



WARNER HOSPITAL
& Health Services

Origen: 09/2000
Fecha de la última aprobación: 01/2026
Fecha de la última revisión: 01/2026
Fecha de la próxima revisión: 01/2027
Propietario: Donna Wisner: Directora financiera
Área de la política: Administración
Referencias:

Descuentos para recibir ayuda económica y para pacientes sin seguro

POLÍTICA:

La política de Warner Hospital and Health Services es seguir las directrices específicas relacionadas con los descuentos para recibir ayuda económica y para pacientes sin seguro para los servicios de hospital y establecer los criterios de elegibilidad presuntiva usados para considerar elegible a un paciente para recibir descuentos de ayuda económica con el objetivo de que todos los pacientes reciban una atención justa de conformidad con las reglamentaciones gubernamentales.

PERSONAL:

Todo el personal

EQUIPO, FORMULARIO Y CENTROS:

Formulario n.º 712 para determinar la elegibilidad para la ayuda económica.

PROCEDIMIENTO:

1. Elegibilidad presuntiva:

La elegibilidad presuntiva se aplicará a un paciente sin seguro tan pronto como este reciba servicios de hospital y antes de emitir una factura por dichos servicios de hospital. La elegibilidad presuntiva se puede determinar según la documentación sobre las circunstancias de vida individuales. En estas situaciones, un paciente se considera elegible para deducciones del 100 %. Se presume que un paciente en esta situación es elegible y, por lo tanto, no debe completar la Determinación de la elegibilidad para la solicitud de la ayuda económica de Warner Hospital and Health Services si cumple uno o más de los siguientes criterios de abajo:

- a. No tiene hogar;
- b. Persona fallecida sin bienes;
- c. Discapacidad mental sin tener a nadie que actúe en nombre del paciente;
- d. Elegibilidad para Medicaid, pero no en la fecha del servicio o para un servicio no cubierto;
- e. Encarcelamiento en una institución penal;
- f. Bancarrota personal dentro de los últimos seis (6) meses.

2. La política es para saldos que el seguro no cubre o para saldos restantes una vez que el programa de beneficios externo o el seguro hayan pagado.
3. Los descuentos para recibir ayuda económica y para personas sin seguro están disponibles para los pacientes independientemente de su estado migratorio o residencia.
4. La administración establecerá directrices de ingresos según las directrices de ingresos que definen el nivel de pobreza federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (United States Department of Health and Human Services) para evaluar la elegibilidad para recibir atención gratis o con descuento. Los ingresos se definen como las ganancias anuales de una familia y los beneficios en efectivo de todas las fuentes antes de impuestos, excepto los pagos hechos para la manutención de los hijos.
5. El descuento para recibir ayuda económica y para personas sin seguro puede depender de si el paciente primero solicita cobertura según programas públicos, como Medicare, Medicaid o cualquier otro programa, si hay un motivo razonable para creer que el paciente puede ser elegible para dicho programa.
6. Un paciente o garante debe solicitar el descuento para recibir ayuda económica/para personas sin seguro para cada caso en el que reciba atención médica dentro de los 90 días posteriores a la fecha del alta o de la recepción de atención ambulatoria o es posible que le denieguen la solicitud por hacerla fuera de término. La solicitud se aplica solo a cuentas abiertas de las que el paciente sea responsable en el momento en que el personal del hospital revise la solicitud.
7. Las cuentas enviadas a una agencia de cobros pueden calificar para ayuda económica.
8. La elegibilidad se determinará independientemente de la raza, el color, las creencias, la religión, el país de origen o la discapacidad.
9. La elegibilidad para el descuento para pacientes sin seguro o para recibir ayuda económica dependerá de si el paciente tiene ingresos familiares que no sean superiores al 450 % de las directrices de ingresos que definen el nivel de pobreza federal e incluye todos los servicios de atención médica de emergencia y médicamente necesarios. Las cirugías programadas, optativas y no urgentes que paguen los propios pacientes no son servicios elegibles según esta política.
10. Los pacientes deben enviar una de las siguientes formas de documentación de ingresos familiares que están abajo en orden de preferencia:
 - a. Copias de los 2 comprobantes de pago más recientes
 - b. Copias de la declaración de impuestos más reciente
 - c. Copia de los formularios W-2 y 1099 más recientes
 - d. Verificación por escrito de un empleador si le pagó en efectivo
 - e. Otro formulario externo razonable de verificación de ingresos que el hospital considere aceptable.

Si corresponde, los pacientes deben enviar un formulario de verificación de bienes, que puede incluir un resumen de la institución financiera u otra verificación externa del valor de un bien. La información sobre bienes no se usa para determinar la elegibilidad para el descuento para los servicios ambulatorios. Los pacientes deben completar el Formulario n.º 712 para determinar elegibilidad para la ayuda económica de Warner Hospital and Health Services; sin embargo, la elegibilidad no depende de completar este formulario.
11. Para todos los servicios de atención médica prestados en una admisión como paciente ingresado o en un encuentro ambulatorio, el hospital no le cobrará a un paciente que sea elegible para la ayuda económica y o el descuento para pacientes sin seguro más que los cargos menos la cantidad del descuento.
12. La cantidad máxima que se les puede cobrar a los pacientes elegibles para el descuento para personas sin seguro o para recibir ayuda económica en un período de 12 meses es el 20 % de los ingresos familiares del paciente y está sujeta a la elegibilidad continua del paciente según esta política. El período de 12 meses al que se aplica esta cantidad máxima empieza con la primera fecha del servicio que se

considera elegible según esta política. Para ser elegible para que esta cantidad máxima se aplique a cargos posteriores, el paciente debe informarle al hospital en las siguientes admisiones en el hospital como paciente ingresado o encuentros ambulatorios que el paciente recibió previamente servicios de atención médica en el hospital y que se lo consideró elegible para el descuento para pacientes sin seguro o para recibir ayuda económica. La oficina de asuntos financieros llevará un registro de las cantidades del paciente que son elegibles según esta cantidad máxima. Los pacientes que tengan bien (sin incluir la residencia primaria del paciente, las cantidades de un plan de pensión o jubilación u otros bienes exceptuados por la ley) que excedan el 450 % de las directrices de pobreza federal pueden no ser elegibles para aplicar la cantidad máxima que puede ser cobrada. La información sobre bienes no se usa para determinar la elegibilidad para el descuento para los servicios ambulatorios.

13. Los solicitantes de la ayuda económica serán remitidos a la oficina comercial del hospital. La oficina comercial les dará a los pacientes información sobre la política de descuento para recibir ayuda económica y para personas sin seguro y evaluará la elegibilidad.
14. Abajo se muestran las directrices de niveles de ingresos y los cálculos del descuento para las personas sin seguro y para recibir ayuda económica:

Unidad familiar

Tamaño	Sin cargo	60 %	45 %
1	\$31,920	\$47,880	\$71,820
2	\$43,280	\$64,920	\$97,380
3	\$54,640	\$81,960	\$122,940
4	\$66,000	\$99,000	\$148,500

Cada miembro adicional suma:

\$ 11,360	\$17,040	\$25,560
-----------	----------	----------

Porcentaje de las directrices de ingresos que definen el nivel de pobreza federal:

200 %	300 %	450 %
-------	-------	-------

El descuento para el 450 % del nivel de pobreza federal es el mayor de:

1) Planilla C de informe de costos de Medicare, Parte I, fila 202, columna 1 de costos / Planilla C, Parte 1, fila 202, columna 8 de cargos = relación de costos por cargos (RCC)
 $[1 - (\text{RCC} \times 1.35)] \times \text{Cargos} = \text{descuento}$

o

2) El descuento del promedio generalmente facturado (AGB): Los cargos permitidos de Medicare y de las aseguradoras médicas privadas en un año fiscal de 12 meses divididos por los cargos brutos relacionados por dichos reclamos = AGB % 100 % - AGB % = descuento

15. Los siguientes proveedores dan atención de emergencia y medicamento necesaria en el hospital y no están cubiertos por esta política: EPSS L.L.C. – East Series; K.M.B., S.C.; los radiólogos clínicos; y todos los proveedores clínicos de servicios ambulatorios.

DOCUMENTACIÓN:

El gerente de la oficina comercial documentará adecuadamente la aprobación de los descuentos para recibir ayuda económica y para personas sin seguro.

DEPARTAMENTOS REQUERIDOS:

Todos los departamentos

Documentos adjuntos

No hay documentos adjuntos

COPIA