

Política corporativa de Wood County Hospital

Política de asistencia financiera

y

Política de facturación y cobros

FINALIDAD

La presente Política de asistencia financiera describe las opciones de elegibilidad de 1) aquellos pacientes sin seguro que necesiten servicios de emergencia o necesarios desde el punto de vista médico de Wood County Hospital, según lo exigido en el artículo 501, inciso r) del Código de Revisión Interna; y 2) aquellos que reúnan los requisitos para obtener asistencia financiera a fin de recibir atención médica de emergencia. Los pacientes que reúnan los requisitos recibirán atención gratuita o con descuento conforme a los criterios de elegibilidad y los procesos de determinación que se describen en este documento.

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Wood County Hospital les ofrece, sin discriminación, atención de afecciones médicas de emergencia a las personas, independientemente de que sean o no elegibles para recibir asistencia conforme a esta política de asistencia financiera. Wood County Hospital brindará atención conforme a la Emergency Medical Treatment and Labor Act (Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo, EMTALA). Wood County Hospital no les solicitará a las personas que paguen antes de recibir un tratamiento por afecciones médicas de emergencia ni llevará a cabo actividades de cobro de deudas que interfieran con la prestación de la atención médica de emergencia.

SERVICIOS ELEGIBLES

La Política de asistencia financiera se aplica a todas las situaciones de atención de emergencia y otra atención necesaria desde el punto de vista médico que se proporcione en Wood County Hospital. Los siguientes servicios no están cubiertos por esta política: cargos de procedimientos bariátricos pagados de forma particular, cirugías cosméticas y servicios optativos que no están cubiertos por seguros ya que no son considerados necesarios desde el punto de vista médico.

Esta Política de asistencia financiera no cubre determinados servicios médicos que Wood County Hospital no preste ni facture. Esto comprende servicios médicos brindados en el Departamento de Emergencias, el Departamento de Radiología, servicios de anestesia, servicios prestados por intensivistas, cirugías generales (realizadas por un médico diferente del Dr. Peter Lalor, con excepción de procedimientos bariátricos pagados de forma particular), cirugías vasculares (realizadas por un médico diferente del Dr. Arthur Delos Reyes), cirugías ortopédicas (realizadas por un médico diferente del Dr. Carlos Gomez) y servicios brindados en el Departamento de Manejo del Dolor, el Departamento de Atención de Lesiones (excepto los servicios brindados por el Dr. Arthur Delos Reyes y Patricia Noble, C.F.N.P.) y el Departamento de Radiación Oncológica.

Los servicios médicos prestados por hospitalistas, las cirugías ortopédicas a cargo del Dr. Carlos Gomez, las cirugías generales a cargo del Dr. Peter Lalor, las cirugías vasculares a cargo del Dr. Arthur Delos Reyes, la atención de lesiones a cargo del Dr. Arthur Delos Reyes y Patricia Noble, C.F.N.P., los servicios de enfermeros anestesiólogos registrados (CRNA) y los servicios prestados en el Departamento de Obstetricia/Ginecología y el Departamento Pediátrico están cubiertos por esta política.

Montos cobrados a pacientes sin seguro

Wood County Hospital no les cobrará a los pacientes que reciban la aprobación para obtener asistencia financiera conforme a esta política para recibir atención de emergencia o cualquier otra atención necesaria desde el punto de vista médico sumas que excedan el monto que generalmente se les factura a las personas que cuentan con seguro. Los cargos brutos se incluirán en el resumen de facturación y se utilizarán como el punto de partida para la aplicación de bonificaciones, descuentos y deducciones.

Wood County Hospital utiliza el método retroactivo para determinar el monto facturado generalmente (AGB). Para determinar el AGB anual, el hospital dividirá la sumatoria de los montos de todos los reclamos de atención de emergencia y de otra atención necesaria desde el punto de vista médico prestadas por aseguradoras privadas de salud y aseguradoras de Medicare que cobran una tarifa por los servicios llevados a cabo durante los últimos 12 meses por la sumatoria de los cargos brutos asociados a tales reclamos. El porcentaje del AGB actual se calcula como el 59 % de los cargos brutos, lo que genera un descuento de dichos cargos brutos del 41 %.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

- **Descuentos:** Para reunir los requisitos a fin de obtener asistencia financiera, se debe presentar una solicitud completa. La elegibilidad para recibir asistencia financiera se determina según el ingreso del hogar y la cantidad de integrantes que residen en el hogar, conforme a las pautas federales de pobreza. El hogar comprende a los padres, sus cónyuges y todos los hijos biológicos o adoptivos menores de dieciocho años. Los descuentos son los siguientes:
 - Se aplica un descuento del AGB del 41 % al cargo bruto en el caso de los pacientes sin seguro (cargo bruto - descuento del AGB del 41 % = monto facturado al paciente sin seguro).
 - Las personas cuyo nivel de ingresos coincida al 100 % con las Pautas Federales de Pobreza (FPG) o sea inferior y completen la solicitud de asistencia financiera (incluida la documentación de respaldo) califican para obtener el 100 % de descuento (atención gratuita) por intermedio del programa denominado Hospital Care Assurance Program (Programa de Aseguramiento de la Atención Hospitalaria, HCAP).
 - Las personas cuyo nivel de ingresos se encuentre entre el 101 % y el 150 % de las FPG y completen la solicitud de asistencia financiera (incluida la documentación de respaldo) califican para obtener el 100 % de descuento (atención gratuita) por intermedio del programa denominado Wood County Hospital's Uncompensated Care (Programa de Atención No Compensada de Wood County Hospital).
 - Las personas cuyo nivel de ingresos se encuentre entre el 150 % y el 200 % de las FPG y completen la solicitud de asistencia financiera (incluida la documentación de respaldo) califican para obtener el 75 % de descuento por intermedio del programa denominado Wood County Hospital's Uncompensated Care (Programa de Atención No Compensada de Wood County Hospital).
 - Las personas cuyo nivel de ingresos supere el 201% de las FPG podrán ser elegibles para acceder a descuentos por pagos inmediatos.
- **Documentación exigida:** Se debe presentar una prueba de los ingresos durante los últimos tres meses anteriores a la fecha de recepción del servicio.
 - La prueba de ingresos puede incluir: recibo de sueldo, formularios W2, copia del cheque de pago del salario, resúmenes de cuenta que indiquen depósitos directos, documentos que respalden los alimentos pagados a favor de los menores o el cónyuge, cartas de otorgamiento de beneficios de discapacidad/seguridad social.

- Para los empleados autónomos, se exige una declaración escrita de los ingresos, junto con la declaración de impuestos del año anterior.
 - Si el paciente no tiene ingresos, se le exigirá una declaración escrita que indique de qué manera paga sus gastos de subsistencia.
- **Falta de entrega de documentación:** Wood County Hospital no rechazará el otorgamiento de asistencia por no presentar la información/documentación no especificadas en esta política o en la solicitud. First Wood County Hospital se comunicará con el paciente mediante el servicio postal de los Estados Unidos, solicitará documentación y notificará al paciente los pasos que debe tomar en caso de que el paciente no responda.
- **Residencia:** El paciente debe ser residente del estado de Ohio y no debe ser beneficiario actual de Medicaid.

ELEGIBILIDAD PRESUNTA

En el caso de la elegibilidad presunta, se les otorgará un 100% de descuento (es decir, atención gratuita) a aquellos pacientes que no tengan seguro en función de su situación individual; tal situación incluye, a modo de ejemplo, lo siguiente:

- pacientes sin hogar,
- pacientes fallecidos sin acervo hereditario conocido,
- pacientes que presentaron la quiebra.

COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES

- Wood County Hospital publica ampliamente su Política de asistencia financiera (FAP) de las siguientes maneras:
 - Les informa a los pacientes que tienen asistencia financiera a su disposición a través de los carteles exhibidos en la sala de emergencias del hospital y en las áreas de registro, a través del sitio web del hospital, mediante información que se brinda en los resúmenes de facturación de los garantes, poniéndose en contacto con los representantes financieros de los pacientes y mediante la identificación realizada por el personal de aquellos pacientes que tienen una posible necesidad financiera.
 - Les ofrece a los pacientes un resumen de la política redactado con lenguaje simple como parte del proceso de admisión.
 - Wood County Hospital entrega copias del resumen de su FAP redactado con lenguaje simple y del formulario de solicitud de la FAP a todos los médicos del personal de derivación y a los centros de salud comunitarios que prestan servicios a su comunidad. Wood County Hospital además distribuye copias de estos documentos en el Departamento de Salud local en cantidades suficientes para satisfacer la demanda. Además, cada edición del boletín informativo trimestral que Wood County Hospital envía por correo a las personas incluidas en su base de datos de clientes contiene un anuncio exhibido de manera destacada donde se les informa a los lectores que Wood County Hospital ofrece asistencia financiera y que aquellas personas que tengan problemas para pagar sus facturas hospitalarias podrían ser elegibles para acceder a la asistencia financiera. Dicho anuncio contiene la dirección de la página web donde se podrá obtener la FAP y el formulario de solicitud, además de los números de contacto para comunicarse con el personal si tiene preguntas relacionadas con el proceso de solicitud de la asistencia financiera.

- Se ofrece asistencia gratuita para completar las solicitudes de asistencia financiera en relación con los siguientes programas:
 - Ohio Medicaid
 - Hospital Care Assurance Program (Programa de Aseguramiento de la Atención Hospitalaria, HCAP)
 - Programas de Atención No Compensada (Uncompensated Care) de Wood County Hospital
- Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera en cualquier momento antes o durante el proceso de planificación, la etapa previa al registro previo, el registro, la etapa de análisis o la internación, o durante el transcurso del ciclo de facturación y cobro.
- Puede obtener una copia gratuita de la Política de asistencia financiera redactada con lenguaje simple en inglés y español en el siguiente sitio web: www.woodcountyhospital.org/patients-visitors/billing-and-insurance, llamando al Departamento de Cuentas de Pacientes al 419-354-8972 o 419-373-7611, en la sala de emergencias, en las áreas de registro, o puede escribir a Wood County Hospital, Attn.: Patient Accounts, 950 W Wooster St, Bowling Green, OH 43402.

PROCESO DE SOLICITUD

- Puede obtener solicitudes de asistencia financiera en inglés o español desde el sitio web de Wood County Hospital:

www.woodcountyhospital.org/patients-visitors/billing-and-insurance/financial-options,

llamando al Departamento de Cuentas de Pacientes al 419-354-8972 o 419-373-7611 o escribiendo a Wood County Hospital, Attn.: Patient Accounts, 950 W. Wooster St, Bowling Green, OH 43402. Las solicitudes completadas y las pruebas de ingresos se deben enviar a Patient Accounts, Attn.: Financial Counselor, 950 W Wooster St, Bowling Green, OH 43402.
- Las determinaciones sobre las solicitudes de asistencia financiera se realizarán de manera oportuna y no se llevarán a cabo actividades de cobro mientras tales solicitudes se encuentran en etapa de revisión.
- Si la solicitud está incompleta, el paciente recibirá un aviso escrito que indicará la información o documentación adicional que se debe presentar para completar la solicitud, junto con la información de contacto que el paciente podrá utilizar para recibir ayuda con el proceso de solicitud. También podremos intentar comunicarnos con el paciente por teléfono. Las actividades de cobro se suspenderán mientras intentamos obtener la información faltante. Si el solicitante no proporciona la información solicitada dentro de un plazo razonable, el expediente de solicitud se cerrará y se podrán retomar las actividades de cobro. Sin embargo, si el paciente proporciona la información o documentación faltante en cualquier momento dentro del período de 240 días a partir de la recepción del primer resumen de facturación posterior al cobro, se volverá a abrir el expediente de la solicitud y se volverán a suspender las actividades de cobro mientras se realiza la determinación de la elegibilidad.
- Despues de realizada la determinación, se le informará la decisión por escrito al paciente. Dicho aviso también incluirá, en caso de que corresponda, el descuento al que podrá acceder el paciente e indicará el fundamento de la determinación. Además, si se determina que el paciente es elegible para recibir otro tipo de asistencia diferente de la atención gratuita, este recibirá un resumen de facturación que indicará el monto que deberá pagar el paciente después de que se apliquen todos los descuentos de asistencia financiera y la manera en que se determinó tal monto. También se indicará el AGB por la atención (o se describirá de qué manera la persona puede obtener información relacionada con dicho AGB).
- Los pacientes hospitalizados deberán completar una solicitud por cada ingreso, a menos que se los vuelva a hospitalizar dentro de los 45 días posteriores al alta debido a la misma afección subyacente. Es posible que las solicitudes aprobadas de pacientes hospitalizados también cubran servicios ambulatorios durante el período de 90 días posterior al primer día de hospitalización del paciente.

- Las solicitudes aprobadas de pacientes ambulatorios tendrán una vigencia de 90 días a partir de la primera fecha de servicio.
- Si la solicitud aprobada del paciente hospitalizado o ambulatorio por un descuento inferior al 100% permanece vigente durante los 90 días posteriores a la internación inicial o la fecha del servicio (o el plazo de 45 días posterior al alta debido a la misma afección subyacente, en caso de pacientes hospitalizados), se le informará al paciente sobre la base del descuento en la solicitud inicial y sobre cómo solicitar mayor asistencia en caso de que el paciente considere que su estado de elegibilidad ha cambiado.
- Es posible que se rechacen solicitudes si hay una duda razonable que indique que el solicitante no dice la verdad.
- Las solicitudes y la documentación se guardarán durante seis años.
- Aquellos pacientes que soliciten asistencia financiera por un episodio de atención durante el período de 240 días a partir de la recepción de la primera factura posterior al alta y que sean considerados elegibles recibirán un reembolso o se les acreditará el monto que hayan abonado por la atención que supere el monto que se haya determinado que tales pacientes deben pagar de su bolsillo después de aplicar el descuento de la asistencia financiera, a menos que el saldo a favor sea inferior a \$5.00.
- Wood County Hospital aceptará y revisará todas las solicitudes de las fechas de servicio hasta 240 días después de la recepción de la primera factura de atención posterior al alta correspondiente al servicio. Los solicitantes elegibles para el programa HCAP podrán presentar su solicitud dentro de un período de tres años a partir de la fecha de su primera factura según los requisitos del HCAP del estado de Ohio. Aquellos solicitantes que no reúnan los requisitos para el programa HCAP no podrán recibir asistencia financiera si la solicitan después de 240 días. En el caso de los solicitantes que hayan calificado para recibir atención gratuita, si la cuenta se ha derivado a una agencia de cobro, esta será cerrada por dicha agencia. Además, la agencia informará que se ha cancelado la deuda y se la quitará del informe de crédito. En general, si se determina que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera, Wood County Hospital o la agencia de cobro (quien tenga autoridad para hacerlo) tomarán las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier acción de cobro extraordinaria (tal como se define a continuación) que se lleve a cabo en contra el paciente para obtener el pago por la atención. Dichas medidas generalmente no incluyen el reembolso de un paciente por las tasas de justicia asociadas a la cuenta del paciente derivada al departamento legal.

PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN Y COBRO

Se les envía un resumen de los servicios del hospital al paciente/garante en ciclos de facturación progresivos. En caso de que el paciente no tenga seguro, el resumen se enviará después de que se presten los servicios. En la mayoría de los casos en que los pacientes tengan cobertura por intermedio de una aseguradora, los resúmenes se envían después de que la aseguradora haya aprobado los servicios. En algunos casos, la aseguradora ha suspendido la aprobación de los servicios debido a que el paciente/garante debían proporcionar información adicional. En estas situaciones, los resúmenes se enviarán al paciente/garante. Los resúmenes se generan cada 30 días.

Los representantes de Wood County Hospital y/o sus personas designadas intentarán comunicarse con el paciente/garante durante el ciclo de facturación para obtener el cobro y para informarles al paciente/garante en forma verbal que las personas elegibles tienen a su disposición asistencia financiera y cómo pueden obtener asistencia con el proceso de solicitud. Las actividades de notificación y cobro se documentan en la cuenta del paciente.

Wood County Hospital no llevará a cabo acciones de cobro extraordinarias (ECA) (por sí o por intermedio de una agencia de cobro) contra un paciente/garante para cobrar los gastos de atención, a menos que la administración del Departamento de Cuentas de Pacientes haya otorgado permiso

para realizar dichas ECA. Además, Wood County Hospital no llevará a cabo una ECA contra un paciente/garante sin antes hacer todo lo posible para determinar la elegibilidad del paciente conforme a la Política de asistencia financiera y sin antes informarle al paciente sobre la política. Si, después de 120 días desde la recepción del primer resumen posterior al alta, no se ha recibido una solicitud ni se ha establecido otro acuerdo de pago, el saldo pendiente se remitirá a una agencia de cobro. Aproximadamente en el mismo momento, el paciente/garante recibirán un aviso escrito que indicará que las personas elegibles tienen a su disposición una asistencia financiera, identificará la ECA que la agencia de cobro intenta iniciar para obtener el pago de la atención e indicará una fecha límite después de la cual la agencia de cobro podrá iniciar dicha ECA. Este aviso también incluirá un resumen de la política redactado con lenguaje simple.

Los pacientes/garantes son responsables de proporcionar una dirección de correo postal actualizada al momento de recibir el servicio o al mudarse.

Los pacientes/garantes que no cumplan con los acuerdos relacionados con el contrato de pago o que no hayan cumplido con el programa de préstamos de Commerce Bank podrán ser derivados a una agencia de cobros para saldar la deuda, a menos que se hubiera presentado una solicitud de asistencia financiera o se haya recibido el pago total.

Wood County Hospital podrá iniciar las siguientes ECA de manera directa o por intermedio de la agencia de cobro:

- venta de la deuda del paciente/garante a otra parte
- brindar información adversa de la persona a agencias de crédito del consumidor u oficinas de crédito
- iniciar acciones que requieran un proceso legal, las que se limitan al embargo del salario de la persona

Wood County Hospital trabajará con todos los pacientes para establecer acuerdos de pago adecuados si no es posible realizar el pago completo después de enviado el primer resumen al paciente/garante. Los contratos de devolución sin intereses con plazos de pago definidos sobre los saldos pendientes de pago están disponibles para todos los pacientes/garantes. Otras opciones disponibles para el pago de los saldos de cuenta son los descuentos por pago inmediato y préstamos bancarios sin interés.

Las cuentas que se remitan a una agencia de cobro externa cumplen con los siguientes criterios:

- El acuerdo con la agencia de cobro está redactado por escrito y contiene un código de conducta y requisitos conforme a la Sección 1.501(r)-6(c)(10) del Reglamento del Tesoro.
- El acuerdo define las normas y el alcance de las prácticas que serán utilizadas por los agentes de cobro externos en nombre de Wood County Hospital, quienes deberán cumplir con este procedimiento.
- La agencia de cobro no podrá iniciar ninguna acción legal sin previo permiso escrito de Wood County Hospital.
- Wood County Hospital tomará todas las decisiones relacionadas con la manera en que se manejan los reclamos, si se iniciará un juicio o no, si se resolverán los reclamos, si el reclamo volverá a Wood County Hospital y demás asuntos relacionados con la resolución del reclamo.
- Wood County Hospital se reserva el derecho de interrumpir las acciones de cobro en cualquier momento para cualquier cuenta específica.

Fecha de elaboración: 1 de febrero de 2019

Fecha de revisión: 25 de marzo de 2019; 1 de octubre de 2020