

UW Medicine

Procedimientos y políticas administrativas

ASISTENCIA FINANCIERA

POLÍTICA

El objetivo de esta Política de asistencia financiera es garantizar que nuestros pacientes que se encuentran en el nivel de pobreza federal o cerca de este reciban los servicios médicos hospitalarios o no hospitalarios apropiados a un costo basado en su capacidad para pagar los servicios, incluida la atención gratuita. La asistencia financiera se proporcionará a todas las personas que reúnan los requisitos independientemente de su edad, raza, color, religión, sexo, orientación sexual o nacionalidad en virtud del capítulo 246-453 del Código Administrativo de Washington (Washington Administrative Code, WAC) y el capítulo 70.170 del Código Revisado de Washington (Revised Code of Washington, RCW).

DISPONIBILIDAD DE LA POLÍTICA

Se colocó un aviso en el que se informa a los pacientes que UW Medicine brinda asistencia financiera en sectores clave del hospital, incluida el área de admisiones, asesoramiento financiero, emergencias y admisiones de pacientes ambulatorios, y se notificará al público sobre la Política de asistencia financiera.

Los pacientes deben cumplir con todos los requisitos y las expectativas que se describen en la Política de asistencia financiera a fin de ser elegibles para recibir la asistencia financiera. Dicha política, su resumen en términos sencillos, la solicitud y la política de facturación y cobro de la asistencia financiera están disponibles en cualquier idioma hablado por el cinco por ciento de la población o por 1000 personas, lo que sea menor, en el área de servicio del hospital correspondiente. Además, los pacientes que no hablen inglés o que tengan un dominio limitado del idioma, o aquellos que no puedan leer o comprender los materiales de solicitud por escrito contarán con servicios de interpretación. Las copias están disponibles de manera gratuita en los sitios web de UW Medicine o a pedido.

DEFINICIONES

Asistencia financiera: atención médica necesaria desde el punto de vista médico que se proporciona a personas indigentes cuando la cobertura de terceros, si la hubiere, se haya terminado, al punto que dichas personas no puedan pagar la atención, los deducibles o los montos del coaseguro exigidos por un tercero responsable de los pagos en función de los criterios de esta política.

Personas indigentes: aquellos pacientes o sus garantes que reúnen los requisitos para recibir la asistencia financiera en virtud de esta Política de asistencia financiera según el nivel de pobreza federal y la cantidad de miembros de la familia, y a quienes se les haya terminado cualquier cobertura de terceros.

Cobertura de terceros: una obligación de parte de una compañía de seguros, un contratista de servicios de atención médica, un seguro médico cerrado, un plan de salud grupal, un programa gubernamental (Medicare, Medicaid o programas de asistencia médica, indemnización por accidentes laborales, beneficios para los veteranos) o beneficios tribales de salud de pagar por los servicios y la atención de pacientes cubiertos, y puede incluir liquidaciones, fallos o indemnizaciones recibidos relacionados con los actos negligentes de otras personas (por ejemplo, accidentes automovilísticos o lesiones) que hayan provocado la afección médica por la que el paciente recibió servicios de atención médica. UW Medicine evaluará otras coberturas (p. ej., ministerio de atención médica) para el reembolso caso por caso.

UW Medicine: a los efectos de esta política, "UW Medicine" incluye Airlift Northwest, Harborview Medical Center, UW Medical Center, UW Physicians, Valley Medical Center y UW Medicine Primary Care.

Servicios médicos hospitalarios apropiados: aquellos servicios hospitalarios de UW Medicine que se calculan razonablemente para diagnosticar, corregir, tratar, aliviar o prevenir el empeoramiento de las afecciones que ponen en peligro la vida, o que causan sufrimiento o dolor, o que dan lugar a una enfermedad o

dolencia, o que amenazan con causar o agravar una discapacidad, o que provocan una deformación o mal funcionamiento físico, y no hay otro tratamiento igual de eficaz, más conservador o considerablemente menos costoso disponible o adecuado para la persona que solicita el servicio. El tratamiento puede incluir una simple observación o, en su caso, ningún tipo de tratamiento. Los servicios hospitalarios apropiados no incluyen la atención en las clínicas o los consultorios independientes incluidos en el código 11 de Lugar de Servicio, incluso si están asociados a un hospital de UW Medicine.

Servicios médicos no hospitalarios apropiados: aquellos servicios proporcionados (1) por Airlift Northwest o (2) en las clínicas o los consultorios independientes incluidos en el código 11 de Lugar de Servicio de los miembros de UW Physicians, los cuales se calculan razonablemente para diagnosticar, corregir, tratar, aliviar o prevenir el empeoramiento de las afecciones que ponen en peligro la vida, o que causan sufrimiento o dolor, o que dan lugar a una enfermedad o dolencia, o que amenazan con causar o agravar una discapacidad, o que provocan una deformación o mal funcionamiento físico, y no hay otro tratamiento igual de eficaz, más conservador o considerablemente menos costoso disponible o adecuado para la persona que solicita el servicio. El tratamiento puede incluir una simple observación o, en su caso, ningún tipo de tratamiento. A los efectos de la presente Política de asistencia financiera, los servicios de cuidados preventivos pueden considerarse “servicios médicos no hospitalarios apropiados”.

Afección médica de emergencia: una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad, incluido el dolor intenso, de tal manera que la falta de atención médica inmediata podría razonablemente dar lugar a lo siguiente:

1. Poner la salud de la persona (o, en el caso de una paciente embarazada, la salud de la paciente y del feto) en grave peligro.
2. Deterioro grave de las funciones corporales.
3. Fallo grave de cualquier parte u órgano del cuerpo.

En el caso de una paciente embarazada que tiene contracciones, el término significará lo siguiente:

1. Que no hay tiempo suficiente para realizar un traslado seguro a otro hospital antes del parto.
2. Que el traslado puede suponer una amenaza para la salud o seguridad de la paciente o del feto.

Código 11 de Lugar de Servicio: a los efectos de esta política, este término indicará todos los centros de UW Medicine Primary Care y cualquier otra clínica independiente o consultorio médico no hospitalario en el que el profesional de atención médica proporcione servicios y cobre honorarios profesionales.

Miembros de UW Physicians: a los efectos de esta política, un médico u otro profesional de atención médica calificado que haya firmado un acuerdo de práctica con UW Physicians o que haya reasignado sus servicios a UW Physicians en el marco de un acuerdo contractual y que presta servicios en los centros de práctica aprobados de UW Medicine.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Las personas que solicitan la asistencia financiera deben cumplir con los requisitos de elegibilidad y completar un proceso de solicitud, como se describe en este documento.

Alcance de los servicios

A fin de ser elegible para recibir la asistencia financiera, los servicios médicamente necesarios solicitados deben ser servicios médicos hospitalarios apropiados, en lugar de servicios de carácter experimental, optativo o de investigación. Las excepciones a los requisitos de alcance de los servicios descritos en este párrafo pueden realizarse solo en circunstancias excepcionales y con la aprobación del director financiero o representante de UW Medicine. Aunque la ley federal o estatal no lo exige, la elegibilidad para la asistencia financiera se extenderá a las personas que reciban servicios médicos no hospitalarios apropiados y cumplan con los criterios de elegibilidad mencionados anteriormente conforme a esta política.

Cobertura de terceros

Por lo general, la asistencia financiera es secundaria a todos los demás recursos de cobertura de terceros disponibles para el paciente. Esto incluye lo siguiente:

1. Planes médicos individuales o grupales.
2. Programas de indemnización por accidentes laborales.
3. Medicare, Medicaid u otros programas de asistencia médica.
4. Otros programas estatales, federales o militares.
5. Situaciones de responsabilidad civil frente a terceros (p. ej., accidentes automovilísticos o lesiones).

6. Beneficios tribales de salud.
7. Otras situaciones en las que otra persona o entidad pueda tener la responsabilidad legal de pagar los costos de los servicios médicos.

Los pacientes que no sigan obteniendo una cobertura de seguro que podría estar disponible para ellos y para la que son elegibles (p. ej., Medicaid) serán evaluados de forma individual para poder recibir la asistencia financiera.

Antes de que se considere la posibilidad de recibir la asistencia financiera, se evaluará la elegibilidad del paciente o garante para la cobertura de pago de terceros y es posible que el paciente o garante deban solicitar la cobertura de los programas para los que son elegibles. Se les puede denegar la asistencia financiera a los pacientes que no cumplan con los requisitos de solicitud de dicha asistencia. UW Medicine puede optar por no proporcionar asistencia financiera a cualquier paciente o garante que sea elegible para recibir la cobertura retroactiva de Medicaid del estado de Washington y que no se esfuerce lo suficiente para colaborar en el proceso de solicitud de Medicaid. UW Medicine no le denegará la asistencia financiera a un paciente únicamente sobre la base de la negativa de este para inscribirse en un plan disponible en Health Benefit Exchange.

Ingresos

De acuerdo con las leyes y la política, las personas cuyos ingresos se encuentran dentro de las directrices del nivel de pobreza federal según la fecha del servicio pueden ser elegibles para recibir la asistencia financiera. A fin de establecer la elegibilidad de ingresos para la asistencia financiera, UW Medicine tendrá en cuenta todas las fuentes de ingresos. Los ingresos incluyen el total del dinero en efectivo antes de impuestos derivado de los sueldos y salarios; las prestaciones sociales; los pagos del Seguro Social; los beneficios por huelga, los beneficios de discapacidad o desempleo; la manutención de los hijos, la pensión alimenticia; y las ganancias netas de las actividades comerciales y de inversión pagadas al paciente o garante.

SOLICITUD

Cuando un paciente quiere solicitar la asistencia financiera, debe completar un formulario de información financiera confidencial (Confidential Financial Information, CFI) y proporcionar la documentación financiera complementaria razonable y necesaria para respaldar la información que se incluye en el formulario de CFI. UW Medicine tomará una decisión inicial sobre el estado de la asistencia financiera del paciente en el momento de la admisión o lo antes posible tras el inicio de los servicios que se brindan al paciente. Los procedimientos de solicitud de la asistencia financiera no deben suponer una carga excesiva para el paciente, y se debe tener en cuenta cualquier obstáculo que pueda entorpecer su capacidad para cumplir con ellos. La evaluación de elegibilidad para Medicaid del estado de Washington u otros beneficios de asistencia pública pertinentes se coordinará a través del Departamento de Acceso de los Pacientes, Planificación de Altas/Gestión de los Resultados (si no se trata de una residencia de ancianos) o del Departamento de Servicios Financieros para los Pacientes. UW Medicine puede ayudar a los pacientes fuera del estado o a sus garantes para identificar dónde solicitar los programas de Medicaid y Exchange dentro de su estado.

1. Cualquiera de los siguientes documentos se considerará prueba suficiente en la que se basará la decisión definitiva sobre la elegibilidad para recibir la asistencia financiera:
 - a. Declaración de retenciones "W-2".
 - b. Recibos de sueldos actuales (últimos 3 meses).
 - c. Extractos bancarios (últimos 3 meses).
 - d. Declaración de impuestos sobre los ingresos del último año, incluidas las declaraciones complementarias, si corresponde.
 - e. Declaraciones escritas y firmadas de los empleadores o de otras personas (carta de respaldo) en las que se indiquen sus circunstancias y su situación financiera actual si no tiene una prueba de los ingresos.
 - f. Formularios en los que se apruebe o deniegue la elegibilidad para Medicaid o la asistencia médica financiada por el estado.
 - g. Formularios en los que se apruebe o deniegue la indemnización por desempleo; o declaraciones escritas de los empleadores u organismos de prestaciones sociales.
2. Además, en el caso de que el paciente no pueda presentar ninguno de los documentos mencionados anteriormente, UW Medicine recurrirá a las declaraciones escritas y firmadas de la parte responsable o de cualquier otra parte donde se describan los ingresos del solicitante. Si nada de lo mencionado anteriormente está disponible, UW Medicine puede tomar una decisión basándose en el conocimiento

- de una concesión anterior de la asistencia financiera de UW Medicine o una representación verbal.
3. Toda la información relacionada con la solicitud será confidencial. Las copias de los documentos que respaldan la solicitud se conservarán junto con el formulario de solicitud de la asistencia financiera durante siete años.

Es posible que UW Medicine no exija los requisitos de ingresos, la documentación o la verificación si la elegibilidad para la asistencia financiera es obvia. El personal de UW Medicine actuará con discreción en situaciones en las que existan factores como problemas sociales o de salud. En tales casos, UW Medicine recurrirá a las declaraciones escritas y firmadas de la parte responsable para tomar la decisión definitiva sobre la elegibilidad.

UW Medicine informará su decisión sobre la elegibilidad a las personas que soliciten la asistencia financiera dentro de los 14 días de haber recibido la solicitud completa y la documentación de respaldo del paciente. La aprobación, solicitud de información adicional o denegación de la asistencia financiera deben presentarse por escrito e incluir las instrucciones relacionadas con la apelación o reconsideración. Si UW Medicine deniega la asistencia financiera, debe notificar al solicitante los motivos de dicha denegación. Si se deniega, el paciente o garante pueden proporcionar documentación adicional a UW Medicine o solicitar una revisión dentro de los 30 días a partir de la recepción del aviso de denegación. Si esta revisión confirma la denegación anterior de la asistencia financiera, se enviará un aviso escrito al paciente o garante y al Department of Health de acuerdo con la ley estatal.

UW Medicine no tiene en cuenta los bienes a la hora de determinar la elegibilidad para recibir la asistencia financiera. UW Medicine puede tener en cuenta los bienes y recopilar información relacionada con estos para determinar la elegibilidad por dificultades económicas.

CRITERIOS FINANCIEROS

En el caso de que la parte responsable pague una parte o la totalidad de los cargos relacionados con los servicios médicos hospitalarios o no hospitalarios apropiados, se reembolsarán todos esos pagos a la parte responsable en un plazo de 30 días a partir de la decisión de UW Medicine de que el paciente es elegible para recibir la asistencia financiera. Si se aprueba la asistencia financiera parcial, los reembolsos se proporcionarán después de solicitar los pagos anteriores del paciente. Puede obtener más información en la Política de facturación y cobro del hospital correspondiente.

Los ingresos familiares anuales del solicitante se determinarán a partir del momento en que se prestaron los servicios médicos hospitalarios o no hospitalarios apropiados, o en el momento de la solicitud de la asistencia financiera si esta se presenta en un plazo de dos años a partir del momento del servicio, si el paciente se esforzó lo suficiente para pagar los servicios de atención médica proporcionados y si demuestra que es elegible para recibir la asistencia financiera.

Para los servicios profesionales o en centros de Airlift Northwest, Harborview Medical Center, UW Medical Center, UW Physicians, Valley Medical Center y UW Medicine Primary Care:

- Del 0 % al 300 % del nivel de pobreza federal (Federal Poverty Level, FPL) para un descuento del 100 % en la asistencia financiera

Solo para servicios en centros con fechas de alta a partir del 1.º de julio de 2022 en Harborview Medical Center, UW Medical Center y Valley Medical Center:

- Del 301 % al 350 % del FPL para un descuento del 75 % en la asistencia financiera
- Del 351 % al 400 % del FPL para un descuento del 50 % en la asistencia financiera

LIMITACIÓN DE LOS CARGOS

Valley Medical Center limita los montos cobrados por la atención de emergencia o de otro tipo que sea necesaria desde el punto de vista médico a las personas que sean elegibles para recibir la asistencia en virtud de esta Política de asistencia financiera a no más que los montos generalmente facturados (amounts generally billed, AGB) a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención y no puede cobrarles los "gastos brutos". Consulte el título 26, sección 501(r)(5)(A) y (B) del U.S.C. Para obtener más información, consulte el anexo.

Estos límites en los AGB no se aplican a otras entidades dentro del ámbito de la definición de "UW Medicine"

en el marco de esta Política de asistencia financiera.

PROCEDIMIENTO

Partes responsables: asesoramiento financiero o servicios financieros para los pacientes

A. Directrices/pasos

UW Medicine ofrece una evaluación exhaustiva de los pacientes y la concientización sobre la asistencia financiera. Además, hará todo lo posible a fin de que se determine la cobertura de terceros para la atención médica necesaria desde el punto de vista médico. UW Medicine indagará para conocer si el paciente o su garante cumplen con los criterios de cobertura de atención médica en el marco de programas de asistencia médica conforme al capítulo 74.09 del RCW o la Washington Health Benefit Exchange. Si la información de la solicitud de asistencia financiera indica que el paciente o su garante son elegibles para recibir la cobertura, UW Medicine ayudará al paciente o garante a presentarla. Además, contamos con asesores capacitados que le brindarán ayuda en relación con lo siguiente:

- Preguntas sobre la cobertura.
- Acceso a los servicios de interpretación.
- Inscripción en Medicaid del estado de Washington, Medicare y Health Benefit Exchange del estado de Washington.

Los pacientes o garantes se identifican para la evaluación de la asistencia financiera en varias instancias, por ejemplo, antes del servicio/programación, durante su visita/registro y después del servicio/cobro.

La concientización sobre la asistencia financiera incluye lo siguiente:

- Hay carteles en las áreas públicas clave del hospital, el Departamento de Emergencias y las clínicas en idiomas hablados por más del cinco por ciento (5 %) de la población o por 1000 personas, lo que sea menor, en el área de servicio del hospital correspondiente. Hay carteles virtuales en MyChart para los pacientes que solicitan citas de manera electrónica.
- UW Medicine proporciona documentos de asistencia financiera en uwmedicine.org/financialassistance o valleymed.org/financialassistance.
- El personal está capacitado para comunicar la disponibilidad de la asistencia financiera y remitir a los pacientes para que obtengan ayuda.
- UW Medicine estableció un programa de capacitación anual estandarizado sobre su Política de asistencia financiera y el uso de los servicios de interpretación con el fin de ayudar a las personas que no hablan inglés o que tienen un dominio limitado del idioma a comprender la información sobre dicha política. Esta capacitación es adecuada para el personal de primera línea que trabaja en las áreas de registro, admisión, emergencias y facturación, así como para otro tipo de personal apropiado, para responder las preguntas sobre la asistencia financiera de forma eficaz, obtener los servicios de interpretación necesarios y derivar las consultas al departamento que corresponda de forma oportuna.
- En las comunicaciones de facturación de los pacientes, se ofrece asistencia financiera disponible en inglés y español (el segundo idioma más hablado).

UW Medicine no iniciará las gestiones de cobro hasta que se tome una decisión inicial sobre el estado de elegibilidad para la asistencia financiera. Cuando UW Medicine determine inicialmente que un paciente puede ser elegible para recibir la asistencia financiera, todas y cada una de las acciones de cobro extraordinarias (incluidas las demandas civiles, los embargos de salarios y las denuncias a las agencias de cobro o crédito) cesarán a la espera de una decisión definitiva sobre la elegibilidad para recibir dicha asistencia. No obstante, como se establece en el capítulo 246-453-020 (5) del WAC, el hecho de que el paciente o la parte responsable no completen de manera razonable los procedimientos de solicitud de la asistencia financiera en el marco de esta política será un motivo suficiente para que UW Medicine inicie las gestiones de cobro dirigidas al paciente. Por lo tanto, a los efectos de esta política, el paciente o la parte responsable no completan de manera razonable los procedimientos de solicitud de la asistencia financiera si no presentan los materiales de solicitud en un plazo de 15 días hábiles a partir de su recepción. Cualquier gestión de cobro se detendrá si el paciente o la parte responsable retoman el proceso de solicitud.

Las cuentas asignadas a una agencia de cobros y con sentencia judicial ya no son elegibles para la consideración de la asistencia financiera. El paciente puede solicitar la asistencia financiera en cualquier momento antes de que la cuenta reciba una sentencia judicial.

FECHAS DE REVISIÓN: 2 de marzo de 2015, 23 de marzo de 2016, 18 de abril de 2016, 2 de octubre de 2017, 1.º de octubre de 2018, 29 de mayo de 2019, 1.º de enero de 2020, 12 de enero de 2022, 1.º de julio de 2022, 15 de febrero de 2024

ANEXO:

Directrices sobre los montos generalmente facturados (AGB)

Anexo

Directrices sobre los montos generalmente facturados (AGB)

Si recibe asistencia en virtud de la Política de asistencia financiera de UW Medicine, Valley Medical Center no puede cobrarle más que los montos generalmente facturados (AGB) a las personas que tienen un seguro que cubre los mismos servicios. La sección 501(r)(5) del Internal Revenue Service (IRS) exige a los hospitales de la sección 501(c)(3) que limiten los montos que se cobran a las personas elegibles para la Política de asistencia financiera a menos de los gastos brutos de esa atención. Al paciente o garante elegible para recibir la asistencia financiera se les “cobrarán” únicamente la parte de la factura correspondiente a la responsabilidad del paciente, después de que se hayan aplicado todos los ajustes y los pagos del seguro (si corresponde).

Valley Medical Center determina los AGB de acuerdo con el “método retroactivo” multiplicando los gastos brutos de esa atención por uno o varios porcentajes de los gastos brutos denominados “porcentaje de los AGB”. El porcentaje de los AGB se calcula anualmente dividiendo el monto total de todas las reclamaciones de Valley Medical Center que fueron admitidas por los seguros de salud durante el período de 12 meses anterior por la suma de los gastos brutos asociados a dichas reclamaciones. A estos efectos, el monto total admitido por el seguro de salud incluye el monto que reintegrará el seguro y el monto (si lo hubiere) que le corresponde pagar al paciente o garante en forma de copagos, coaseguros o deducibles. El cálculo de los AGB se realiza anualmente. Una vez que se apruebe la elegibilidad para recibir la asistencia financiera, Valley Medical Center aplicará los ajustes de la asistencia financiera correspondientes según las Directrices federales de pobreza. Si el saldo adeudado es superior al monto admitido de los AGB, se aplicará un ajuste adicional al saldo para reducirlo al porcentaje de los AGB.

Entidad	Tasa de los AGB combinada de hospitales y profesionales (vigente a partir del 1.º de julio de 2022)	Preguntas
Valley Medical Center	31 %	425.690.3578

De acuerdo con la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, los hospitales sin fines de lucro y reconocidos como organizaciones de la sección 501(c)(3) (incluido **Valley Medical Center**) deben limitar los montos cobrados por la atención de emergencia u otro tipo de atención necesaria desde el punto de vista médico proporcionada a las personas elegibles para recibir la asistencia en virtud de esta Política de asistencia financiera a no más que los montos generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención y no pueden cobrarles los “gastos brutos”. *Consulte* el título 26, sección 501(r)(5)(A) y (B) del U.S.C. Valley Medical Center cumple con este requisito, ya que cancela todos los cargos de las personas que reúnen los requisitos para recibir la asistencia financiera en virtud de esta política. Valley Medical Center proporciona información relacionada con esta política a los organismos sin fines de lucro y públicos locales que abordan las necesidades de salud de las poblaciones de bajos ingresos de sus respectivas comunidades. Además, Valley Medical Center cuenta con resúmenes de esta política en términos sencillos, disponibles en los idiomas hablados por más del 5 % de la población o por 1000 personas, lo que sea menor, en el área de servicio del hospital correspondiente. Valley Medical Center proporcionará copias de esta política, su resumen en términos sencillos y la solicitud de manera gratuita en sus sitios web, a pedido en los lugares donde se presten los servicios médicos y por correo de los Estados Unidos a Valley Medical Center Financial Counseling, 400 South 43rd St., Renton, WA 98055-5010; (425) 690-3578; (horario de atención: de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.).