

**TÍTULO:**

**Programa de asistencia financiera**

**POLÍTICA:**

La filosofía de MCCH enfatiza que el acceso a atención médica necesaria desde el punto de vista médico es una necesidad humana básica para todas las personas, independientemente de su capacidad de pago. MCCH reconoce que, en ciertos casos, puede ser necesario proporcionar atención médica a bajo costo o sin costo alguno a determinadas personas. Ningún paciente será privado de tratamientos o servicios **necesarios desde el punto de vista médico** debido a su capacidad de pago. La elegibilidad para recibir asistencia financiera se evaluará en función de los saldos pendientes del solicitante, ya sea porque no tiene seguro o porque su cobertura es insuficiente. Los subsidios por indigencia médica se otorgan a los pacientes que cumplen con los criterios establecidos en esta política o a aquellos en circunstancias excepcionales, las cuales se evaluarán caso por caso.

**RESPONSABILIDAD/  
ALCANCE:**

Esta política aplica a todos los centros, servicios y consultorios médicos que sean propiedad de MCCH.

**CRITERIOS:**

1. Servicios exentos
  - Servicios derivados de la participación en una actividad ilícita
  - Servicios que sean de naturaleza cosmética o plástica o que no sean necesarios desde el punto de vista médico
  - Contratados
  - Ambulancia
  - Proveedores hospitalarios (médicos y proveedores de nivel medio) contratados por MCCH, por ejemplo, radiólogos, personal de la sala de emergencias y anesthesiólogos/enfermeros anestesistas
  - Médicos o proveedores de nivel medio de práctica privada
2. MCCH se reserva el derecho de investigar, verificar, entrevistar y solicitar la asignación de lo siguiente:
  - A. Todos los beneficios de cualquier fuente de seguro a terceros, como los que se enumeran a continuación, entre otros:
    1. Planes Medicare o Medicare Advantage
    2. Plan comercial o gestionado
    3. Compensación laboral
    4. COBRA
    5. Seguro de automóvil sin culpa, incluidas las reclamaciones asignadas
    6. Pólizas privadas o individuales
    7. Pólizas o reclamaciones de responsabilidad civil
  - B. Todos los beneficios de cualquier programa de asistencia estatal o federal para los que la persona sea elegible, como los que se enumeran a continuación, entre otros:
    1. Medicaid
    2. Para migrantes
    3. Planes de seguro de salud infantil de Kentucky (Children's Health Insurance Plan, CHIP)
    4. Administración de veteranos (Veteran's Administration, VA)
    5. Víctimas de delitos (Victims of Crime, VOC)

- C. Todos los beneficios de cualquier programa de caridad, como los enumerados a continuación, entre otros:
  - 1. Afiliación eclesial
  - 2. Clubes sociales u organizaciones
  
- D. Litigios pendientes de diversas fuentes

Si el paciente no cumple con todas las responsabilidades que le incumben en virtud de cualquiera de los programas mencionados, o no utiliza los recursos personales disponibles, puede obtener una denegación de su solicitud de asistencia financiera.

- 3. Se requiere residencia en el condado de Calloway de Kentucky. El solicitante debe proporcionar pruebas de su residencia. Los residentes de los condados de Trigg, Marshall y Graves pueden ser considerados para recibir asistencia si son remitidos a MCCH y a sus proveedores para recibir servicios/procedimientos que no están disponibles en su condado de residencia (por ejemplo, cardiología intervencionista u oncología/tratamiento contra el cáncer). Asimismo, los residentes de otros estados que estén asegurados y que formen parte de la red de MCCH pueden ser considerados para recibir asistencia si son remitidos a MCCH o a sus proveedores para recibir servicios o procedimientos que no están disponibles en su lugar de residencia.
- 4. Los solicitantes deben haber sido evaluados o haber recibido una denegación del programa de Medicaid de Kentucky antes de ser considerados para recibir asistencia.
- 5. De igual forma, primero deben haber sido evaluados o recibir una denegación del programa DSH de Kentucky.
- 6. Si se determina que un solicitante optó voluntariamente por no utilizar su seguro al elegir un plan con un deducible alto o al negarse a usar una cuenta de gastos flexibles disponible, su solicitud será rechazada.
- 7. No se aceptará una declaración de ingresos nulos sin una carta explicativa que indique la causa de esta situación y detalle cómo el solicitante cubre sus necesidades básicas de supervivencia. Si el solicitante vive o recibe asistencia de otra persona, se puede solicitar información sobre los ingresos de esa persona o una verificación del monto de la donación. Además, se requieren dos declaraciones escritas de personas que no sean miembros de la familia como verificación. Estas deben incluir firma, fecha, número de teléfono, dirección, relación con el solicitante, cómo lo conocieron, y deben estar notariadas.
- 8. Los solicitantes, independientemente de su edad, que sean declarados como dependientes de sus padres/tutores en la declaración federal de impuestos, deben incluir los ingresos de sus padres/tutores. Esto se aplica tanto si los padres están casados como si no lo están.
- 9. Se requiere que los solicitantes sean ciudadanos de los Estados Unidos de América.

10. Las aprobaciones tienen una vigencia de 6 meses (180 días) a partir de la fecha de aprobación, y se aplican únicamente a servicios futuros en entidades hospitalarias y clínicas de MCCH. Es responsabilidad del solicitante notificar al hospital sobre el estado de su aprobación durante este período de 6 meses. También es responsabilidad del paciente notificar a otros profesionales de salud si estos aceptan aplicar el descuento otorgado por MCCH.
11. Las facturas que correspondan, total o parcialmente, al plan Spend Down de Medicaid no son elegibles.
12. La falsificación de una solicitud es motivo para la denegación o revocación de la asistencia financiera. La falsificación de una solicitud incluye, entre otras acciones, la omisión de activos o la transferencia de bienes con el fin de ocultarlos.
13. Los saldos remanentes después de la cancelación parcial estarán sujetos a las disposiciones de cobro de la política de crédito de MCCH.
14. Las cuentas enviadas a agencias de cobranzas y que hayan sido marcadas como incobrables pueden ser consideradas para asistencia financiera si han estado en cobranzas durante 12 meses o menos a partir de la fecha de emisión de la primera factura del paciente por los servicios prestados por MCCH.
15. Si la solicitud está incompleta, el hospital hará todo lo posible por obtener la información que falta. Sin embargo, si después de 30 días hábiles la información sigue siendo insuficiente, la solicitud podrá ser denegada, y el solicitante deberá volver a presentarla.
16. MCCH definirá la elegibilidad de ingresos según una escala móvil de hasta el 300 % de las pautas vigentes del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL). Estas pautas se revisan anualmente, generalmente en la primavera, o con la misma frecuencia que las pautas federales de pobreza, y se anuncian en el Registro Federal. Consulte el Anexo B para obtener detalles de esta escala móvil, la cual se utiliza para fines de procesamiento hospitalario, en el formulario llamado Tabla de criterios de ingresos. Sin embargo, en términos generales, las personas podrán saber si califican utilizando la siguiente fórmula:  
  
Del 100 % al 150 % de la base del FPL = 100 % de ajuste/descuento  
Del 151 % a 200 % de la base del FPL = 75 % de ajuste/descuento  
Del 201 % al 250 % de la base del FPL = 50 % de ajuste/descuento  
Del 251 % al 300 % de la base del FPL = 25 % de ajuste/descuento

El total de ingresos se basará en el ingreso bruto total del grupo familiar. El grupo familiar se define como cualquier persona que viva en la misma casa, dirección, ubicación o morada, bajo un mismo techo. La excepción a esto son los trabajadores por cuenta propia, cuyos ingresos se basarán en los ingresos netos. Se considerarán ingresos, entre otros, los siguientes:

- Salarios
- Ingresos del trabajo por cuenta propia
- Ingresos por compensación laboral, seguro o acuerdo
- Responsabilidad o acuerdo judicial
- Asistencia pública
- Seguridad Social
- Pensiones o beneficios de jubilación
- Dividendos
- Intereses
- Renta
- Beneficios por huelga
- Venmo/PayPal, etc.

Para calificar, el solicitante debe proporcionar prueba de los ingresos del grupo familiar, a través de lo siguiente:

Requiere verificación

- a. Copia de la declaración de impuestos del año más reciente, incluidos todos los anexos
- b. Estados de cuentas corrientes de los dos meses más recientes
- c. Estados de cuentas de ahorros de los últimos dos meses
- d. Los dos recibos de pago más recientes
- e. Copia del cheque de la Seguridad Social o de la carta de adjudicación de la Seguridad Social, según corresponda
- g. Carta de discapacidad de SSI de la Oficina de la Seguridad Social, según corresponda
- h. Comprobante de todos los ingresos no cubiertos en los documentos anteriores
- i. Copia de la licencia de conducir u otra identificación emitida por el gobierno
- j. Un comprobante de residencia adicional, como una factura de servicios públicos
- k. Copias de todas las facturas médicas por servicios de atención médica prestados por proveedores ajenos a MCCH y a las clínicas médicas de nuestros proveedores

Importante: El centro tiene la opción de obtener un informe de crédito para verificar la información proporcionada. Si el paciente/garante indica que no tiene ingresos, no tiene cuenta bancaria o no presenta declaración de impuestos, podría ser necesario un informe de crédito, el cual debe revisarse para detectar cualquier información contradictoria que sugiera la existencia de ingresos. A menos que el paciente pueda explicar por qué el informe de crédito refleja información contradictoria, la solicitud de asistencia financiera será denegada. Las explicaciones aceptables, como la pérdida reciente del empleo, deben estar respaldadas por documentación como una carta de despido o una carta del empleador anterior que indique que el paciente/garante ya no está empleado a partir del (fecha). En caso de que el paciente/garante declare que no presenta declaraciones de impuestos federales, el hospital podrá solicitar que complete el formulario IRS 4506-T (Solicitud de transcripción de la declaración de impuestos).

Verificaciones de trabajo por cuenta propia

- Estado de cuenta bancaria comercial de los dos meses más recientes: (según corresponda)
- Balance general más reciente (según corresponda)
- Estado de resultados (ingresos y egresos) más reciente (según corresponda)
- Declaración de impuestos comerciales del año más reciente (según corresponda).

18. Las personas que posean un capital significativo en activos fijos pueden ser rechazadas. Algunos ejemplos de estos activos incluyen, entre otros:

- Terreno separado de la vivienda
- Bienes comerciales
- Inversiones
- Certificados de depósito
- Vehículos de lujo
- Bienes inmuebles
- Propiedades en renta

19. Las personas que tengan activos líquidos (efectivo) significativos, que superen los límites indicados a continuación, podrán ser rechazadas. Los niveles de activos protegidos serán los siguientes:

- \$2,500 para una sola persona
- \$4,000 para una pareja
- \$300 por cada dependiente adicional

20. Al revisar la solicitud de asistencia financiera, se puede tomar en cuenta el siguiente criterio. MCCH considera que los siguientes gastos, dentro de montos razonables, representan necesidades básicas de la vida:

- Pagos de hipoteca o renta de vivienda para residencia principal
- Gastos para alimentos, según el tamaño del grupo familiar
- Pagos modestos y mantenimiento del vehículo principal
- Seguro (por ejemplo: médico, automóvil, vivienda)
- Vestimenta
- Servicios públicos (incluidos los servicios de telefonía fija o celular)
- Cuidado infantil
- Gastos de matrícula y educación
- Medicamentos con receta
- Otras facturas relacionadas con atención médica

MCCH no considera que los siguientes elementos sean necesidades prioritarias por encima de la deuda con MCCH, ya que estos activos pueden cancelarse o venderse junto con sus pasivos asociados:

- Televisión Smart/por satélite o cable/Internet
- Pagos y mantenimiento innecesarios para retener un vehículo de lujo con un préstamo mensual alto o un pago de arrendamiento (es decir, un vehículo de colección o pasatiempo)
- Membresías a clubes deportivos (a menos que se deban a una orden médica)
- Donaciones
- Pagos con tarjeta de crédito
- Entretenimiento
- Embarcaciones, autos deportivos, segundas residencias, casas rodantes, casas de campo, motos de nieve, tecnología de alta gama y servicios de televisión paga

De estos gastos, algunos se consideran esenciales. Estos elementos esenciales se pueden utilizar para reducir el ingreso bruto de los solicitantes que, sin esta consideración, no serían elegibles. No se utilizarán para cambiar el nivel de descuento determinado por la escala móvil. Los gastos de subsistencia que califican son los siguientes:

- Facturas médicas
- Renta o hipoteca
- Servicios públicos del hogar
- Alimentación
- Vehículo

#### 21. Persona médicamente indigente

- Un paciente indigente es una persona cuyas facturas médicas, después del pago por parte de terceros pagadores, superan un porcentaje específico del ingreso bruto anual de la persona, según se define en este documento, y la persona no puede pagar el saldo restante.
- Para ser elegible para la atención de caridad como paciente indigente por motivos médicos, el monto adeudado por el paciente en facturas médicas durante los 12 meses anteriores, después de los pagos realizados por terceros, debe superar el 50 % del ingreso bruto anual del paciente, y el paciente debe demostrar que no puede cubrir el saldo restante. La institución podrá considerar otros activos y pasivos financieros de la persona al determinar su capacidad de pago.
- La determinación de la capacidad de pago del paciente para pagar el resto de la factura, o una parte de ella, se basará en si es razonable esperar que el paciente pague la totalidad o parte del saldo en el plazo de 3 años.
- El paciente puede ser elegible para recibir un descuento sobre cualquier monto que supere lo que se espera que pague en dicho plazo.

Si se determina que el paciente tenía la capacidad de pagar el resto de la factura, esta decisión no impide que se realice una nueva evaluación financiera en el futuro, siempre que ocurra un cambio en su situación económica.

**PAUTAS:**

1. Se puede acceder a las solicitudes a través de cualquier asociado/empleado de registro de Acceso al Paciente o asesor financiero de MCCH.
2. El paciente recibirá las facturas hasta que se llegue a una determinación.
3. El solicitante recibirá una carta con la determinación en el plazo de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud completa.
4. Las denegaciones pueden apelarse por escrito. Esto debe completarse en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha de la determinación. El director de Acceso de Pacientes es quien toma las determinaciones de apelación de primer nivel, mientras que el director de Finanzas del hospital define las apelaciones de segundo nivel que son definitivas.
5. La entidad se reserva el derecho de obtener un informe de crédito para cada solicitud presentada.
6. Las solicitudes pueden presentarse con anticipación a la prestación de los servicios. En tal caso, el plazo de 6 meses comenzará en esa fecha particular del servicio.
7. Los solicitantes deben completar y firmar la solicitud. Cuando esto no sea posible, se acepta completar el proceso de evaluación por teléfono, siempre que dos asociados de MCCH sean testigos. Sin embargo, todos los documentos deben ser presentados en última instancia.
8. Los solicitantes identificados como personas sin hogar serán considerados para recibir asistencia debido a la ausencia de cobertura por parte de terceros y a la falta de activos disponibles. El proveedor se comunicará con el refugio donde reside el paciente para verificar su situación, y se llevará a cabo una verificación de crédito para confirmar su estado financiero actual.
9. Se invita a los solicitantes a presentar cualquier documentación adicional que consideren relevante para el proceso de evaluación y determinación, incluida información sobre enfermedades graves o permanentes, circunstancias atenuantes, etc.
10. Cuando corresponda, se presentará el seguro y se recibirá el pago por parte de la aseguradora antes de aplicar cualquier ajuste a la cuenta. Sin embargo, esto no retrasará la determinación. Si en ese momento se determina que el paciente no cooperó con la aseguradora para permitir el pago, se anulará cualquier aprobación que corresponda.
11. En cualquier momento en que se revise esta política, las nuevas pautas no serán retroactivas. Los pacientes deben volver a solicitar la consideración de elegibilidad según los criterios revisados. Sin embargo, aquellos pacientes que hayan sido aprobados previamente y aún estén en su período de aprobación de seis meses permanecerán según lo aprobado.
12. El director de Acceso de Pacientes es responsable de revisar las pautas del nivel federal de pobreza, y de actualizar y publicar la Tabla de criterios de ingresos en la que se basa esta política. La tabla actualizada entrará en vigor automáticamente el primer mes de su publicación.

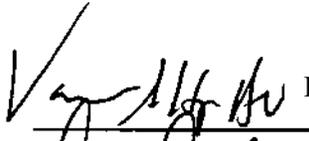
13. El otorgamiento de la asistencia queda a la entera discreción de MCCH.

14. A continuación se muestra el rango de aprobación de los descuentos utilizando el Resumen de responsabilidad del paciente, Anexo C:

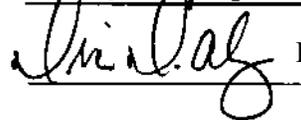
- 0 - \$5000	Director de Acceso de
- \$5001 -\$25,000	Director de Ciclo de
- >\$25,001	Ingresos Director financiero

APROBACIONES:

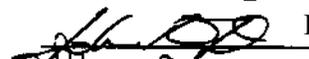
Director de Acceso de Pacientes

 Fecha: 5/30/24

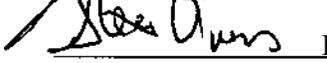
Director de Ciclo de Ingresos

 Fecha: 5/30/24

Director financiero

 Fecha: 5-29-24

Presidente de la Junta Directiva de MCCH

 Fecha: 05-29-24

Original: enero de 2006

---

Cambios respecto a BB.023- Revisado 02/01/12, 03/27/12.  
Revisado/Reformulado: 02/24