

Política

POLÍTICA N.º E.300.85500.301
ORIGINADA 1999
MODIFICADA 11/2017
PÁGINA 1 DE 12

ASUNTO: Política de Asistencia Financiera (FAP) alias Política de Atención de Caridad y Descuentos

APLICACIÓN: PIH Health Good Samaritan Hospital (PHGSH)

OBJETIVO

PIH Health Good Samaritan Hospital (PHGSH) ha asumido el compromiso de asegurarse de que sus pacientes reciban la atención necesarias sin discriminación y sin tomar en cuenta su capacidad de pago. El objetivo de esta política es brindar lineamientos para identificar y manejar a los pacientes que puedan ser elegibles para caridad o descuentos por pago por cuenta propia.

DEFINICIÓN

1. Los servicios médicamente necesarios son aquellos que son absolutamente necesarios para tratar o diagnosticar a un paciente y que podrían afectar de manera adversa el trastorno, la enfermedad o la lesión del paciente en caso de ser omitidos, por lo que no se consideran como cirugía o tratamientos electivos o cosméticos.
2. Un paciente elegible para participar en el FAP o "paciente de atención de caridad" es un paciente que no es capaz de pagar por los servicios de PHGSH (a diferencia de no estar dispuesto a hacerlo). En todos los casos, un paciente cuyos ingresos familiares no excedan del 350% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) pueden tomarse en cuenta en esta política. Los pacientes de familias con ingresos altos (o ingresos no documentados) también podrían ser elegibles si el personal de PHGSH determina de manera razonable que es poco probable que el paciente tenga los recursos para pagar por su atención.
3. Un paciente con pago por cuenta propia es un paciente que no cuenta con cobertura de un seguro de salud personal o colectivo, y que no es elegible para recibir beneficios de Medicare, Medi-Cal, el programa HealthyFamilies (Familias Saludables), el Mercado de Beneficios de Salud de California, el Programa para Pacientes Indigentes del Condado de Los Angeles, los Servicios para Niños de California (CCS, por sus siglas en inglés), Víctimas del Delito (VOC, por sus siglas en inglés), incapacidad laboral, el Programa de Servicios de Salud para Indigentes de California (CHIP, por sus siglas en inglés) financiado por el estado, cobertura de accidentes (responsabilidad de terceros), o cualquier otro programa.
4. Un paciente con costos médicos elevados es un paciente que tiene seguro o es elegible para recibir pagos de otra fuente, pero que tiene ingresos familiares iguales o menores al 350% del FPL y ha pagado de su bolsillo gastos médicos en los últimos doce (12) meses (incurridos dentro o fuera de cualquier hospital) que excedan del 10% de sus ingresos familiares.
5. Los ingresos familiares incluirían los ingresos de todos los miembros de la "familia" del paciente. Para un paciente de 18 años de edad o más, la familia incluye a su cónyuge,

pareja doméstica e hijos dependientes menores de 21 años de edad, sin importar si viven con él. Para un paciente menor de 18 años de edad, la familia incluye a sus padres, parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años de edad de sus padres o parientes cuidadores.

PRINCIPIOS DEL PAGO POR CUENTA PROPIA PARA PACIENTES CON SEGURO INSUFICIENTE

PHGSH aplicará los siguientes principios para implementar esta política:

1. El temor a una factura del hospital nunca debe impedir que un paciente solicite servicios de atención médica de emergencia, y la incapacidad de pago nunca debe ser una razón para negar la atención médicamente necesaria.
2. El Hospital proveerá asistencia financiera a los pacientes que no puedan pagar una parte, o la totalidad, de la atención que reciban.
3. El Hospital no penalizará financieramente a los pacientes elegibles para el FAP que no tengan seguro de salud o que tengan un seguro de salud inadecuado (en el caso de pacientes con costos médicos elevados) al exigirles pagar más por su atención de lo que pagaría habitualmente una compañía de seguros o un programa gubernamental (consulte más adelante una explicación más detallada del Importe Generalmente Facturado, o AGB, por sus siglas en inglés).
4. Sin embargo, la asistencia financiera provista por el Hospital no sustituye a la responsabilidad personal. Se espera de todos los pacientes que contribuyan al costo de su atención, considerando su capacidad de pago individual.
5. Todos los pacientes serán tratados con dignidad, compasión y respeto.
6. Nuestras prácticas de cobranza de deudas serán congruentes con estos principios y con todas las leyes aplicables.

POLÍTICA

1. PHGSH ayudará a todos los pacientes que no cuentan con un seguro de salud a identificar y solicitar los beneficios para los que puedan ser elegibles de programas que incluyen a Medicare, Medi-Cal, el programa HealthyFamilies (Familias Saludables), el Mercado de Beneficios de Salud de California, el Programa para Pacientes Indigentes del Condado de Los Angeles, los Servicios para Niños de California (CCS, por sus siglas en inglés), Víctimas del Delito (VOC, por sus siglas en inglés), incapacidad laboral, el Programa de Servicios de Salud para Indigentes de California (CHIP, por sus siglas en inglés) financiado por el estado y cobertura de accidentes mediante responsabilidad de terceros (TPL, por sus siglas en inglés). Además, los pacientes con bajos ingresos que sean elegibles pueden recibir asistencias con algunas o todas sus responsabilidades financieras mediante programas de subsidios de caridad, como QueensCare y Good Hope. PHGSH también puede ofrecer la atención necesaria de manera gratuita o con descuentos significativos como caridad no financiada, según las características de cada caso particular.
2. Los pacientes sin seguro que no sean elegibles para ningún beneficio o programa de seguro o cobertura de salud tendrán la opción de pagar las tarifas de pago por cuenta propia. Dichas tarifas se establecerán de acuerdo con la "Política de Precios en Efectivo".
3. Dependiendo de sus ingresos y activos, los pacientes que no estén asegurados y que no sean elegibles para recibir beneficios de ningún otro programa pueden recibir un



descuento del 100% como atención de caridad, un descuento parcial de atención de caridad, o un descuento por pago por cuenta propia (ver la explicación más adelante, en la sección "Elegibilidad para descuentos totales o parciales por atención de caridad").

4. Esta política no se aplica a deducibles, copagos y coaseguros impuestos por compañías de seguros, a menos que el paciente sea elegible para recibir asistencia como "paciente con costos médicos elevados". Tampoco se aplica a servicios que no sean médicamente necesarios (como cirugía cosmética) ni a servicios de médicos que se facturen por separado.

5. La política no será aplicable si el paciente o la parte responsable proporciona información falsa sobre su elegibilidad financiera, o si no hace todos los esfuerzos razonables para solicitar y obtener beneficios de seguro de un tercero para los que sea elegible.

6. Todo paciente o representante legal de un paciente que solicite un descuento de caridad en los términos de esta política hará todos los esfuerzos razonables para responder a solicitudes razonables de PHGSH para documentar sus ingresos, activos y potenciales coberturas de seguro de salud. La omisión de proporcionar información podría redundar en la denegación del descuento por pago por cuenta propia o descuento de atención de caridad que se haya solicitado. Sin embargo, no se podrá negar la asistencia financiera por incumplir con la entrega de información o documentos que no se describan en esta FAP ni el la solicitud de FAP.

PROCEDIMIENTO

1. Después de su admisión/registro, todos los pacientes recibirán un resumen en lenguaje sencillo de esta Política de Asistencia Financiera, que contendrá información acerca de la elegibilidad e información de contacto (nombre y número telefónico) de un empleado u oficina del hospital que puede darles más información. Los resúmenes en lenguaje sencillo estarán disponibles en inglés y en los idiomas hablados por 1,000 personas o por el 5% de las personas que son o tengan probabilidades de ser atendidas, afectadas o contactadas por el hospital, la cantidad que sea menor (actualmente, español y coreano). Se contará con traductores para traducir oralmente los avisos a los pacientes que hablen otros idiomas.

2. Siempre que sea posible, PHGSH realizará una evaluación financiera para determinar si un paciente de pago por cuenta propia podría ser elegible para una cobertura de un tercero pagador, incluyendo compañías de seguros privadas o programas gubernamentales, como Medicare, Medi-Cal, el programa HealthyFamilies (Familias Saludables), el Mercado de Beneficios de Salud de California, el Programa para Pacientes Indigentes del Condado de Los Angeles, los Servicios para Niños de California (CCS, por sus siglas en inglés), el Programa de Seguro de Salud de California (CHIP, por sus siglas en inglés), Víctimas del Delito (VOC, por sus siglas en inglés) o cualquier otro tercero, como un empleador por incapacidad laboral, u otra persona mediante responsabilidad de terceros (TPL, por sus siglas en inglés). Cuando sea factible, PHGSH ayudará a los pacientes a identificar posibles fuentes de pago y a presentar solicitudes a los programas. Esta evaluación financiera se hará lo antes posible y antes de que se presten servicios, excepto cuando se difiera debido a una evaluación y valoración de emergencia (como se describe mas adelante). La información provista a los pacientes de pago por cuenta propia

incluirá una declaración explicativa de cómo los pacientes pueden obtener solicitudes para Medi-Cal, HealthyFamilies (Familias Saludables), cobertura por medio del Mercado de Beneficios de Salud de California, el Programa para Indigentes del Condado de Los Angeles o un programa de cobertura de salud financiado por cualquier otro estado o condado, y que el hospital proporciona los formularios. El aviso también debe incluir una remisión a un centro local de asistencia al consumidor situado en oficinas de servicios legales. Cuando no se identifique ninguna cobertura, se le entregarán al paciente de pago por cuenta propia solicitudes para Medi-Cal, HealthyFamilies (Familias Saludables) y otros programas de cobertura de salud financiados por el estado o un condado, así como para programas de asistencia de caridad que podrían ofrecer ayuda financiera. Todo esto se entregará antes del alta si el paciente ha sido admitido, o a los pacientes que reciban atención de emergencia o ambulatoria.

3. En el caso de pacientes que tengan o puedan tener una emergencia médica, la evaluación financiera se diferirá hasta después de que el paciente haya recibido una evaluación médica y el tratamiento necesario para estabilizarlo. El tratamiento no se demorará mientras el paciente tramita un proceso de admisión o registro. En todo momento se dará la mayor prioridad al estado médico del paciente, y debe cuidarse de no permitir que el proceso de revisión financiera genere ansiedad al paciente.

4. Si no puede recolectarse información financiera al momento de la admisión o registro, deben hacerse intentos razonables para recolectar la información antes de que el paciente reciba el alta, con el fin de facilitar la facturación correcta y el acceso a toda la asistencia financiera a la que el paciente tenga derecho.

5. Se tendrá la expectativa de que los pacientes contesten, cuando se les solicite, con información completa y precisa sobre su cobertura de seguro de salud, y si solicitará atención de caridad o estatus de pago por cuenta propia, sobre sus activos financieros e ingresos, para que el Hospital pueda valorar su elegibilidad para programas patrocinados por el gobierno o para recibir asistencia de programas de atención de caridad o del programa de descuentos por pago por cuenta propia.

6. En general, la experiencia del Hospital indica que los pacientes de pago por cuenta propia no cuentan con los recursos para cubrir las facturas del hospital, y no es necesario obtener su información financiera para confirmarlo. Cuando exista alguna duda sobre la cobertura de seguro de salud del paciente o sus recursos financieros, el Hospital puede pedir a un paciente de pago por cuenta propia que llene un formulario de solicitud de asistencia financiera (FAR, por sus siglas en inglés). El FAR se usará para determinar la capacidad de un paciente para pagar los servicios necesarios y para determinar la posible elegibilidad del paciente para recibir asistencia pública, ayuda de otros programas y descuentos de pago por cuenta propia del Hospital. La información del FAR puede aceptarse sin obtener documentos adicionales de sustento, pero el Hospital también puede pedir documentación de sustento, como declaraciones de impuestos recientes o recibos de nómina, así como verificación de las instituciones financieras que resguardan los activos del paciente. El FAR y la documentación de sustento pueden solicitarse a una muestra de los pacientes, o cuando la información disponible sugiera que hay dudas respecto a si el paciente es elegible para atención de caridad. El FAR escrito estará disponibles en inglés y en los idiomas hablados por 1,000 personas o por el 5% de las personas que son o tengan probabilidades de ser atendidas, afectadas o contactadas por el hospital, la cantidad que

sea menor (actualmente, español y coreano), y se traducirá para quienes hablen otro idioma.

8. La evaluación financiera y las pruebas de medios para el descuento por atención de caridad estarán a cargo de los asesores financieros del Departamento de Admisiones o de representantes de cobranza de Servicios Comerciales para Pacientes. Servicios Comerciales para Pacientes tiene la autoridad definitiva para determinar que se han hecho esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para el FAP antes de que el hospital o sus cesionarios realicen acciones extraordinarias de cobranza (ver la sección "Facturación al paciente y cobranzas", más adelante, para conocer más detalles).

ELEGIBILIDAD PARA DESCUENTOS TOTALES O PARCIALES POR ATENCIÓN DE CARIDAD

1. Los pacientes de pago por cuenta propia cuyos ingresos familiares sean iguales o menores al 350% del FPL serán elegibles para descuentos totales o parciales de atención de caridad, dependiendo de sus ingresos familiares.
 - a. Los pacientes de pago por cuenta propia cuyos ingresos familiares sean menores al 200% del FPL serán elegibles para un descuento total, del 100%, por atención de caridad en todos los servicios prestados.
 - b. Los pacientes de pago por cuenta propia cuyos ingresos familiares estén entre 200% y 350% del FPL serán elegibles para un descuento parcial de atención de caridad en los servicios prestados, equivalente al 60% del precio en efectivo aplicable -- ver la Política de Precios en Efectivo.
2. El Hospital puede pedir al paciente que conteste un formulario de FAR para evaluar la elegibilidad del paciente para un descuento de pago por cuenta propia o de atención de caridad.
 - a. A solicitud del Hospital, el paciente puede tener la obligación de documentar los ingresos de su familia, entregando su declaración de impuestos federales más reciente o recibos de nómina recientes.
 - b. Se considerará que los activos que superen el importe excluido legalmente exceden los activos permisibles, lo que podría redundar en la denegación de un descuento de atención de caridad. Sin embargo, no se tomarán en cuenta los siguientes activos:
 - i. Cuentas para el retiro y planes de remuneración diferida definidos por el IRS, tanto calificados como no calificados.
 - ii. Los primeros \$10,000 de todos los activos monetarios.
 - iii. El 50% de todos los activos monetarios excedentes de \$10,000.
 - iv. La residencia familiar primaria del paciente.
3. Un paciente con costos médicos elevados es elegible para un descuento de caridad del 100% sobre los importes de responsabilidades pendientes del paciente si sus ingresos familiares son iguales o menores al 350% del FPL y ha pagado de su bolsillo gastos médicos en los últimos doce (12) meses (incurridos dentro o fuera de cualquier hospital) que excedan del 10% de sus ingresos familiares. Su elegibilidad para dichos descuentos se reevaluará cuando sea necesario para satisfacer la prueba de los doce meses anteriores.
4. Las cuentas de los pacientes de pago por cuenta propia y de los pacientes con costos médicos elevados que cumplan con los criterios de elegibilidad arriba indicados para

descuentos de atención de caridad pueden enviarse a QueensCare, una organización de beneficencia pública, o a Good Hope, un subsidio de caridad privado, cuando resulte apropiado. Los pacientes cuyas cuentas se enviarán a QueensCare deberán llenar y firmar una certificación de QueensCare. Los pacientes en Good Hope tendrán la obligación de pagar una cantidad simbólica por sus servicios.

5. Se preguntará a los pacientes sin hogar (lo que incluye a todos los pacientes que indiquen que no tienen domicilio) si aceptarían una remisión a un programa como PeopleAssistingthe Homeless (PATH), que provee atención médica de seguimiento después del alta en su clínica ambulatoria, y ofrece un servicio de apartados postales para facilitar la comunicación de seguimiento con el paciente. PHGSH le entregará al paciente un folleto que indique los servicios que ofrece PATH o un programa similar. Se pedirá a los pacientes sin hogar que aceptaron la remisión a PATH o a un programa similar que firmen el "formulario de confirmación de aceptación de la remisión" en el que indican que aceptan la remisión. Se le entregará al paciente una copia del documento firmado, y el original firmado se incluirá en el expediente médico del paciente. El personal que ayude en la planificación del alta debe hacer el contacto apropiado con PATH o con el programa similar para ayudar a organizar el seguimiento. El planificador de altas de PHGSH enviará a PATH o al programa similar un formulario de remisión y un formulario de remisión de correo, para que pueda inscribir al paciente en servicios postales y facilitar la atención de seguimiento con PHGSH cuando el paciente se presente a la clínica para continuar con su atención.

6. Se ofrecerá a los pacientes un plan de pagos en parcialidades si indican que no pueden pagar sus facturas con descuento. Los términos del plan de pagos serán negociados por el hospital y el paciente. Los planes de pagos en parcialidades no generarán intereses. Si no es posible llegar a un acuerdo sobre un plan de pagos, el hospital puede exigir el pago usando la "fórmula de pago razonable" que "significa hacer pagos mensuales que no sean mayores al 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente en un mes, excluyendo las deducciones por gastos de subsistencia esencial. Los 'gastos de subsistencia esencial' son... los gastos por los siguientes conceptos: pago de alquiler o vivienda y mantenimiento, alimentos e insumos domésticos, servicios básicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, escuela o guardería, manutención de hijos o cónyuge, gastos de transporte y automóvil, incluyendo seguro, gasolina y reparaciones, pagos en parcialidades, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios".

DESCUENTO DE CARIDAD POR PAGO POR CUENTA PROPIA

Se pueden ofrecer a los pacientes de pago por cuenta propia, que no sean elegibles para ningún beneficio de un tercero pagador ni para otros programas de cobertura de salud, las tarifas con descuento de precio en efectivo. Consulte la Política de Precios en Efectivo. La diferencia entre el costo total de la prestación de los servicios y la tarifa con descuento que el paciente debe se clasifica como atención de caridad.

IMPORTE GENERALMENTE FACTURADO (AGB)

Después de determinar su elegibilidad, a los pacientes que sean elegibles para el AGB, con o sin seguro, no se les cobrará un importe mayor al importe generalmente facturado, o AGB. PHGSH calcula el AGB usando el método prospectivo, lo que significa que se usa el proceso de facturación y codificación que se usaría si la persona elegible para el FAP



fuera un beneficiario de pago por servicio de Medicare, con el fin de determinar el importe total que Medicare aceptaría pagar por la atención, incluyendo el importe que reembolsaría Medicare y el importe que correspondería pagar en lo personal al beneficiario en forma de copagos, coaseguro y deducibles.

PHGSH no habrá incumplido con las obligaciones legales relacionadas con el AGB si el cargo que exceda del AGB a) no se hizo o solicitó como condición previa para prestar la atención médicamente necesaria, b) al momento del cargo que exceda al AGB la persona elegible para el FAP no había entregado una solicitud del FAP contestada al centro hospitalario para obtener asistencia financiera para su atención, y el centro no había determinado por otros medios que el paciente era elegible para el FAP, y c) si la persona posteriormente entrega una solicitud del FAP contestada y se determina que es elegible para el FAP, el hospital reembolsa el importe total superior a \$5 que excedía de su responsabilidad personal y que la persona pagó por la atención, ya sea al centro hospitalario o a cualquier otra parte a la que el hospital remitió o vendió la deuda derivada de la atención.

PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN Y COBRANZA A PACIENTES

1. PHGSH hará esfuerzos para garantizar que las cuentas de los pacientes se procesen de manera justa y constante. Todos los pacientes serán tratados con dignidad, compasión y respeto. Nuestras prácticas de cobranza de deudas serán congruentes con estos principios y cumplirán todos los requisitos de las leyes de California y federales.
2. Los pacientes que no hayan presentado comprobante de su cobertura al momento de recibir la atención, o antes, recibirán un estado de cuenta con todos los cargos por los servicios prestados en el hospital. Un aviso escrito de manera conspicua en el estado de cuenta notifica e informa a los destinatarios sobre la disponibilidad de asistencia financiera en los términos de este FAP e incluye el número de teléfono de la oficina o departamento del centro hospitalario que puede brindar información sobre el FAP o sobre el proceso de solicitud para el FAP, así como la dirección de internet directa (o URL) en la que pueden obtenerse copias de los documentos del FAP. Además, se incluirá en ese estado de cuenta una petición de proporcionar al hospital la información de su seguro de salud, así como una copia del resumen en lenguaje sencillo del FAP. Además, se enviará al paciente un aviso que indique que puede ser elegible para Medicare, Medi-Cal, HealthyFamilies (Familias Saludables), el Mercado de Beneficios de Salud de California, el Programa para Pacientes Indigentes del Condado de Los Angeles, los Servicios para Niños de California (CCS), caridad o un descuento por pago por cuenta propia. Dicho aviso incluirá la información de contacto (nombre y número telefónico) de un empleado u oficina del hospital que puede darles más información, e indicará cómo el paciente puede obtener los formularios de solicitud apropiados. El aviso también debe incluir una remisión a un centro local de asistencia al consumidor situado en oficinas de servicios legales. Los pacientes que no tengan ninguna cobertura recibirán solicitudes para Medi-Cal, HealthyFamilies (Familias Saludables) y otros programas de cobertura de salud financiados por el estado o un condado, así como para programas de asistencia de caridad que podrían ofrecer ayuda financiera. Todo esto será adicional al aviso entregado antes del alta si el paciente ha sido admitido, o a los pacientes que reciban atención de emergencia o ambulatoria.

3. Si el paciente no responde al estado de cuenta y aviso antes mencionado en un plazo de treinta (30) días, se le enviará por correo a la dirección del paciente o garante un segundo estado de cuenta que refleje la totalidad de los cargos, junto con la información donde se le solicita la información de su seguro y se le ofrece la opción de solicitar descuentos por pago por cuenta propia y atención de caridad. Si el paciente otra vez no responde en un plazo de 30 días, el hospital asumirá que el paciente no es elegible para ninguna cobertura de un seguro de salud personal o colectivo, y que no es elegible para recibir beneficios de ningún tercero pagador (por ejemplo Medicare, Medi-Cal, el programa HealthyFamilies (Familias Saludables), el Mercado de Beneficios de Salud de California, el Programa para Pacientes Indigentes del Condado de Los Angeles, los Servicios para Niños de California (CCS, por sus siglas en inglés), Víctimas del Delito (VOC, por sus siglas en inglés), incapacidad laboral, el Programa de Servicios de Salud para Indigentes de California (CHIP, por sus siglas en inglés) financiado por el estado, y cobertura de accidentes (responsabilidad de terceros)). Salvo cuando existan evidencias en contrario, el Hospital puede asumir que el paciente es elegible para un descuento de caridad y ajustar la cuenta del paciente con un descuento por caridad. Los estados de cuenta subsecuentes reflejarán esos precios con descuento.

4. Si el paciente no entrega la solicitud de caridad o Medi-Cal provista en un período razonable, y después de hacer esfuerzos razonables para cobrar (el paciente ha recibido la solicitud de caridad / FAP, avisos apropiados sobre el FAP del hospital, tres o más estados de cuenta y un estado de cuenta final) o no paga la tarifa con descuento, se le clasificará como deuda incobrable y se asignará a Cobranza. Después de que transcurran 120 días desde que se envíe el primer estado de cuenta posterior al alta, se enviará un aviso a 30 días en el que se informe a los pacientes o las partes responsables que puede enviarse información negativa a una agencia de informes crediticios y puede iniciarse una demanda civil en su contra por falta de pago. Se incluirá con este aviso un resumen en lenguaje sencillo del FAP e información sobre cómo solicitar asistencia.

5. Si el paciente presenta una solicitud, PIH Health GoodSamaritan Hospital suspenderá todas las acciones extraordinarias de cobranza mientras determina su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Si el paciente es elegible para el FAP, la cuenta se retirará de la agencia de cobranza. El caso de incumplimiento se eliminará del informe crediticio del paciente.

6. Si un paciente está tratando de ser elegible para la Política de Asistencia Financiera del hospital, alias la Política de Atención de Caridad y Descuentos, y está haciendo esfuerzos de buena fe para liquidar su factura pendiente, el hospital no enviará la cuenta insoluta a ninguna agencia de cobranza u otra cesionaria hasta que dicha entidad se haya comprometido a cumplir con esta política.

7. La elegibilidad para descuentos de caridad por pago por cuenta propia, descuentos de atención de caridad y gastos médicos elevados puede determinarse en cualquier momento, después de que el Hospital haya recibido toda la información que necesita para determinar la elegibilidad del paciente. Los pacientes están obligados a informar de manera expedita a PHGSH sobre cualquier cambio en su información financiera.

8. PHGSH o sus agencias de cobranza contratadas emprenderán esfuerzos de cobranza razonables para recuperar los importes debidos por los pacientes. Dichos esfuerzos incluyen la asistencia con solicitudes para obtener cobertura de programas gubernamentales, evaluación de la elegibilidad para atención de caridad, ofertas de



descuentos de pago por cuenta propia y planes de pago en parcialidades. PHGSH no impondrá embargos salariales ni gravámenes en residencias primarias, y no diferirá ni denegará la atención médicamente necesaria, ni exigirá el pago por adelantado por atención médicamente necesaria, debido a la falta de pago de una o varias facturas anteriores. Esto no impide que PHGSH o sus agencias de cobranza contratadas exijan el reembolso en caso del pago de indemnizaciones por responsabilidad de terceros, o a otras partes legalmente responsables.

9. Las agencias que ayudan al hospital en la facturación de importes pendientes de pacientes deben firmar un acuerdo por escrito donde se comprometan a cumplir con los estándares y el alcance de las prácticas del hospital, y PHGSH se reúne trimestralmente con las agencias de cobranza para asegurarse de su cumplimiento y evaluar su desempeño.

La agencia también debe comprometerse a:

- a. No enviar información negativa a una agencia de informes crediticios ni iniciar demandas civiles en contra del paciente por falta de pago antes de que transcurran 150 días de la factura inicial posterior al alta, y suspender dichas acciones si se presenta una solicitud para el FAP, hasta que pueda hacerse una determinación de elegibilidad. Si se determina que la persona no es elegible para el FAP, pueden iniciarse o reanudarse las acciones extraordinarias de cobranza si se cumplen todos los demás requisitos.
- b. No aplicar embargos salariales, excepto por orden judicial y previa una petición debidamente notificada, sustentada en una declaración presentada por el solicitante en la que se identifique el fundamento por el que cree que el paciente tiene la capacidad de pagar el fallo mediante el embargo salarial, mismo que la corte deberá considerar en vista del importe del fallo y de la información adicional provista por el paciente antes de o durante la audiencia sobre la capacidad de pago del paciente, e incluyendo la información sobre sus probables gastos médicos futuros proyectados con base en el estado de salud actual y otras obligaciones del paciente.
- c. No aplicar gravámenes a residencias primarias.
- d. Cumplir todos los requisitos de las leyes de California y federales.

10. Si se hace un sobrecobro a un paciente, el hospital deberá reembolsar al paciente el importe cobrado en exceso. Se pagarán intereses sobre el importe cobrado en exceso. Los intereses se basarán en la tasa de interés preponderante y se calcularán a partir de la fecha en que se recibió el sobrepago.

APLICABILIDAD A EMERGENCIAS Y A OTROS MÉDICOS

Dado que el hospital no puede emplear a médicos, este FAP solamente se aplica a los servicios del centro hospitalario y no se aplica a los médicos de la sala de emergencias, radiólogos, patólogos, anesthesiólogos, hospitalistas, cirujanos y otros médicos. Sin embargo, los médicos de emergencias que prestan servicios de emergencias en el Hospital también están obligados a ofrecer descuentos a los pacientes no asegurados y a los pacientes con costos médicos elevados con ingresos iguales o menores al 350 por ciento del nivel federal de pobreza, de manera apropiada para mantener su integridad financiera y operativa. En general, el Hospital exigirá que los médicos que atiendan la sala de emergencias y que presten servicios en el panel de llamadas de emergencia mantengan contratos con los planes que también tienen contrato con el Hospital, y que

ofrezcan a los pacientes descuentos congruentes con esta Política de Atención de Caridad y Descuentos.

DISPUTAS

Los pacientes pueden estar en desacuerdo con la determinación de su elegibilidad para un descuento de caridad. Un paciente puede solicitar una revisión de la determinación al director de Servicios Financieros para pacientes, llamando al (213) 482-2700. Se tomará una decisión definitiva en un plazo de 15 días de que el paciente solicite la revisión.

PROCEDIMIENTOS DE INFORME

La Política de Atención de Caridad y Descuentos de PHGSH se entregará a la Oficina de Planificación Estatal por lo menos cada dos años, el 1 de enero, o cuando se le haga algún cambio significativo. Si el hospital no ha hecho cambios desde la última vez que entregó la información, se informará a la oficina que no se han hecho cambios.

COMUNICACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE ATENCIÓN DE CARIDAD Y DESCUENTOS

Servicios Financieros para Pacientes de PHGSH deberá publicar y mantener la Política de Asistencia Financiera, alias la Política de Atención de Caridad y Descuentos. También capacitará al personal en cuanto a la disponibilidad de procedimientos relacionados con la asistencia financiera para pacientes.

Un aviso de nuestra Política de Asistencia Financiera, alias la Política de Atención de Caridad y Descuentos, se colocará en lugares conspicuos en diversas partes del hospital que incluirán el Departamento de Emergencias, la Oficina de Admisiones, las áreas de registro de pacientes ambulatorios y el Departamento de Servicios Comerciales para Pacientes, además de incluirse en los estados de cuenta y el sitio de internet del Hospital. Dichos avisos estarán en inglés y en los idiomas hablados por 1,000 personas o por el 5% de las personas que son o tengan probabilidades de ser atendidas, afectadas o contactadas por el hospital, la cantidad que sea menor (actualmente, español y coreano). PHGSH difunde su Política de Asistencia Financiera a las agencias de salud y organizaciones comunitarias apropiadas que prestan ayuda a las familias.

CONDONACIONES DE ATENCIÓN DE CARIDAD

1. La atención de caridad incluirá todos los importes condonados a pacientes de atención de caridad por pago por cuenta propia, atención de caridad, y costos médicos elevados.
2. Los pacientes que sean elegibles para Medi-Cal, pero no reciban pagos equivalentes al costo total de los servicios o no reciban la aprobación de la cobertura de toda su estancia, son elegibles para condonaciones de atención de caridad. Estas incluyen los cargos por costos no cubiertos, servicios no cubiertos, días denegados o estancias denegadas. Las denegaciones de solicitudes de autorización de tratamiento (TAR, por sus siglas en inglés) y la falta de pago por los servicios no cubiertos provistos a pacientes con Medi-Cal se clasificarán como caridad.
3. Además, los pacientes con Medicare que tengan cobertura de Medi-Cal para sus coaseguros y deducibles, para los que Medi-Cal no haga un pago, y cualquier importe que Medicare no reembolse en última instancia como deuda incobrable, también se incluirán como caridad.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Las preguntas sobre la elegibilidad para asistencia financiera para servicios a pacientes hospitalizados deben dirigirse al coordinador de elegibilidad al teléfono (213) 482-2719.
Las preguntas sobre la elegibilidad para asistencia financiera para servicios de emergencia deben dirigirse al coordinador de elegibilidad al teléfono (213) 977-2421.
Las preguntas sobre la elegibilidad para asistencia financiera para servicios ambulatorios deben dirigirse al supervisor de cuentas de pacientes al teléfono (213) 482-2700.
Las preguntas sobre la implementación de esta política deben dirigirse al director de servicios financieros para pacientes, llamando al (213) 482-2700.
Para obtener una copia de esta Política de Asistencia Financiera, una solicitud de asistencia financiera, un resumen en lenguaje sencillo, o si tiene preguntas sobre el proceso de solicitud, visite PIHHealth.org/Assistance o llame a Servicios Financieros para Pacientes al 213-482-2700.
Puede enviar su solicitud contestada por correo a:
PIH Health Good Samaritan Hospital
Attention: Patient Financial Services – FAP Unit
1225 Wilshire Boulevard
Los Angeles, CA 90017-2395
o bien, si necesitan ayuda para contestar la solicitud, los pacientes pueden llamar a Servicios Financieros para Pacientes al 213-482-2700

AUTOR

Director de Servicios Financieros para Pacientes

Aprobaciones de la política

Nombre de la política: Política de Asistencia Financiera (FAP) alias Política de Atención de Caridad y Descuentos

Entidad: PIH Health Good Samaritan Hospital **Departamento:** Ciclo de ingresos

Originador de la política:

Noel Coppinger

Nombre

Ciclo de ingresos

Departamento

14800

Extensión



Aprobaciones de comités:

Comité	Fecha
Comité	Fecha
Comité	Fecha
Comité	Fecha

Firmas:

Noel Coppinger		7/Jun/2021
Nombre	Firma	Fecha
Vid Shivaraman		7/Jun/2021
Nombre	Firma	Fecha
Nombre	Firma	Fecha
Nombre	Firma	Fecha
Nombre	Firma	Fecha