

MID-COLUMBIA MEDICAL CENTER 1700 East 19th Street The Dalles, OR 97058	ALCANCE: Todos los proveedores y las instalaciones de Mid-Columbia Medical Center
TEMA/TÍTULO:  <b>ASISTENCIA ECONÓMICA</b>	
DEPARTAMENTO: Finanzas	PROPIETARIO: Director del Ciclo de Ingresos

**Propósito y/o declaración de política:**

- a) En esta política se estipulan las pautas para gestionar las solicitudes de asistencia económica de los pacientes que reciban atención en Mid-Columbia Medical Center (MCMC). Esta política se aplica a los pacientes de MCMC que reciban atención en hospitales, ambulatorios y clínicas operados por MCMC.

**Definiciones:**

Para los fines de esta política se aplican las siguientes definiciones:

Asistencia económica:

- b) Asistencia económica total que se proporciona a los pacientes con una incapacidad demostrada de pagar que hayan recibido servicios médicamente necesarios y que tengan ingresos familiares que no superen el 200% del nivel federal de pobreza.
- c) Asistencia económica parcial basada en una escala móvil de honorarios para los pacientes que hayan recibido servicios médicamente necesarios y que tengan ingresos familiares que superen el 200% pero no excedan del 400% del nivel federal de pobreza.
- d) En raras ocasiones, cuando el ingreso familiar supere el 400% del nivel federal de pobreza, se podría ofrecer asistencia económica si las circunstancias indican dificultades económicas graves o pérdidas económicas.
- e) Los saldos que queden después de que se aplique la asistencia económica se podrían pagar con un plan de pago mensual durante un período de 12 meses. MCMC podría optar por prorrogar los planes de pago más allá de 12 meses si es necesario.

Especialista financiero y de Medicaid: Un individuo capacitado para ayudar a los pacientes a identificar las fuentes de cobertura de la atención médica, determinar la elegibilidad para tal cobertura y ayudar a llenar las solicitudes necesarias para esa cobertura. Está disponible la asistencia para la solicitud de la elegibilidad presunta del Plan de Salud de Oregon y el Plan de Salud de Oregon llamando al 541-296-7221 y programando una cita con el defensor de atención económica del Departamento de Servicios para Pacientes y Visitantes.

Servicios médicamente necesarios: MCMC utiliza la "lista priorizada de servicios de salud" de la División de Programas de Asistencia Médica del Plan de Salud de Oregon para determinar si un servicio es médicamente necesario y elegible para la asistencia económica.

**Procedimiento:**

La filosofía de MCMC es humanizar, personalizar y desmitificar la experiencia de atención médica para los pacientes y sus familias. Nuestros valores son los servicios de atención médica de alta calidad y económicos para todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pagar. De acuerdo con esta filosofía, reconocemos que las facturas médicas correspondientes a los servicios médicamente necesarios son a menudo inesperadas y, en ocasiones, difíciles de pagar. El programa de asistencia económica de MCMC ofrece orientación y apoyo económico para respaldar nuestra misión de ofrecer una atención excepcional a los pacientes de la región de Mid-Columbia.

TEMA/TÍTULO:

**ASISTENCIA ECONÓMICA**

De acuerdo con los reglamentos de la Ley Federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto, no se evaluará a ningún paciente para determinar si necesita asistencia económica u obtener la información de pago antes de realizar un examen médico y, en la medida necesaria, prestar los servicios necesarios para tratar al paciente o estabilizarlo para la transferencia, según corresponda.

La solicitud de asistencia económica se puede hacer en cualquier momento antes, durante o después de la prestación de la atención. En el caso de la atención no urgente, los pacientes están obligados a presentar una solicitud antes de recibir los servicios o se podría exigir un depósito. MCMC ofrece un proceso de solicitud para determinar el interés inicial en la asistencia económica y la elegibilidad para la misma.

MCMC cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina, no excluye a las personas y no las trata de manera diferente sobre la base de la raza, el color, el origen nacional, la edad, una discapacidad, la religión, el sexo, y la identidad y/o expresión de género.

La asistencia económica no es automática. Un paciente o una parte responsable deben solicitar la asistencia económica para que sea considerada.

La asistencia económica requerirá una evaluación periódica para determinar los cambios en la elegibilidad. La asistencia económica solo se otorga para los procedimientos médicamente necesarios. MCMC utiliza la "lista priorizada de servicios de salud" de la División de Programas de Asistencia Médica del Plan de Salud de Oregon como una pauta para la determinación de los servicios cubiertos. La lista priorizada de servicios de salud se puede encontrar en <https://www.oregon.gov/oha/HPA/DSI-HERC/Pages/Prioritized-List.aspx>.

La asistencia económica es secundaria a todos los otros recursos económicos disponibles para el paciente, incluyendo los seguros, los programas gubernamentales, la responsabilidad de terceros, los programas de costos médicos compartidos y los activos líquidos. MCMC asiste a los pacientes con necesidades económicas renunciando a la totalidad o parte de los cargos por los servicios prestados por MCMC.

Los pacientes no asegurados que reciban servicios médicamente necesarios reciben automáticamente un descuento sobre la facturación del hospital o un descuento sobre la facturación profesional de los cargos brutos. Los porcentajes de descuento se actualizan anualmente. Si un paciente también es elegible para recibir asistencia económica, el descuento se aplicará al saldo restante. El descuento sobre los pagos por cuenta propia se aplica a todos los pacientes a nivel nacional, independientemente del estado de residencia. El descuento sobre los cargos por cuenta propia no se aplica a los pacientes internacionales. Los saldos con descuento para los pacientes sin cobertura de seguro se calculan como el monto de los descuentos correspondientes a Medicare, la organización de mantenimiento de la salud de Medicare y las compañías privadas de seguros de salud para un período anterior de 12 meses dividido entre los cargos brutos del paciente para esos pagadores.

La comunidad de los pacientes elegibles para los descuentos de asistencia económica atendidos por MCMC incluyen a todos los residentes del estado de Oregon y los pacientes que residan en los condados del estado de Washington adyacentes a Oregon (Benton, Clark, Klickitat, Skamania y Walla Walla). La documentación aceptada de prueba de residencia podría incluir las facturas de servicios públicos, un contrato de alquiler, un estado de cuenta de la hipoteca de la residencia, una licencia de conducir o una tarjeta de identificación. Se podrían solicitar pruebas adicionales de residencia dependiendo de las circunstancias individuales. En el caso de los pacientes que estén fuera de las áreas de servicio de arriba, consulte la política de descuento sobre los cargos por cuenta propia de MCMC. Se renunciará a los requisitos de residencia en Oregon o los condados fronterizos de Washington en las situaciones en las que el paciente sea un residente de los Estados Unidos y haya recibido servicios no programados de emergencia.

Un paciente es elegible para la consideración para la asistencia económica sobre la base de los resultados del proceso de evaluación económica y el cumplimiento de ciertos criterios de elegibilidad de ingresos según lo establecido por las pautas federales de pobreza de los Estados Unidos de la Subsecretaría de Planificación y Evaluación. Las pautas

Las copias impresas se consideran como documentos no controlados.

Por favor vea la versión actual en <https://mcmc.ellucid.com>.

Si usted debe utilizar una versión impresa de un documento, por favor asegúrese de utilizar la versión más reciente.

TEMA/TÍTULO:

**ASISTENCIA ECONÓMICA**

federales actuales de pobreza de los Estados Unidos de la Subsecretaría de Planificación y Evaluación se pueden encontrar en <http://aspe.hhs.gov/poverty/>.

Los saldos que queden después de que se aplique la asistencia económica se podrían pagar con un plan de pago mensual durante un período de 12 meses. MCMC podría optar por prorrogar los planes de pago más allá de 12 meses si es necesario. Se podrían ofrecer descuentos correspondientes a la cancelación del saldo mediante un pago único después del pago del seguro para los montos elegibles de pago.

Los servicios excluidos incluyen pero no se limitan a lo siguiente:

- a) Cualquier servicio considerado como no cubierto o médicamente innecesario por la División de Programas de Asistencia Médica del Plan de Salud de Oregon, según lo identificado por el emparejamiento de condiciones de salud y tratamientos de la Comisión de Revisión de Evidencias de Salud de Oregon conocido comúnmente como la "lista priorizada de servicios de salud". Estos emparejamientos han sido clasificados por prioridad de más importantes a menos importantes y posteriormente se les asignó un número de línea del 1 al 710. Los servicios priorizados como más importantes son financiados por el estado. El nivel de financiamiento se establece en una línea designada por el estado. Esto significa que cualquier emparejamiento que esté por encima de la línea se considera como financiado. Cualquier emparejamiento que esté por debajo de la línea se considera como no financiado. Los servicios que estén por debajo de la línea se categorizan típicamente como tratamientos que no tienen resultados beneficiosos, tratamientos por razones estéticas y condiciones que se resuelven por sí solas. Además, el estatuto revisado 410-120-1200 de Oregon titulado "Servicios excluidos y limitaciones" excluye algunos servicios médicos del financiamiento.
- b) Por lo general los servicios prestados a un paciente que opte por venir a Mid-Columbia Medical Center fuera de la red de su plan de seguro no están cubiertos. Se podrían hacer excepciones cuando se obtengan las autorizaciones apropiadas fuera de la red y después de que se reciba el pago de la compañía de seguros.
- c) Los copagos de acuerdo con los planes de seguro, con la excepción de los copagos que excedan de los \$500 por fecha de servicio.
- d) Los pacientes que no sean responsables de la factura debido al apoyo financiado por una comunidad o agencia.
- e) Los pacientes que tengan un seguro pero opten por no utilizar la cobertura.
- f) Los procedimientos de cirugía estética electiva.
- g) Otros tratamientos médicos electivos (los ejemplos incluyen pero no se limitan a los servicios de infertilidad, los servicios de andrología, la esterilización (con la excepción de la ligadura bilateral interna de trompas postparto), la reversión de la esterilización, la circuncisión, la cirugía ocular LASIK y los exámenes de rutina de la vista).
- h) Los medicamentos de venta con receta o suministros entregados por la farmacia para llevar a casa.
- i) Los equipos médicos. Por ejemplo, los lentes y lentes de contacto.

Esta política de asistencia económica no se aplica a las facturas de los médicos, profesionales y proveedores independientes, tales como los radiólogos, los anesthesiólogos, los patólogos, la medicina de emergencia y otros especialistas.

**Paciente o parte responsable**

Para determinar la capacidad de pago del paciente, el paciente o la parte responsable deben llenar una "declaración de recursos económicos" y devolver la solicitud junto con la documentación de apoyo en el sobre proporcionado.

El paquete de la declaración de recursos económicos contiene una hoja de instrucciones en la que se proporcionan recursos y números de teléfono para los pacientes que necesiten asistencia para llenar la declaración de recursos económicos. Esta declaración se debe presentar antes de recibir los servicios.

Las copias impresas se consideran como documentos no controlados.

Por favor vea la versión actual en <https://mcmc.ellucid.com>.

Si usted debe utilizar una versión impresa de un documento, por favor asegúrese de utilizar la versión más reciente.

TEMA/TÍTULO:

**ASISTENCIA ECONÓMICA**

Si hay un cambio sustancial en las circunstancias que afecten la elegibilidad, el paciente o la parte responsable deben notificar de inmediato a la oficina de negocios llamando al (541) 296-7619.

Si el paciente llega a ser elegible para la cobertura de acuerdo con un programa estatal o federal, el paciente estará obligado a solicitar la cobertura antes de que se apruebe cualquier asistencia adicional. Está disponible la asistencia para la solicitud de la elegibilidad presunta del Plan de Salud de Oregon y el Plan de Salud de Oregon llamando al (541) 296-7221 y programando una cita con el defensor de atención económica del Departamento de Servicios para Pacientes y Visitantes.

Si un paciente sigue recibiendo atención más allá del período aprobado de elegibilidad, el paciente o la parte responsable deben volver a presentar una solicitud para la continuación de la asistencia económica.

Si el paciente es elegible para un descuento parcial, el paciente estará obligado a pagar su parte en el momento del servicio.

**Citas no urgentes**

En el caso de las citas no urgentes, a los pacientes se les dirigirá a la oficina de negocios para completar el proceso de evaluación económica antes de programar la visita al consultorio o el procedimiento.

- a) Esto permite que los pacientes sean informados de su responsabilidad económica antes de recibir los servicios.
- b) Si el paciente prefiere no esperar, estará obligado a pagar un depósito antes del servicio para los servicios ambulatorios no urgentes.
- c) El paciente todavía puede completar el proceso de evaluación económica. Sin embargo, no hay garantía de que será elegible.
- d) Los pacientes que no sean elegibles serán responsables de cualquier saldo restante.
- e) Si se aprueba una asignación económica para el paciente, se reembolsará el monto cobrado como un depósito que exceda la responsabilidad del paciente.

**Ley Federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto y tratamiento del paciente**

Una vez que se cumpla con los requisitos de la Ley Federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto, los pacientes identificados por medio del proceso de inscripción como pacientes sin Medicare/Medicaid, otra asistencia económica local para la atención médica o un seguro adecuado de salud recibirán un paquete de declaración de recursos económicos.

**Revisión de la solicitud**

El proceso inicial de revisión de la solicitud para determinar el nivel de asistencia económica incluirá la evaluación de lo siguiente:

- a) La información precisa y completa de la declaración de recursos económicos.
  - o Las copias de todos los documentos exigidos.
  - o La prueba de que se ha cumplido con los requisitos de elegibilidad basados en los requisitos de residencia. No se considera que los individuos que residan en los Estados Unidos con una visa de estudiante o una visa temporal hayan cumplido con los requisitos de residencia.
- b) La consideración para la asistencia incluirá una revisión de los siguientes requisitos de la parte responsable:
  - o El historial de ingresos del grupo familiar.
  - o El tamaño de la familia.
  - o El número de dependientes.

Las copias impresas se consideran como documentos no controlados.

Por favor vea la versión actual en <https://mcmc.ellucid.com>.

Si usted debe utilizar una versión impresa de un documento, por favor asegúrese de utilizar la versión más reciente.

TEMA/TÍTULO:

**ASISTENCIA ECONÓMICA**

- Los activos líquidos.
  - La revisión potencial del historial de crédito.
- c) Una verificación aceptable de los ingresos y activos líquidos incluye pero no se limita a lo siguiente:
- Los talones de los cheques de pago correspondientes a los tres meses calendario completos anteriores a la fecha de solicitud.
  - Una copia de una declaración pertinente del impuesto sobre la renta federal o de Oregon.
  - La verificación de los beneficios del Seguro Social o los beneficios de desempleo.
  - La verificación de los ingresos provenientes de cualquier otra fuente.
  - A falta de ingresos y apoyo, se exigirá una declaración jurada de falta de ingresos.
  - También se podría exigir una carta de apoyo de los individuos que satisfagan las necesidades básicas de vida del paciente.
  - La documentación actual de los activos líquidos, tales como los estados de cuenta bancarios y de cooperativas de crédito actuales, y los valores actuales de los certificados de depósito, las acciones, los bonos o las cuentas de inversión.

Pautas federales de pobreza de los Estados Unidos de la Subsecretaría de Planificación y Evaluación

El porcentaje de asistencia económica se basa en el tamaño y los ingresos del grupo familiar de acuerdo con las pautas federales de pobreza de los Estados Unidos de la Subsecretaría de Planificación y Evaluación. Las pautas federales actuales de pobreza de los Estados Unidos de la Subsecretaría de Planificación y Evaluación se pueden encontrar en <http://aspe.hhs.gov/poverty/>.

<b>ESCALA MÓVIL DE HONORARIOS</b>	
Ingresos como porcentaje del nivel federal de pobreza	Asistencia económica Porcentaje de ajuste de la escala móvil
0-200%	100%
201-220%	90-99%
221-240%	80-89%
241-260%	70-79%
261-280%	60-69%
281-300%	50-59%
301-320%	40-49%
321-340%	30-39%
341-360%	20-29%
361-380%	10-19%
381-400%	0-9%

Concientización sobre el programa

El programa de asistencia económica de MCMC está disponible para nuestros pacientes por los siguientes medios pero no se limita a ellos:

- a) Folletos en los que se explican el proceso de facturación, los seguros y los acuerdos financieros.
- b) MCMC anuncia la existencia de la asistencia económica en nuestro sitio web en <https://www.mcmc.net/>, en el sitio web de la Guía de Hospitales de Oregon en <http://oregonhospitalguide.org/> y en esta política.
- c) Los estados de facturación incluyen información sobre la disponibilidad de la asistencia económica.
- d) El personal de MCMC podría compartir información sobre la asistencia económica con un paciente durante su estadía en MCMC.

Las copias impresas se consideran como documentos no controlados.

Por favor vea la versión actual en <https://mcmc.ellucid.com>.

Si usted debe utilizar una versión impresa de un documento, por favor asegúrese de utilizar la versión más reciente.

TEMA/TÍTULO:

**ASISTENCIA ECONÓMICA**

- e) MCMC ofrece servicio al cliente en relación con la asistencia económica de lunes a viernes por medio del correo confidencial de voz llamando al (541) 296-7500 o al (541) 296-7504.
- f) Está disponible la asistencia para la solicitud de la elegibilidad presunta del Plan de Salud de Oregon y el Plan de Salud de Oregon llamando al 541-296-7221 y programando una cita con el defensor de atención económica del Departamento de Servicios para Pacientes y Visitantes.

**Referencias:**

Pautas federales de pobreza de los Estados Unidos de la Subsecretaría de Planificación y Evaluación:

<http://aspe.hhs.gov/poverty/>

Comisión de Revisión de Evidencias de Salud: <https://www.oregon.gov/oha/HPA/DSI-HERC/Pages/index.aspx>

Lista priorizada de servicios de salud: <https://www.oregon.gov/oha/HPA/DSI-HERC/Pages/Prioritized-List.aspx>

Revisión/Fecha de revisión	Título	Descripción del cambio
<i>Creado en 1991</i>		
<i>Revisado el 5/25/04</i>		<i>Ninguno</i>
<i>Revisado el 4/19/05</i>		
<i>Revisado el 2/26/10</i>		<i>Ninguno</i>
<i>Revisado el 5/1/10</i>		<i>Ninguno</i>
<i>Revisado el 5/1/11</i>		
<i>Revisado el 8/1/11</i>		
<i>Revisado el 8/27/12</i>		
<i>Revisado el 11/1/13</i>		
<i>Revisado el 4/3/2018</i>		