

### Ayuda financiera para el paciente

#### **Definición(es):**

Los siguientes términos están destinados a ser interpretados de la siguiente manera dentro de esta política:

#### **Atención de beneficencia:**

Servicios médicamente necesarios prestados sin esperar el pago total a los pacientes que cumplen los criterios establecidos por esta política.

#### **Médicamente necesario:**

Los servicios hospitalarios o la atención prestada, tanto ambulatoria como hospitalaria, a un paciente con el fin de diagnosticar, mitigar, corregir, curar o prevenir la aparición o el empeoramiento de las condiciones que pongan en peligro la vida, que produzcan sufrimiento o dolor, que causen deformidad o mal funcionamiento físico, que amenacen con provocar o empeorar una discapacidad, o que lleven a una enfermedad o dolencia general.

#### **Atención de emergencia:**

Atención inmediata necesaria para evitar poner la salud del paciente en grave peligro, deterioro serio de las funciones corporales, o disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

#### **Atención de urgencia:**

Atención médica necesaria para tratar condiciones médicas que no representan un riesgo inmediato para la vida, pero que podrían dar lugar a la aparición de una enfermedad o lesión, discapacidad, muerte o bien, deterioro o disfunción seria si no son tratadas dentro de las 12 a 24 horas.

#### **No asegurado:**

Paciente sin un seguro o asistencia de terceros para ayudar a resolver su responsabilidad financiera para los proveedores de atención médica.

#### **Seguro insuficiente:**

Pacientes asegurados cuyos gastos médicos corrientes exceden su capacidad de pago como resultado de los altos deducibles o de la inadecuada cobertura de la póliza.

#### **Monto que generalmente se factura (AGB):**

El monto que generalmente se factura a los pacientes asegurados para la atención de emergencia o médica necesaria (determinada como se describe en la Sección IV (B) de la política siguiente.

#### **Cargos brutos:**

El monto total cobrado por Kingman Regional Medical Center por los artículos y servicios antes de que se aplique cualquier descuento, prestaciones contractuales, o deducciones.

#### **Elegibilidad presunta:**

El proceso por el cual el hospital puede utilizar determinaciones de elegibilidad previas o información de fuentes distintas de la persona para determinar la elegibilidad para recibir ayuda financiera.

**Declaración(es) de la política:**

La ayuda financiera se proporciona sólo cuando la atención se considera médicamente necesaria y después de que se ha encontrado que los pacientes cumplen todos los criterios financieros. Kingman Regional Medical Center ofrece tanto la atención gratuita como la atención de descuento, según el tamaño y el ingreso familiar de las personas.

A los pacientes que buscan ayuda se les puede solicitar primero que apliquen para otros programas externos (tales como Medicaid o seguros a través de intercambio), según corresponda antes de determinar la elegibilidad bajo este programa. Además, todo aquel paciente sin seguro que se considere que tiene la capacidad financiera para adquirir un seguro médico, puede ser alentado a hacerlo para ayudar a garantizar la asistencia médica y el bienestar general.

Los pacientes sin seguro y con seguro deficiente que no califican para la atención gratuita, recibirán un descuento de escala móvil de los cargos brutos para los servicios médicamente necesarios basado en el ingreso familiar como un porcentaje del Nivel federal de pobreza. Se espera que estos pacientes paguen el saldo restante de la atención médica, y pueden trabajar con asesores financieros para establecer un plan de pagos basado en su situación financiera.

**Procedimiento:****I. Objetivo**

- A. De acuerdo con nuestra misión de proporcionar servicios de salud y bienestar de alta calidad para la comunidad, Kingman Regional Medical Center se compromete a proporcionar ayuda financiera a las personas sin seguro y con seguro deficiente que se encuentran en la necesidad de tratamiento de emergencia o médicamente necesario, y que tienen un ingreso familiar de hasta el 30% del Nivel federal de pobreza (FPG).
- B. De acuerdo con la Ley de Asistencia Asequible (ACA), a ningún paciente elegible para recibir ayuda financiera bajo la política de ayuda financiera de Kingman Regional Medical Center (FAP), se le cobrará por la atención de emergencia o médica necesaria más que el monto generalmente facturado (AGB) para los pacientes asegurados.

**II. Elegibilidad**

- A. Kingman Regional Medical Center no cobrará a los pacientes, que son elegibles para ayuda financiera, por la atención de emergencia más que los montos generalmente facturados a los pacientes asegurados.
- B. Los servicios que son elegibles para ayuda financiera incluyen la atención de emergencia o urgencia, los servicios considerados médicamente necesarios por Kingman Regional Medical Center, y en general, la atención que no es electiva y



necesaria con el fin de prevenir la muerte o los efectos adversos para la salud del paciente.

- C. Los pacientes que no tienen seguro o con seguro insuficiente y que tienen un ingreso familiar igual o inferior al 150% del nivel federal de pobreza (FPG) pueden recibir atención gratuita (100% de descuento) (Anexo A).
  - 1. Los individuos con ingresos anuales de entre 150% y 250% del FPG serán elegibles para un descuento del 80% de los cargos brutos según el Anexo A. Las personas con ingresos anuales entre 250% y 350% del FPG serán elegibles para un 65% de descuento de los cargos brutos según el Anexo B.
- D. Los pacientes sin seguro que no cumplen con los requisitos de ingresos (Anexo B) recibirán un descuento del 45% en los cargos brutos para la atención médica necesaria y urgente que reciban.
- E. Las determinaciones de elegibilidad para la ayuda financiera requerirán que los pacientes presenten un formulario Medform 5349 completo, Solicitud del programa de ayuda financiera para pacientes, Anexo C, que incluya toda la documentación requerida por la solicitud, y puede necesitar citas o conversaciones con los consejeros financieros del hospital.
- F. Al determinar la elegibilidad de los pacientes, Kingman Regional Medical Center no tiene en cuenta la raza, género, edad, orientación sexual, religión o condición social o migratoria.
- G. Los pacientes deben residir en el Condado de Mohave durante un mínimo de seis (6) meses anteriores a la fecha en que se prestan los servicios calificados.
  - 1. Este requisito no se aplica a las personas que residen fuera de esta área de servicio y que requieren atención de emergencia mientras viajan a través de o que están de visita dentro del área de servicio.

### **III. Determinación del monto del descuento**

- A. Una vez que se haya establecido la elegibilidad para la ayuda financiera, Kingman Regional Medical Center no cobrará a aquellos pacientes que son elegibles para la ayuda financiera más que los montos generalmente facturados (AGB) a los pacientes asegurados por la atención de emergencia o médica necesaria.
- B. Para calcular el AGB, Kingman Regional Medical Center utiliza el método de "mirar hacia atrás" que se describe en la Sección 4(b)(2) de la regla final del IRS y 501(r) de Tesorería.
- C. En este método, Kingman Regional Medical Center utiliza los datos basados en los reclamos enviados a Medicare de sus tarifas por servicios y a todas las aseguradoras comerciales privadas para la atención de emergencia y médica



necesaria durante el año anterior, para determinar el porcentaje de cargos brutos que por lo general están permitidos por estas aseguradoras .

- D. El porcentaje de AGB se multiplica por los cargos brutos de emergencia y la atención médica necesaria para determinar el AGB. El Centro Médico Regional de Kingman vuelve a calcular el porcentaje cada año.
1. En el año 2016 el porcentaje de AGB para los servicios de consulta externa y para los servicios de hospitalización es de 65%.

#### IV. Solicitud de ayuda financiera

- A. Para solicitar la ayuda financiera, los pacientes deben presentar una solicitud completa (incluyendo la documentación de apoyo) por correo o en persona a:
1. Kingman Regional Medical Center  
A la atención de: Departamento de contabilidad de pacientes  
3269 Stockton Hill Rd.  
Kingman, AZ 86409
- B. La solicitud se puede obtener:
1. En persona en la instalación del Departamento de admisión, ventana de contabilidad de pacientes en el vestíbulo principal o en la Oficina principal de contabilidad del paciente al:
    - a. Departamento de contabilidad de pacientes  
2202 N Stockton Hill Rd.  
Kingman, AZ 86401
  2. Si las personas hacen una solicitud por teléfono (llame al 928-263-3534) o por correo enviando la solicitud a:
    - a. Kingman Regional Medical Center  
A la atención de: Contabilidad de pacientes  
3269 Stockton Hill Rd.  
Kingman, AZ 86409  
En línea en [www.azkrmc.com](http://www.azkrmc.com)
- C. Para ser considerado elegible para la ayuda financiera, los pacientes deben cooperar con el hospital para explorar los medios alternativos de ayuda según sea necesario, incluyendo Medicare, Medicaid y el Mercado de atención médica.
1. Se solicitará a los pacientes que proporcionen la información y la documentación necesaria cuando soliciten la ayuda financiera del hospital u otros programas de pago públicos o privados.
- D. Además de completar y solicitar, las personas deben estar preparadas para proporcionar la siguiente documentación:
1. Estados de cuenta bancarios
  2. Comprobante de ingresos del solicitante (y su cónyuge si procede), como talones de pago recientes, recibos de pago de seguro de desempleo, o la información suficiente sobre los pacientes que en la actualidad se sostienen financieramente.



3. Copia de la declaración de impuestos federales más reciente
4. Historial de pago de todas las cuentas pendientes por los servicios hospitalarios anteriores
5. Documentación de calificación para la Ayuda temporal para familias necesitadas (bienestar)
6. En algunos casos, la información sobre los activos disponibles u otros recursos financieros

E. Las fuentes públicas externas, como las puntuaciones de crédito, también se pueden utilizar para verificar la elegibilidad.

F. Las personas que no cuentan con ninguno de los documentos mencionados anteriormente; que tengan preguntas acerca de solicitud de ayuda financiera de Kingman Regional Medical Center; o si desean ayuda para completar la solicitud, podrán ponerse en contacto con nuestros asesores financieros, ya sea en persona en las siguientes locaciones: 3269 Stockton Hill Rd, Kingman AZ, o 2202 N Stockton Hill Rd, Kingman, AZ o por teléfono (928-263-3534).

G. El horario de oficina para la asesoría financiera es de lunes a viernes, de 8:00 AM a 4:30 PM.

## **V. Acciones en caso de falta de pago**

A. Las acciones de cobro de Kingman Regional Medical Center que pueden tener lugar si no se recibe una solicitud de ayuda financiera o de pago total se describen en una política independiente.

B. En resumen, Kingman Regional Medical Center realizará ciertos esfuerzos para proporcionar a los pacientes la información sobre nuestra política de ayuda financiera antes de nosotros o nuestros representantes de cobranza tomen ciertas acciones para cobrar su factura (estas acciones pueden incluir demandas civiles, venta de la deuda o informes de datos negativos a las agencias de crédito).

C. Para obtener mayor información sobre los pasos que Kingman Regional Medical Center tomará para informar a los pacientes no asegurados sobre nuestra política de ayuda financiera y de las actividades de cobranza que podemos llevar a cabo, consulte la Política de Facturación y Cobranza de Kingman Regional Medical Center.

D. Puede solicitar una copia gratuita de esta política completa en persona en:

1. Kingman Regional Medical Center  
Departamento de contabilidad de pacientes  
2202 N Stockton Hill Rd.  
Kingman, AZ 86401

E. Puede solicitar una copia gratuita por correo llamando al 928-263-3534 o enviando la solicitud por correo a:



1. Kingman Regional Medical Center  
A la atención de: Contabilidad de pacientes  
3269 Stockton Hill Rd.  
Kingman, AZ 86409

F. Se puede obtener una copia en línea en [www.azkrmc.com](http://www.azkrmc.com).

## VI. Elegibilidad presunta

- A. En caso de que los pacientes no proporcionen la información suficiente para respaldar la elegibilidad para la ayuda financiera, Kingman Regional Medical Center puede referirse o depender de fuentes externas u otros recursos de inscripción en el programa para determinar la elegibilidad cuando:
  1. El paciente es indigente
  2. El paciente es elegible para otros programas de asistencia estatales o locales sin fondos
  3. El paciente es elegible para cupones de alimentos o programas de almuerzos escolares subsidiados
  4. El paciente es elegible para un programa de prescripción de medicamentos financiados por el Estado
  5. La dirección válida del paciente se considera de bajos ingresos o vivienda subsidiada
  6. El paciente recibe atención gratuita de una clínica comunitaria y es referido a un hospital para recibir tratamiento adicional
- B. Kingman Regional Medical Center también utiliza Med Assist Solutions, un proveedor de elegibilidad, para ayudar a identificar a los pacientes que pueden ser elegibles para recibir la ayuda financiera bajo esta política o por medio de otros programas públicos y privados.
- C. Kingman Regional Medical Center también puede usar determinaciones de elegibilidad de ayuda financiera anteriores como base para determinar la elegibilidad en el caso de que el paciente no proporcione suficiente documentación para apoyar y para la determinación de elegibilidad.
  1. Se pueden utilizar las solicitudes de ayuda financiera en los archivos de Kingman Regional Medical Center durante un periodo de tiempo de hasta nueve meses después de la fecha de presentación.
- D. Presuntamente todos los pacientes que fueron determinados como elegibles para un monto de ayuda más generoso, disponible bajo la política (atención gratuita), recibirán información sobre la manera en la que se calculó el monto del descuento y se les proporcionará una periodo de tiempo razonable para presentar una solicitud de ayuda adicional.

## VII. Proveedores elegibles



- A. Además de la atención entregada por Kingman Regional Medical Center, la atención de emergencia y médica necesaria proporcionada por los proveedores nombrados en el Anexo D también está cubierta bajo esta política de ayuda financiera.
- B. Esta política no cubre la atención recibida por cualquiera de los proveedores que figuran en el Anexo E, ya que no son empleados de Kingman Regional Medical Center.
  - 1. Como tal, las facturas recibidas por los pacientes de Kingman Regional Medical Center por la atención proporcionada por estos proveedores NO serán elegibles para los descuentos descritos en esta política de ayuda financiera.
- C. Los pacientes preocupados por su capacidad para pagar los servicios o que les gustaría aprender más sobre la ayuda financiera deben comunicarse con el Departamento de contabilidad del paciente al 928-263-3534.

**Departamentos aplicables:**

Servicios financieros del paciente

**Políticas de referencia cruzada:** Ninguna

**Referencias:** Ninguna

**Formularios:** Medform 5349, Solicitud del programa de ayuda financiera para el paciente

**Aprobado por el Consejo de Administración Financiera de KHI:** 24/05/2016

**Aprobaciones:** Director de finanzas del paciente y Director de finanzas

<b>REVISADO</b>
<b>INICIADO:</b> 05/16
<b>REVISADO:</b>
<b>REVISADO:</b>
<b>REEMPLAZA:</b> Programa de Descuento por Calificación BUS 10.5



**Anexo A**

2015 - 2016 Pautas federales del nivel de pobreza

# Personas en la familia	Ingresos anuales 150% del FPG	Ingresos anuales 250% del FPG	Ingresos anuales 350% del FPG
1	\$17,655	\$29,425	\$41,195
2	\$23,895	\$39,825	\$55,755
3	\$30,135	\$50,225	\$70,315
4	\$36,375	\$60,625	\$84,875
5	\$42,615	\$72,025	\$99,435
6	\$48,855	\$81,425	\$113,995
7	\$55,095	\$92,825	\$128,555
8*	\$61,335	\$102,225	\$143,115

*\*si hay más de ocho (8) personas en la familia, se debe de añadir \$4,160 por cada persona adicional*





**Anexo B**

**Porcentajes de descuento sobre los cargos brutos**

- Los pacientes que califiquen recibirán descuentos en función de sus pautas de ingresos:
  - 100% de descuento en o por debajo del 150% del nivel federal de pobreza (FPG)
  - 80% de descuento en el 150% - 250% del FPG
  - 65% de descuento en el 250% - 350% del FPG
  - Más del 350% del FPG, 45% de descuento



**Solicitud del programa de ayuda financiera para el paciente**

Nombre del paciente		Segundo nombre	Apellido			
Nombre del aval	Segundo nombre	Apellido		Sexo	DOB	No. seguro social
Domicilio o Apartado Postal		Ciudad		Estado	C.P.	Teléfono
Nombre del aval	Segundo nombre	Apellido		Sexo	DOB	No. seguro social
Domicilio o Apartado Postal		Ciudad		Estado	C.P.	Teléfono
Núm. miembros de la familia:		El paciente vive con la familia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Núm. de hijos menores de 18 años en casa:			Núm. de hijos dependientes mayores de 18:			
Núm. de hijos dependientes mayores de 18 años que son estudiantes de tiempo completo:			Núm. de hijos dependientes discapacitados:			
Bienes inmuebles: \$ _____ Pago mensual (Seleccione todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Renta				Otros bienes inmuebles: (Propiedades, colecciones, etc.):		
<b>Fuentes de ingreso mensual</b>		<b>Esposo</b>	<b>Esposa</b>	<b>Niños</b>	<b>Total</b>	
Empleo						
Seguridad social						
Sociedades industriales						
Desempleo						
Pensión/Retiro/Rentas						
ADC, GA, Cupones de alimentos						
Otros (ingreso de alquiler, pensión alimenticia, conyugal, etc.)						
<b>Ingreso bruto total</b>						
Patrón de la parte responsable						
Domicilio o Apartado Postal		Ciudad		Estado	CP	Teléfono
Puesto:			Ingreso mensual \$		Fecha de inicio:	
Cheques: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cantidad total \$		Nombre del banco:		
Ahorros: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Cantidad total \$		Nombre del banco:		
Certifico que la información aquí proporcionada está completa y es precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que la tergiversación deliberada puede dar lugar a una negativa de consideración. En la presente autorizo al hospital a que realice cualquier consulta necesaria para verificar la información proporcionada y para obtener cualquier dato adicional requerido por la instalación.						
<b>Firma del solicitante:</b>					<b>Fecha:</b>	
<b>Firma del co-solicitante:</b>				<b>Firma del testigo:</b>		

Relación de los miembros de la familia: Certificado de nacimiento o bautismo o papeles de adopción para menores de edad, acta de matrimonio, acta de divorcio o documentos de separación legal.

Tarjetas de Seguro Social

Comprobante de domicilio: Licencia de manejo vigente, otros documentos que demuestren la residencia.

Bienes: Estados de cuenta bancarios y de instituciones financieras de los últimos tres (3) meses, acciones, bonos, títulos, certificados.

Ingreso de todos los miembros de la familia: Estados de cuenta de cheques o talonario de chequera, lista del patrón nombrando los salarios brutos, informes de negocio propio, carta de asignación de ingresos/beca o carta de beneficios educativos, otros documentos que demuestren el ingreso.

Periodo de ingresos \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Estados de cuenta de los últimos tres (3) meses • Devolución de impuestos del año anterior

Anexo D  
Los proveedores incluidos en la Política de ayuda financiera

Desert View Health Care	KRMC Urgent Care
Golden Valley Medical Center	Meadville Medical Services
High Desert Gastroenterology	Mohave Pain Management
High Desert Radiology	Mohave Surgical Specialists
Hillcrest Surgical	Pain Management Clinic
Innova Emergency Medical Associates (1/9/16)	Sunshine Canyon Family Health Care
Joshua Tree Pediatrics	
Kingman Cardiovascular Associates	
Kingman ENT	
Kingman OB/GYN Associates	
Kingman Orthopedic	
Kingman Pulmonary	
Kingman Rheumatology	
Kingman Urology	
Kingman Acute Rehab	
KRMC Anesthesia	
KRMC Cancer Center	
KRMC Neurology	
KRMC Occupational Health	
KRMC Pathology	
KRMC Primary Care	
KRMC Residents Clinic	

## Anexo E

Los proveedores en hospitales que NO están cubiertos por la Política de ayuda financiera

Arizona Emergency Medicine (hasta el 31/8/16)