valores de Door County Medical Center.

Palabras clave:

Asistencia financiera, atención comunitaria, beneficencia, pobreza, personas vulnerables

Para obtener más información, póngase en contacto con:

Gerente de Servicios Financieros para Pacientes

Líder superior responsable:

Director Financiero

Aprobado por:

Equipo de Liderazgo Superior: 7/25/2017; 10/2/2018; 1/2020; 3/17/2020; 4/20/2021; 3/23/2023; 4/25/2023

Aviso:

Esta información es una representación fiel y correcta de la política publicada de Door County Medical Center en el momento de su publicación. Door County Medical Center adopta la Política y recomienda que el usuario consulte siempre la última versión en PolicyStat, antes de cualquier uso posterior.

Anexos

APÉNDICE A. [FAP RC-09-DC 2023.docx](#)

APÉNDICE B. [FAP RC-09-DC 2023.docx](#)

APÉNDICE C. [Covered_Providers and Departments.docx](#)

APÉNDICE D. [AMOUNTS_GENERALLY_BILLED.docx](#)

[DCMC_FAP Application_1.30.pdf](#)

Firmas de aprobación

Descripción del paso	Aprobador	Fecha
SLT	Sherry Maass: Especialista de Programa	4/26/2023
	Andy Laluzerne: Director Financiero	3/28/2023
	Ashley Moede: Directora de Acceso a pacientes	3/28/2023