

Alcance

Esta política se aplica a los pacientes económica o médicamente indigentes que no pueden pagar de otro modo sus servicios de atención médica de emergencia o médicamente necesarios prestados por CAMC o en CAMC por una entidad considerablemente relacionada.

Esta política se aplica a los servicios prestados de atención médica para pacientes ingresados o ambulatorios en CAMC que sean de emergencia o médicamente necesarios. (Ver la Lista de Proveedores Participantes en el sitio web de CAMC: <https://www.camc.org/patients-and-visitors/billing-insurance-and-financial-assistance/financial-assistance>. También se puede obtener una copia impresa en la Unidad de asistencia económica).

Política

CAMC se compromete a dar asistencia económica a los pacientes que sean elegibles como médica o económicamente indigentes y que no puedan pagar de otro modo sus servicios de atención médica de emergencia o médicamente necesarios, mientras mantiene su compromiso con la educación y los servicios a la población en general, de acuerdo con la estabilidad económica del sistema de salud. En cumplimiento de este compromiso, se establecerá una revisión anual del costo y la atención gratuitas mediante un proceso de presupuesto operativo diseñado para monitorear el nivel de atención a los indigentes.

CAMC ofrece asistencia económica a los pacientes sobre la base de la necesidad económica y no tiene en cuenta la raza, la religión o la afiliación religiosa, la edad, el sexo, la orientación sexual, el estatus migratorio o cualquier otra característica protegida por las leyes federales, estatales o locales.

CAMC da, sin discriminación, atención a individuos con condiciones médicas de emergencia, sin importar si son elegibles para la asistencia económica. Están prohibidas las acciones que desanimen a las personas a buscar atención de emergencia, como exigir a los pacientes del departamento de emergencias que paguen antes de recibir el tratamiento para condiciones médicas de emergencia o las actividades de cobro de deuda que interfieren con la prestación de la atención médica de emergencia.

CAMC ha establecido políticas y procedimientos por escrito para describir nuestro compromiso de cumplir todas las leyes y reglamentaciones federales y estatales aplicables y las normas y prácticas éticas.

Esta política establece un procedimiento estándar para identificar a los pacientes que son económica o médicamente indigentes y que no pueden pagar de otro modo sus servicios de atención médica de urgencia o médicamente necesarios. Esta política establece la elegibilidad para el Programa de asistencia económica de CAMC, crea el proceso para que los pacientes envíen una solicitud de asistencia económica y describe cómo CAMC dará a conocer el Programa de asistencia económica. La política establece un proceso equitativo y congruente para evaluar

las solicitudes de asistencia económica, para que a todos los pacientes que envíen una solicitud o reciban asistencia económica los traten con dignidad y respeto.

Definiciones

La cantidad generalmente facturada (ABG) se refiere a la cantidad que generalmente se les factura a los pacientes asegurados por tratamientos de emergencia o médicamente necesarios.

Los activos incluyen, entre otros: bienes inmuebles, automóviles, vehículos recreativos, cuentas bancarias, propiedades en alquiler, pagos de seguros a gran escala, beneficios que no son dinero en efectivo y otras inversiones.

Las medidas extraordinarias de cobro (ECA) incluyen: la venta de la deuda de un paciente, dar información negativa sobre el individuo a las agencias de información crediticia de los consumidores o a las oficinas de crédito, la adopción de medidas que exigen un proceso legal o judicial, o la exigencia de pago por la prestación de una atención médicamente necesaria debido a la falta de pago del paciente por la atención prestada previamente cubierta por el Programa de asistencia económica.

Los servicios de emergencia se refieren al tratamiento de una condición médica de emergencia como se define en 42 U.S.C. § 1395dd.

Por asistencia económica se entiende el tratamiento médicamente necesario que da un hospital gratis o a un costo reducido, para pacientes que no pueden pagar y se consideran elegibles según esta política y procedimiento.

Por **ingresos** se entiende el total de ingresos en efectivo anual antes de impuestos de todas las fuentes. Los ingresos incluyen: dinero, sueldos y salarios antes de las deducciones; ingresos netos del trabajo por cuenta propia, pagos periódicos del seguro social, ingresos por jubilación, subsidio de desempleo, beneficios por huelga de los fondos sindicales, compensación de los trabajadores, pagos a veteranos, asistencia pública y subsidios de capacitación; pensión alimenticia, manutención de menores y asignaciones a las familias de los militares; pensiones privadas, pensiones de los empleados públicos y pagos regulares de seguros o anualidades; becas, ayudas, becas de investigación y subespecialidades universitarias; y dividendos, intereses, ingresos netos por alquileres, cánones netos, ingresos periódicos de herencias o fideicomisos, ganancias de capital y premios netos de juegos de azar o lotería.

Médicamente necesario se refiere a los servicios de atención médica que son razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.

Se entiende por **determinación posible** la decisión de que un paciente es elegible para un programa de asistencia económica sobre la base de ciertos criterios distintos de la información dada por el paciente o sobre la base de una determinación previa de elegibilidad.

El término **sin seguro** se refiere a un paciente que no tiene un seguro que lo ayude a pagar los servicios de atención médica.

El término **seguro insuficiente** se refiere a un paciente que tiene algún tipo de seguro que ayuda a pagar los servicios de atención médica, pero cuyos gastos de bolsillo superan su capacidad de pago.

Procedimiento

(a) Criterios de elegibilidad para la asistencia económica y base de cálculo de las cantidades cobradas

(i) Los pacientes que no pueden pagar los cargos del hospital por servicios de atención médica de emergencia o médicamente necesarios pueden ser elegibles para el Programa de asistencia económica de CAMC.

(ii) Los pacientes elegibles pueden no tener seguro, tener un seguro insuficiente o no ser elegibles para ningún programa de asistencia local, estatal o federal.

(iii) Los pacientes deben presentar primero los reclamos al seguro por los servicios de atención médica de emergencia o médicamente necesarios que hayan recibido para agotar cualquier cobertura del seguro y así ser elegibles para pedir asistencia económica, incluyendo enviar una solicitud a los programas de asistencia local, estatal y federal para la cobertura (por ejemplo: Medicaid). Los consejeros económicos están disponibles para ayudar a los pacientes a enviar una solicitud a Medicaid. Los pacientes deben dar toda la información necesaria a CAMC o a su compañía de seguros para poder ser elegibles a la asistencia económica.

(iv) Los pacientes pueden no ser elegibles si se niegan a aplicar a un programa de asistencia local, estatal y federal, como Medicaid.

(v) Los pacientes pueden no ser elegibles si están cubiertos por una compañía comercial que:

(A) No tenga contrato con CAMC y no pague beneficios fuera de la red a CAMC; y

(B) No autorice la prestación de servicios en CAMC

(vi) CAMC puede evaluar varios factores para determinar la elegibilidad de un paciente para asistencia económica, incluyendo:

(A) los ingresos individuales o de la familia/grupo familiar;

(B) el tamaño de la familia;

(C) los activos individuales o familiares (por ejemplo: ahorros del grupo familiar del paciente, cuenta de cheques, activos de inversión, activos inmobiliarios y la situación económica general); y

(D) los gastos mensuales (gastos de mantenimiento del grupo familiar del paciente, incluyendo los gastos médicos y otras necesidades básicas);

(vii) CAMC determinó que los pacientes que reciben asistencia de ciertas agencias federales o estatales posiblemente califiquen para la asistencia económica. Algunos ejemplos de estas agencias incluyen, entre otros:

- El Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Menores (WIC)
- El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- El Programa de Seguro Médico para Menores (CHIP)
- Medicaid con reducción de gastos¹
- El beneficiario calificado de Medicare (QMB)/beneficiario de Medicare con ingresos limitados especificados (SLMB)

Necesita una verificación de la inscripción; no una prueba de ingresos o bienes. Los pacientes que posiblemente califican recibirán un descuento total del saldo adeudado por sus servicios de atención médica de emergencia o médicamente necesarios. La posible calificación se aplica únicamente a las personas inscritas en el programa correspondiente; no a todo el grupo familiar, a menos que todos los miembros de la unidad familiar estén inscritos.

(viii) Los pacientes que presenten una tarjeta del Programa de Acceso de la Comunidad (CAP) o una remisión de West Virginia Health Right posiblemente califiquen para la asistencia económica y reciban un descuento total del saldo adeudado. Se ofrecerá a estos pacientes ayuda para obtener cobertura de seguro, si no la tienen, pero no será necesario que la pidan para poder enviar una solicitud para ser elegibles a la asistencia económica.

(ix) CAMC también puede determinar una posible elegibilidad usando un estimador de asistencia económica para las cantidades adeudadas de las visitas anteriores. Este proceso de cálculo de la asistencia económica solo se usará para aprobar a personas o identificar a pacientes elegibles para la asistencia económica. La determinación se hace con la información a la que se accede mediante las bases de datos de registros públicos y ofrece un descuento total en el saldo adeudado por el paciente por las visitas anteriores elegibles.

¹ Las personas inscritas en la Red de Incentivos Laborales de Medicaid ("M-WIN") posiblemente no califican para recibir asistencia económica, pero pueden ser elegibles según las directrices de elegibilidad de ingresos.

(x) Los pacientes deben tener menos de \$50,000 en activos totales, excluyendo la residencia principal y el auto principal, para poder ser elegibles de la asistencia económica.

(xi) CAMC usará las Directrices Federales de Pobreza² para determinar la cantidad de asistencia económica que se aplicará si no hay otros recursos económicos disponibles, como se indica abajo:

(A) los pacientes que ganen no más del 200 % de las Directrices Federales de Pobreza recibirán un descuento total del saldo adeudado por los servicios de atención médica de emergencia o médicamente necesarios; y

(B) los pacientes que ganen entre el 200 % y el 300 % de las Directrices Federales de Pobreza recibirán un descuento del 56 % en el saldo adeudado por los servicios de atención médica de urgencia o médicamente necesarios.

(xii) CAMC determina la cantidad generalmente facturada ("AGB") por el método de actualización. El AGB actual y una explicación de su cálculo se pueden encontrar en el sitio web de CAMC en <https://www.camc.org/patients-and-visitors/billing-insurance-and-financial-assistance/financial-assistance> o comunicándose con la Unidad de asistencia económica en el (304) 388-6496 o al (304) 388-6406.

(xiii) Después de determinar la elegibilidad para la asistencia económica, CAMC no cobrará a los pacientes que sean elegibles para asistencia económica por los servicios de atención médica de emergencia y otros servicios médicamente necesarios, más que las cantidades generalmente facturadas.

(xiv) Los cargos por los procedimientos de elección u otros servicios de atención médica opcionales no son elegibles para la asistencia económica. Solo los costos de los servicios de atención médica de emergencia o médicamente necesarios son elegibles para la asistencia económica. Consulte el Apéndice A para ver ejemplos de servicios que no son elegibles para la asistencia económica. Cualquier excepción la debe aprobar anticipadamente el director general o el director financiero de CAMC.

(xv) La asistencia económica no está disponible para los servicios de atención médica relacionados con un reclamo por lesiones personales, una demanda legal o un reclamo de compensación de los trabajadores, a menos que existan circunstancias excepcionales, como dificultades personales o privaciones económicas excesivas.

² (Ver las Directrices Federales de Pobreza en el sitio web de CAMC: <https://www.camc.org/patients-and-visitors/billing-insurance-and-financial-assistance/financial-assistance>).

(xvi) CAMC concede asistencia económica a los pacientes sobre la base de una determinación individual de necesidad económica y no tiene en cuenta la raza, religión, edad, sexo, orientación sexual, afiliación religiosa, estatus migratorio o cualquier otra característica protegida por las leyes federales, estatales o locales.

(xvii) CAMC ofrecerá un descuento del 56 por ciento de los cargos brutos para la atención médica de emergencia y medicamento necesaria a los pacientes sin seguro que no califican para el Programa de asistencia económica. Los pacientes que están cubiertos por un seguro de responsabilidad civil (por ejemplo: de automóvil, de casa, de responsabilidad civil) no se consideran sin seguro y los descuentos se determinarán de manera individualizada.

(b) Método para enviar una solicitud de asistencia económica y revisión de la solicitud

(i) Un paciente o su representante legal debe completar y firmar una Solicitud de asistencia económica para que lo consideren para el Programa de asistencia económica.

(ii) La solicitud de asistencia económica debe completarla en su totalidad y firmarla el solicitante.

(iii) La solicitud debe incluir la documentación necesaria para que CAMC verifique los ingresos del grupo familiar, los bienes y los gastos mensuales. La información relacionada con la documentación de apoyo necesaria se incluye en la solicitud.

(iv) El período de solicitud de asistencia económica comienza en la fecha en que CAMC haya dado el tratamiento de calificación y finaliza en lo que ocurra último:

(A) 240 días después de entregar al paciente el primer estado de cuenta después del alta; o

(B) el plazo incluido en una declaración por escrito enviada por CAMC que notifica al paciente del Programa de Asistencia Económica; o

(C) un período razonable después de que se notifique al paciente que CAMC ha determinado que el paciente es posiblemente elegible para recibir una ayuda menor que la más elevada.

(v) La Unidad de asistencia económica da ayuda para enviar una solicitud y más información sobre la asistencia económica. Los consejeros de asistencia económica están situados en el área de registro de cada hospital (CAMC Memorial, 3200 Maccorkle Ave SE, Charleston, WV 25304; CAMC General, 501 Morris St., Charleston,

WV 25301; CAMC Women and Children's, 800 Pennsylvania Ave, Charleston, WV 25302; CAMC Teays Valley, 1400 Hospital Drive, Hurricane, WV 25526). Los pacientes pueden comunicarse con ellos llamando al (304) 388-6496 o al (304) 388-6406 en horario de oficina.

(vi) El personal de Servicios financieros para pacientes de CAMC revisará la solicitud y determinará si se ofrecerá asistencia económica y la cantidad. Se puede hacer una revisión de crédito para verificar la información del solicitante.

(vii) Los pacientes recibirán notificación de la decisión de CAMC en el plazo razonable de tiempo después de que CAMC reciba la solicitud completa.

(viii) Si CAMC determina que la solicitud del paciente está incompleta, lo notificará al paciente y pedirá la información que falta. El paciente debe presentar la información antes de que finalice el período de solicitud.

(ix) Si CAMC determina que el paciente es elegible para recibir asistencia económica, en la carta de notificación se dirá la cantidad del descuento concedido y cuánto tendrá que pagar el paciente, si es el caso. La carta incluirá información sobre los planes de pago, si corresponde.

(x) Si CAMC determina que el paciente no es elegible para la asistencia económica, la carta de notificación incluirá información sobre los planes de pago. El paciente puede volver a pedir asistencia económica transcurridos 45 días o si el paciente ha tenido un cambio importante en sus ingresos o en su situación familiar.

(xi) CAMC ofrecerá planes de pago razonables para las cantidades que queden después de que se haya determinado la cantidad de asistencia económica.

(xii) La asistencia económica puede concederse antes o después.

(xiii) Una vez que CAMC haya determinado que un paciente es elegible para recibir asistencia económica, el paciente no tendrá que volver a pedirla por un período de un año.

(xiv) Si se descubre que un solicitante ha ocultado información que se pidió en el formulario de solicitud de asistencia económica o ha dado información falsa podrá anularse o denegarse el ajuste de asistencia económica aprobado o pendiente.

(c) Medidas de cobro

(i) CAMC puede ofrecer planes de pago ampliados y no enviará las facturas pendientes de pago a una agencia de cobro en el

caso de los pacientes que califiquen para recibir asistencia económica y que estén cooperando de buena fe para pagar.

(ii) Si un paciente que ha calificado para recibir asistencia económica no cumple los términos de pago acordados durante más de 60 días, la cuenta puede remitirse a una agencia de cobro.

(iii) Facturación y esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de la asistencia económica. CAMC trata de determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia según esta política antes o en el momento del ingreso o del servicio. Si no se ha determinado que un paciente es elegible para recibir asistencia económica antes del alta o del servicio, CAMC facturará la atención. CAMC facturará directamente a los pacientes sin seguro los gastos incurridos. Los pacientes recibirán una serie de estados de cuenta a lo largo de un período de 120 días a partir de la fecha de alta del paciente y se entregarán en la dirección registrada por el paciente. Solo los pacientes con un saldo pendiente de pago recibirán un estado de cuenta. Los estados de cuenta incluyen un aviso de esta política y de cómo enviar una solicitud de asistencia económica. Los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad incluyen: la notificación al paciente de CAMC de la política en el momento del ingreso y en las comunicaciones por escrito y orales con el paciente en relación con la factura del paciente, un esfuerzo para notificar al individuo sobre la política y el proceso de enviar una solicitud de asistencia al menos 30 días antes de tomar medidas para iniciar cualquier medida de cobro extraordinaria, y una respuesta por escrito a cualquier solicitud de asistencia económica para la asistencia según esta política presentada en el plazo de 240 días de la primera declaración de facturación con respecto al saldo no pagado o, si es posterior, la fecha en que una agencia de cobro que trabaja en nombre de CAMC devuelve el saldo no pagado a CAMC.

(iv) Medidas de cobro de saldos no pagados. Después de 120 días desde el primer estado de cuenta después del alta al paciente, si un paciente tiene un saldo no pagado y no hay una solicitud de asistencia económica pendiente, la cuenta del paciente puede remitirse a una agencia de cobro o a un bufete de abogados para cobrar el saldo no pagado. CAMC y sus agencias de cobro/bufetes de abogados pueden llamar por teléfono, enviar cartas, informar a las agencias de crédito, iniciar un proceso civil, embargar el salario, embargar bienes muebles o inmuebles, embargar la cuenta bancaria de un individuo o cualquier otra propiedad personal, y otras medidas de cobro similares.

NOTA: Un paciente puede enviar una solicitud de asistencia económica según esta política incluso después de que el saldo no pagado del paciente se haya remitido a una agencia de cobro o a un bufete de abogados.

(v) En ningún caso se retrasarán o denegarán los servicios de emergencia a un paciente debido a un saldo no pagado. En ningún caso se retrasará o denegará la atención médicamente necesaria a un paciente antes de que se hayan hecho los esfuerzos razonables para determinar si el paciente puede calificar para recibir asistencia económica. Un paciente sin seguro que busca programar nuevos servicios y no se ha considerado elegible para la asistencia económica puede comunicarse con un asesor económico que notificará al paciente de la política y lo ayudará a iniciar una solicitud de asistencia económica si la pide.

(vi) Revisión y aprobación. Los servicios económicos para pacientes de CAMC tienen la autoridad de revisar y determinar si se hicieron los esfuerzos razonables para evaluar si un paciente es elegible para recibir asistencia según la política, de manera que se puedan tomar medidas extraordinarias de cobro por un saldo no pagado.

(d) Publicidad

(i) A todos los pacientes se les dirá del Programa de asistencia económica de CAMC y recibirán una copia de esta política, el resumen en lenguaje sencillo y la solicitud de asistencia económica como parte del proceso de registro o de alta.

(ii) Los avisos sobre el Programa de asistencia económica de CAMC se publicarán en varios lugares del hospital, incluyendo cada área de registro. Estos lugares también tendrán copias de esta política, el resumen en lenguaje sencillo y la solicitud de asistencia económica que están disponibles cuando se pidan.

(iii) Se distribuirán avisos sobre el programa de asistencia económica de CAMC, y copias de esta política, el resumen en lenguaje sencillo y la solicitud de asistencia económica, a las agencias públicas locales y a las organizaciones comunitarias que tratan las necesidades de salud de las poblaciones con ingresos limitados de la comunidad.

(iv) Una copia electrónica visible e imprimible de esta política, el resumen en lenguaje sencillo y la solicitud de asistencia económica estarán ampliamente disponibles en el sitio web de CAMC.

(v) CAMC enviará gratis por correo una copia de esta política, el resumen en lenguaje sencillo y la solicitud de asistencia económica, si lo pide comunicándose con la Unidad de asistencia económica llamando al (304) 388-6496 o al (304) 388-6406.

Documentación de apoyo

26 C.F.R. § 1.501(r)-1, -4 a -6

I.R.C. § 501

Enlaces

Política de asistencia económica Resumen en lenguaje sencillo

Formulario 17-7671: solicitud económica del paciente

Política y procedimiento 20SAA00221: evaluación y estabilización (EMTALA)

Política y procedimiento 20SAA00216: flujo de pacientes y desvío de ambulancias EMTALA

Política y procedimiento 20SAA00222: traslado y admisión de pacientes EMTALA

Apéndice A

Servicios opcionales no elegibles para la asistencia económica

Solo los procedimientos médicamente necesarios y de emergencia son elegibles según la política de asistencia económica.

Estos tipos de procedimientos o atención son un ejemplo de los que no se dan sobre la base de la asistencia económica:

1. Cirugía cosmética
2. Abortos opcionales
3. Diferenciales de las habitaciones privadas
4. Reversión de esterilizaciones
5. Esterilizaciones opcionales
6. Gastroplastia (cuando no hay riesgo de vida)
7. Bariátrica
8. Rehabilitación cardiaca
9. Fertilización in vitro
10. Otros procedimientos opcionales

Los pacientes admitidos para servicios opcionales deben pagar una cantidad calculada de los gastos totales antes del procedimiento, y luego pagar la totalidad de la diferencia después de la prestación del servicio.