

**MASON GENERAL HOSPITAL  
CARIDAD/ CUIDADO SIN COMPENSACION**

El Hospital General de Mason se compromete en proveer servicios de cuidado a la salud en situaciones de emergencia a todas las personas que requieran atención médica sin importar si ellos pueden pagar. Para proteger la integridad de las operaciones y satisfacer este compromiso, se ha establecido el siguiente criterio para la provisión del cuidado de caridad. Este criterio es coherente con los requisitos establecidos en WAC 246-453. Este criterio ayudará al personal a tomar decisiones objetivas y coherentes en relación a la elegibilidad para el cuidado de caridad asegurando al mismo tiempo el mantenimiento de una base financiera sólida.

**CRITERIA DE ELIGIBILIDAD**

A. La cantidad total de la factura será determinada para el cuidado de caridad para cualquier paciente cuyo ingreso familiar bruto esté al 100% o inferior a la directriz federal de pobreza (coherente con WAC 261-14-027)

B. La siguiente tabla de tarifas reducidas se usará para determinar la cantidad que deberá ser descontada para los pacientes cuyo ingreso está entre el 101% y el 400% del nivel de pobreza federal actual.

Tamaño Familiar	Directriz De Pobreza	Más De	Menos De	Más De	Menos De	Más De	Menos De
1	11,170	11,170	15,638	15,638	20,106	20,106	24,574
2	15,130	15,130	20,981	20,981	26,977	26,977	32,968
3	19,090	19,090	26,324	26,324	33,848	33,848	41,361
4	23,050	23,050	31,668	31,668	40,720	40,720	49,755
5	27,010	27,010	37,011	37,011	47,591	47,591	52,243
6	30,970	30,970	42,354	42,354	49,970	49,970	54,855
7	34,930	34,930	44,472	44,472	52,469	52,469	57,598
8	38,890	38,890	46,695	46,695	55,092	55,092	60,478
Descuento	100%	90%		80%		70%	

Tamaño Familiar	Mas De	Menos De	Mas De	Menos De	Mas De	Menos De	Mas De	Menos De
1	24,574	29,042	29,042	33,510	33,510	37,978	37,978	44,680
2	32,968	38,962	38,962	44,956	44,956	50,950	50,950	59,941
3	41,361	48,882	48,882	56,402	56,402	63,922	63,922	75,203
4	49,755	58,801	58,801	67,848	67,848	76,894	76,894	90,464
5	52,243	61,742	61,742	71,240	71,240	80,739	80,739	94,987
6	54,855	64,829	64,829	74,802	74,802	84,776	84,776	99,736
7	57,598	68,070	68,070	78,542	78,542	89,015	89,015	104,723
8	60,478	71,474	71,474	82,469	82,469	93,465	93,465	109,959
Descuento	60%		50%		40%		30%	

**\*\* Añada \$3,960 por cada miembro familiar si su familia tiene más de 8 miembros\*\***

### CUIDADO DE CARIDAD CATASTROFICO

El hospital puede descontar como cantidades de caridad para los pacientes cuyo ingreso familiar sea superior al 400% del estándar de pobreza federal o en un porcentaje superior para aquellas personas cuyo ingreso sea superior al 100% de las directrices de pobreza, cuando las circunstancias indiquen un gran sufrimiento financiero o una pérdida personal.

Esto se llevará a cabo únicamente bajo la recomendación del representante de cuentas al cliente del paciente o con la justificación de la directora de la oficina comercial y solo cuando la administración del hospital y la Junta Directiva del Hospital lo aprueben.

### PROCESO DE DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD

Determinación inicial:

El hospital realizará una determinación inicial de la elegibilidad basándose en la solicitud por escrito del cuidado de caridad. Mientras que el proceso de determinación de elegibilidad esté pendiente el hospital no iniciará esfuerzos de colección o pedirá al paciente que haga depósitos como pagos, siempre y cuando la persona responsable esté cooperando con los esfuerzos del hospital para llevar a cabo la determinación del estado de patrocinio incluyendo el regreso de las solicitudes y la documentación adecuada.

El hospital usará un proceso de ingreso de solicitudes para determinar el interés inicial y si califican para el cuidado de caridad. Si el paciente decide no solicitar el cuidado de caridad, el hospital no los considerará para el programa de caridad a menos que se den a conocer otras circunstancias al hospital.

Determinaciones Finales:

Los formularios del cuidado de caridad, las instrucciones y solicitudes por escrito deberán de ser proporcionados al paciente cuando este lo solicite, cuando se indique la necesidad o cuando la evaluación financiera indique una probabilidad de que sea necesaria. Todas las solicitudes iniciadas por el hospital o por el paciente deberán de ir acompañadas de la documentación para verificar las cantidades de ingresos indicadas en el formulario de la solicitud. Para verificar su ingreso se aceptarán uno o más de los siguientes tipos de documentación:

1. Estados de cuenta de retención de W-2 de todos sus empleos durante el periodo de tiempo relevante
2. Talones de cheques de todos sus empleos durante el periodo de tiempo relevante
3. Una copia de la declaración de los impuestos sobre la renta más reciente
4. Documentos que aprueben o nieguen su elegibilidad para Medicaid o Ayuda médica financiada por el estado. Si la negación del Medicaid se debe a que el paciente no aplicó no será considerada como documentación suficiente.
5. Documentos que aprueben o nieguen el derecho a compensación por el desempleo
6. Declaraciones escritas de su patrón o agencias de bienestar social welfare. Al paciente se le pedirá que proporcione verificación de in elegibilidad para Medicaid o Asistencia Médica.

Durante el periodo inicial de solicitud, el hospital puede buscar otras fuentes de financiamiento, incluyendo Medicaid.

El ingreso tiene que ser anual desde la fecha de la solicitud y estará basado en la documentación y la información oral proporcionada por el paciente. Este proceso será determinado por el hospital y tomará en consideración los trabajos temporales o regidos por las estaciones y los aumentos y/o la disminución del ingreso.

Marco de Tiempo para la Decisión Final y las Apelaciones:

El hospital proporcionará una decisión final dentro los catorce días siguientes de haber recibido la solicitud y la documentación.

Negaciones:

Las negaciones se harán por escrito e incluirán instrucciones para llevar a cabo una apelación o reconsideración. El paciente/fiador puede apelar la determinación de elegibilidad para el cuidado de caridad proporcionando una verificación de ingreso adicional y el tamaño de la familia a la Representante de Cuentas al Cliente dentro de los catorce días siguientes a la recepción de la notificación. Todas las apelaciones serán revisadas por el Representante de Cuentas al Cliente y el Gerente de la Oficina Comercial. Si esta determinación afirma la negación anterior para el cuidado de caridad, se enviara una notificación por escrito al paciente/fiador y al departamento de salud de acuerdo a la ley del estado.

#### DOCUMENTACION OFICIAL

A. Confidencialidad: Toda la información relacionada con la aplicación será tratada confidencialmente. Las copias de los documentos que respaldan la aplicación se conservarán junto con la aplicación.

B. Los documentos relacionados con el cuidado de caridad serán mantenidos durante cinco (5) años.

#### NOTIFICACION

La Notificación Pública: La política de caridad del hospital estará disponible al público a través de anuncios y de la distribución de materiales indicando la política a los pacientes cuando el hospital solicite información sobre la cobertura médica. El hospital considera que la traducción de este documento esta disponible debido a que más del 10 % de la población que requiere de servicios habla el lenguaje del Español.

MGH: 05/91 MGH: 02/94 MGH: 04/97 MGH: 03/00 MGH: 02/03 MGH: 04/09  
MGH: 04/92 MGH: 03/95 MGH: 02/98 MGH: 02/01 MGH: 02/04 MGH: 02/11  
MGH: 04/93 MGH: 05/96 MGH: 04/99 MGH: 03/02 MGH: 01/05 MGH:01/12  
MGH: 01/06 MGH: 05/06 MGH: 03/07 MGH: 03/08 MGH: 08/08



8. NUMERO DE PERSONAS EN SU FAMILIA \_\_\_\_\_

9. LISTA DE FAMILIARES

	Nombre	Parentesco
Paciente	_____	_____
Otros	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

10. INFORMACION PARA SERVICIOS DEL CUIDADO AL PACIENTE: (Que servicios quiere que se le consideren para la compensación?)

Servicio Medico Recibido: Fecha/s del servicio \_\_\_\_\_

Lista de pacientes que recibieron el servicio:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Servicio Médico que todavía no se ha solicitado: Tipo de Servicio \_\_\_\_\_

Fecha/s del servicio \_\_\_\_\_

Lista de pacientes que recibieron el servicio:

_____	_____
_____	_____

Por medio de la presente autorizo/autorizamos al Hospital General de Mason a verificar la información proporcionada arriba incluyendo el historial de empleo y a revisar la información archivada en la Agencia de Crédito local o cualquier otra fuente nombrada en la solicitud. Yo certifico que según mi conocimiento la información proporcionada arriba es correcta y verdadera. Adicionalmente realizare mi solicitud para recibir asistencia médica (Medicaid, Medicare, A seguridad, etc.) disponible para hacerse cargo de mis gastos de hospital, y yo realizare cualquier acción necesaria para obtener dicha ayuda y pagaré al hospital la cantidad recuperada por los gastos de hospital.

Entiendo que esta aplicación es llevada a cabo para que el hospital pueda juzgar mi elegibilidad para los servicios de caridad basados en el criterio establecido en el archivo en el hospital. Si parte de la información que he proporcionado resulta ser falsa, entiendo que el hospital podrá volver a evaluar mi situación financiera y tomar la acción que considere apropiada.

Fecha de Solicitud \_\_\_\_\_ Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_

