

GOOD SAMARITAN HOSPITAL
Políticas operativas

MANUAL:	ADMINISTRATIVO	POLÍTICA #:		
ASUNTO:	Política de descuento y de atención benéfica	FECHA DE APROBACIÓN ORIGINAL:		1999
PERSONAL CUBIERTO:		FECHA DE ÚLTIMA APROBACIÓN DE CONSEJO:		11/14
	Todo el personal del Hospital y socios comerciales	PÁGINA:	1	DE 9

PROPÓSITO

Good Samaritan Hospital (GSH) se compromete a asegurar que sus pacientes reciban la atención necesaria, independientemente de su capacidad de pago. El propósito de esta política es proporcionar las directrices para identificar y manejar pacientes que puedan calificar para descuentos benéficos o de auto pago (self-pay).

DEFINICIÓN

- Servicios médicamente necesarios** son aquellos que son absolutamente necesarios para tratar o diagnosticar a un paciente que podría afectar adversamente la condición, enfermedad o lesión del paciente si se omiten, y no se consideran una cirugía o tratamiento electivo o cosmético.
- Un **Paciente de atención benéfica** es un paciente que no puede (a diferencia de, no quiere) pagar por los servicios de GSH. En todos los casos, un paciente cuyos Ingresos familiares no excedan del 350% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) puede ser considerado bajo esta política. Los pacientes de familias con altos ingresos (o ingresos indocumentados) también pueden calificar si el personal de *Good Samaritan* determina razonablemente que es poco probable que el Paciente tenga los recursos para pagar por la atención.
- Un **Paciente de auto pago (self-pay)** es un paciente que no tiene cobertura a través de un seguro médico personal o grupal y no es elegible para beneficios a través de *Medicare*, *Medi-Cal*, el programa de *Healthy Families*, *California Health Benefit Exchange*, *Los Angeles County Indigent Patient Program*, *California Children's Services (CCS)*, *Victim of Crime (VOC)*, compensación de trabajadores, *State funded California Healthcare for Indigent Program (CHIP)*, cobertura para accidentes (TPL), o cualquier otro programa.
- Un **Paciente de costo médico elevado** es un paciente que tiene seguro o es elegible para recibir pago de otra fuente, pero que tiene un ingreso familiar en o por debajo del 350% del FPL y gastos médicos directos en los últimos doce (12) meses (ya sean incurridos en o fuera de cualquier hospital) que exceden el 10% del ingreso familiar.
- Ingreso familiar** incluiría los ingresos de todos los miembros de la "familia" del paciente. Para un paciente de 18 años de edad o más, familia incluye al cónyuge, pareja doméstica e hijos dependientes del paciente menores de 21 años de edad, que viven dentro o fuera del hogar. Para un paciente menor de 18 años de edad, familia incluye los padres del paciente, parientes cuidadores y otros niños menores de 21 años de edad del padre o pariente cuidador.

PRINCIPIOS PARA LOS PACIENTES DE AUTO PAGO

GSH se adhiere a los siguientes principios en la aplicación de esta política:

- El miedo a la cuenta del Hospital nunca debe impedir que un paciente busque servicios de atención médica de emergencia, y la incapacidad de pago nunca debe ser una razón para negar la atención médicamente necesaria.
- El Hospital proporcionará asistencia financiera a los pacientes que no pueden pagar por parte o toda la atención que reciben.

GOOD SAMARITAN HOSPITAL
Políticas operativas

MANUAL:	ADMINISTRATIVO	POLÍTICA #:		
ASUNTO:	Política de descuento y de atención benéfica	FECHA DE APROBACIÓN ORIGINAL:		1999
		FECHA DE ÚLTIMA APROBACIÓN DE CONSEJO:		11/14
		PÁGINA:	2	DE

3. El Hospital no penalizará financieramente a los pacientes que no tienen seguro médico al exigirles que paguen más por la atención que lo que pagaría un asegurador típico o un programa gubernamental.
4. Sin embargo, la asistencia financiera proporcionada por el Hospital no es un sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que todos los pacientes contribuyan al costo de su cuidado, basado en su capacidad individual de pago.
5. Todos los pacientes serán tratados con dignidad, compasión y respeto.
6. Nuestras prácticas de cobro de deuda serán consistentes con estos principios.

POLÍTICA

1. GSH ayudará a los pacientes que no tienen seguro médico a identificar y solicitar beneficios para los que pueden ser elegibles de programas como *Medicare*, *Medi-Cal*, el programa *Healthy Families*, *California Health Benefit Exchange*, *Los Angeles County Indigent Patient Program*, *California Children's Services (CCS)*, *Victim of Crime (VOC)*, compensación de trabajadores, *State funded California Healthcare for Indigent Program (CHIP)*, y cobertura de accidentes por responsabilidad civil (TPL). Además, a los pacientes que califican como de bajos ingresos se les puede conceder asistencia para una parte o la totalidad de su responsabilidad financiera a través de programas de subvenciones benéficas como *QueensCare* y *Good Hope*. GSH también puede proporcionar atención necesaria de forma gratuita o con un gran descuento como beneficencia no financiada sobre una base de caso por caso.
2. A los pacientes no asegurados que no califican para ningún seguro o beneficios o programas de cobertura médica se les ofrecerán tarifas de descuento. Estas tarifas se establecerán de acuerdo con la "Política de precios en efectivo".
3. Dependiendo de sus ingresos y activos, los pacientes que no están asegurados y no son elegibles para beneficios de cualquier otro programa pueden calificar para un descuento de atención benéfica del 100%, un descuento parcial de atención benéfica o descuento de auto pago del paciente.
4. La política no se aplica a deducibles, copagos y/o coaseguro impuestos por las compañías de seguros, a menos que el paciente califique para la asistencia como un "Paciente de costo médico elevado". Tampoco se aplica a servicios que no son médicamente necesarios (como la cirugía estética), o servicios médicos facturados por separado.
5. La política no se aplicará si el paciente o la parte responsable proporciona información falsa sobre la elegibilidad financiera o si no hacen todos los esfuerzos razonables para solicitar y recibir beneficios de seguro de terceros para los cuales pueden ser elegibles.
6. Cualquier paciente o representante legal del paciente que solicite un descuento benéfico en virtud de esta política hará todos los esfuerzos razonables para responder a las solicitudes razonables de GSH para la documentación de ingresos y toda cobertura potencial de beneficios médicos. La falta de proporcionar información puede resultar en la denegación del pago solicitado o del descuento del cuidado benéfico.

GOOD SAMARITAN HOSPITAL
Políticas operativas

MANUAL:	ADMINISTRATIVO	POLÍTICA #:		
ASUNTO:	Política de descuento y de atención benéfica	FECHA DE APROBACIÓN ORIGINAL:		1999
		FECHA DE ÚLTIMA APROBACIÓN DE CONSEJO:		11/14
		PÁGINA:	3	DE

PROCEDIMIENTO

1. Al ingresar/registrarse, a todos los pacientes se les entregará un aviso escrito que contiene información sobre la política de descuento y de atención benéfica, incluyendo información sobre la elegibilidad e información de contacto (nombre y número de teléfono) para que un empleado u oficina del Hospital obtengan información adicional. Los avisos escritos se entregarán en inglés y en los idiomas hablados por al menos el 5% de las personas atendidas (actualmente, español y coreano). Se proporcionarán traductores para traducir verbalmente los avisos para los pacientes que hablan otros idiomas.
2. Siempre que sea posible, GHS proporcionará una evaluación financiera para determinar si un Paciente de auto pago podría calificar para la cobertura de un pagador tercero, incluyendo cualquier aseguradora privada o programas patrocinados por el gobierno, como *Medicare*, *Medi-Cal*, el programa de *The Healthy Families*, *California Health Benefit Exchange*, *Los Angeles County Indigent Patient Program*, *California Children's Services (CCS)*, *California Health Insurance Program (CHIP)*, *Victim of Crime (VOC)*, o cualquier otro tercero, como un empleado a través de la compensación de trabajadores u otra persona debido a la responsabilidad civil de terceros (TPL, por sus siglas en inglés). Cuando sea factible, GSH ayudará a los pacientes a identificar posibles fuentes de pago y a solicitar aplicar para el programa. La evaluación financiera se realizará lo antes posible, antes de prestar los servicios, excepto cuando se aplazan para exámenes y evaluación de emergencia (como se describe a continuación). La información proporcionada a los pacientes de auto pago incluirá una declaración sobre cómo pueden obtener solicitudes para aplicar para *Medi-Cal*, *Healthy Families*, cobertura a través de *California Health Benefit Exchange*, el programa de *Los Angeles County Indigent*, y cualquier otro programa de cobertura médica financiado por el estado o el país, y que el Hospital proporcionará estos formularios. Este aviso también debe incluir una referencia a un centro local de asistencia al consumidor, ubicado en las oficinas de servicios legales. Cuando no se identifique cobertura alguna, a un paciente de auto pago se le proporcionarán solicitudes para aplicar para *Medi-Cal*, *Healthy Families* y otros programas de cobertura médica financiados por el estado o el país y cualquier programa de asistencia benéfica que pueda ofrecer asistencia financiera. Esto se debe proporcionar antes del alta, si el paciente ha sido admitido, o en pacientes que reciben atención de emergencia o ambulatoria.
3. Para los pacientes que tienen o pueden tener afecciones emergentes, la evaluación financiera se aplazará hasta que el paciente haya recibido una evaluación médica y cualquier tratamiento necesario para estabilizarlo. El tratamiento no deberá demorarse mientras que el paciente termina de completar un proceso de admisión/registro. En todo momento, se debe tener en cuenta la condición médica del paciente y se debe tener cuidado de no dejar que el proceso de revisión financiera genere ansiedad para el paciente.
4. Si la información financiera no puede ser recolectada en el momento de la admisión/registro, se deben hacer los intentos razonables para recopilar la información antes de que el paciente sea dado de alta, con el fin de facilitar la facturación y el acceso a toda la asistencia financiera a la que el paciente pueda tener derecho.
5. Se espera que los pacientes respondan cuando se les solicite, proporcionando información completa y precisa acerca de su cobertura de seguro de salud y si están solicitando asistencia benéfica o tienen condición autónoma, sus activos financieros e ingresos, con el fin de que el Hospital pueda evaluar su elegibilidad para programas patrocinados por el gobierno o para la asistencia de programas de asistencia benéfica o el programa de descuento de auto pago.
6. En general, la experiencia del Hospital ha sido que los pacientes de auto pago carecen de los recursos para pagar las cuentas del Hospital y no es necesario obtener información financiera para confirmar esto. Cuando

GOOD SAMARITAN HOSPITAL
Políticas operativas

MANUAL:	ADMINISTRATIVO	POLÍTICA #:		
ASUNTO:	Política de descuento y de atención benéfica	FECHA DE APROBACIÓN ORIGINAL:	1999	
		FECHA DE ÚLTIMA APROBACIÓN DE CONSEJO:	11/14	
		PÁGINA:	4	DE

hay una pregunta sobre la cobertura del seguro del paciente o sus recursos financieros, el Hospital puede pedirle a un Paciente autónomo que complete un formulario de Solicitud de asistencia financiera (FAR, por sus siglas en inglés). El FAR se utilizará para determinar la capacidad de un paciente para pagar los servicios necesarios y determinar la posible elegibilidad del paciente para la asistencia pública, otros programas y descuentos de auto pago que ofrece el Hospital. La información en el FAR puede ser aceptada sin obtener documentación de soporte adicional, pero el Hospital también puede solicitar documentación de soporte como declaraciones de impuestos o cheques de pago recientes, y la verificación de instituciones financieras que tienen los activos del paciente. El FAR y la documentación de soporte pueden solicitarse sobre la base de muestras o cuando la información disponible sugiere que hay una pregunta acerca de si el paciente califica para recibir atención benéfica. El FAR escrito se entregará en inglés y en los idiomas hablados por al menos el 5% de las personas atendidas (actualmente, español y coreano), y se traducirá para aquellos que hablan otro idioma.

7. La evaluación financiera para el Descuento de atención benéfica y medios será realizada por los Asesores financieros en el Departamento de Admisiones y/o Representantes de Cobro de Servicios de Negocios para Pacientes.

ELEGIBILIDAD PARA DESCUENTOS BENÉFICOS COMPLETOS O PARCIALES

1. Los Pacientes de auto pago cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 350% de FPL serán elegibles para descuentos benéficos completos o parciales, dependiendo del ingreso familiar.
 - a. Los Pacientes de auto pago cuyos ingresos familiares sean inferiores al 200% de FPL serán elegibles para recibir un descuento total del 100% sobre los servicios prestados.
 - b. Los Pacientes de auto pago cuyos ingresos familiares sean entre el 200% y el 350% de FPL serán elegibles para un descuento parcial en los servicios prestados, equivalente al 60% del precio en efectivo aplicable – consulte Política de precio en efectivo.
2. El Hospital puede solicitar al paciente completar un FAR con el fin de evaluar la elegibilidad del paciente para el auto pago o un descuento de atención benéfica.
 - a. A solicitud del Hospital, el paciente puede ser requerido a documentar su ingreso familiar mediante la presentación de la declaración de impuestos federales presentada recientemente o cheques de pago recientes.
 - b. Los activos por encima del monto estatutariamente excluido se considerarán como excedentes de los activos permitidos y pueden resultar en la denegación de un descuento de atención benéfica. Sin embargo, los siguientes activos serán excluidos de la consideración:
 - i. Cuentas de jubilación y planes de compensación diferidos definidos por el IRS como calificados y no calificados.
 - ii. Los primeros \$10,000 de todos los activos monetarios.
 - iii. 50% de todos los activos monetarios por encima de \$10,000.
 - iv. La residencia familiar principal del paciente.

GOOD SAMARITAN HOSPITAL
Políticas operativas

MANUAL:	ADMINISTRATIVO	POLÍTICA #:		
ASUNTO:	Política de descuento y de atención benéfica	FECHA DE APROBACIÓN ORIGINAL:		1999
		FECHA DE ÚLTIMA APROBACIÓN DE CONSEJO:		11/14
		PÁGINA:	5	DE

3. Un Paciente de costo médico elevado es elegible para un Descuento benéfico del 100% sobre los montos pendientes de responsabilidad del paciente, si su ingreso familiar es igual o inferior al 350% de FPL y sus gastos médicos de costos directos en el período anterior de doce (12) meses (ya sea incurrido en o fuera del hospital) han superado el 10% de su ingreso familiar. La elegibilidad para este tipo de descuentos será reevaluada según sea necesario para satisfacer la prueba de los doce meses anteriores.
4. Las cuentas para Pacientes de auto pago y para Pacientes de costo médico elevado que cumplan con los criterios de elegibilidad mencionados anteriormente para los descuentos de atención benéfica pueden someterse a *QueensCare*, una organización benéfica de beneficio público, o *Good Hope*, una donación benéfica privada, cuando corresponda. Los Pacientes cuyas cuentas serán enviadas a *QueensCare* deberán completar y firmar una certificación de *QueensCare*. Los pacientes de *Good Hope* tendrán que pagar un monto nominal a sus servicios altamente descontados.
5. A los pacientes indigentes (que incluyen a todos los pacientes que indican que no tienen dirección) se les preguntará si aceptan una referencia a un programa como *People Assisting the Homeless (PATH)*, que proporciona atención médica de seguimiento después del alta a través de su clínica ambulatoria y proporciona un servicio de casilla de correos para facilitar la comunicación de seguimiento con el paciente. GSH proporcionará un folleto al paciente enumerando los servicios que proporciona de PATH o de programas similares. A los pacientes indigentes que aceptan la referencia a PATH o programas similares se les pedirá que firmen el "Formulario de confirmación de aceptación a la referencia" que indica la aceptación de la referencia. El paciente recibirá una copia del documento firmado y el original firmado se colocará en el expediente médico del paciente. El personal que facilita la planificación del alta debe hacer el contacto adecuado con PATH o el programa similar para ayudar a organizar el seguimiento. El planificador de altas de GSH enviará a PATH o al programa similar un formulario de referencia y un formulario de casilla de correo para que el paciente pueda ser registrado para servicios postales y facilitar la atención de seguimiento con GSH cuando el paciente se presenta a la clínica para continuar con su atención.
6. A los pacientes se les ofrecerá un plan de pago extendido si indican que no pueden pagar sus facturas con descuento. Los términos del plan de pago serán negociados por el hospital y el paciente. Los planes de pago extendido no tendrán intereses. Si no se puede llegar a un acuerdo sobre un plan de pago, el hospital puede requerir el pago usando la "fórmula de pago razonable" que significa pagos mensuales que no son más del 10% del ingreso familiar mensual de un paciente, excluyendo deducciones de gastos de sustento esencial: gastos para cualquiera de los siguientes: alquiler o pago y mantenimiento de la casa, alimentos y artículos para el hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, escuela o cuidado infantil, manutención de niños o de cónyuge, gastos de transporte y automóvil, incluyendo seguro, combustible y reparaciones, pagos a plazos, lavandería y limpieza y otros gastos extraordinarios".

DESCUENTO BENÉFICO DE AUTO PAGO

Los Pacientes de auto pago que no califican para beneficios de pagadores terceros u otros programas de cobertura médica pueden recibir tarifas de precio en efectivo con descuento. Consulte la Política de precio en efectivo. La diferencia entre los costos totales de la prestación del servicio y la tarifa de descuento que el paciente debe se clasifica como atención benéfica.

GOOD SAMARITAN HOSPITAL
Políticas operativas

MANUAL:	ADMINISTRATIVO	POLÍTICA #:		
ASUNTO:	Política de descuento y de atención benéfica	FECHA DE APROBACIÓN ORIGINAL:		1999
		FECHA DE ÚLTIMA APROBACIÓN DE CONSEJO:		11/14
		PÁGINA:	6	DE

PRÁCTICAS DE FACTURACIÓN Y COBRO AL PACIENTE

1. GSH se esforzará por asegurar que las cuentas de los pacientes se procesen de manera justa y consistente. Todos los pacientes serán tratados con dignidad, compasión y respeto. Nuestras prácticas de cobro de deudas serán consistentes con estos principios.
2. Los pacientes que no han proporcionado una prueba de cobertura en o antes del momento en que se presta la atención recibirán un estado de cuenta de los cargos completos por los servicios prestados en el hospital. Se incluirá con ese estado de cuenta una solicitud para proporcionar al hospital la información de su seguro médico. Además, se enviará al paciente un aviso de que puede ser elegible para *Medicare*, *Medi-Cal*, *Healthy Families*, *California Health Benefit Exchange*, *Los Angeles County Indigent Patient Program*, *California Children Services (CCS)*, beneficencia o descuento de pago directo. Este aviso incluirá la información de contacto (nombre y número de teléfono) para que un empleado u oficina del hospital obtengan información adicional, incluyendo cómo puede obtener el paciente los formularios de solicitud apropiados. También incluirá información de cómo los pacientes pueden obtener solicitudes para aplicar para *Medi-Cal*, *Healthy Families*, cobertura a través de *California Health Benefit Exchange*, el programa de *Los Angeles County Indigent* y cualquier otro programa de cobertura médica financiado por el estado o el país, y que el hospital proporcionará estos formularios. El aviso también debe incluir una referencia a un centro local de asistencia al consumidor, ubicado en las oficinas de servicios legales. Los pacientes que no tienen cobertura recibirán solicitudes para aplicar para *Medi-Cal*, *Healthy Families* y otros programas de cobertura médica financiados por el estado o el país y cualquier programa de asistencia benéfica que podría ofrecer asistencia financiera. Esto debe ser adicional al aviso previo al alta si el paciente ha sido ingresado o para los pacientes que reciben atención de emergencia o ambulatoria.
3. Si el paciente no responde al estado de cuenta y aviso anteriores en un plazo de treinta (30) días, un segundo estado de cuenta que reflejará los cargos completos será enviado por correo a la dirección del paciente/garante, junto con la información solicitando la información del seguro y ofreciendo la opción de solicitar descuentos de atención benéfica de auto pago. Si el paciente nuevamente no responde dentro de un plazo de 30 días, el hospital asumirá que el paciente no es elegible para ninguna cobertura a través de un seguro médico personal o grupal y no es elegible para ningún beneficio de pagador tercero (es decir, *Medicare*, *Medi-Cal*, el programa de *Healthy Families*, *California Health Benefit Exchange*, *Los Angeles County Indigent Patient Program*, *California Children's Services (CCS)*, *Victim of Crime (VOC)*, compensación de trabajadores, *State funded California Healthcare for Indigent Program (CHIP)*; y cobertura para accidentes (TPL).) A menos que haya evidencia de lo contrario, el Hospital puede asumir que el paciente es elegible para un descuento benéfico y ajustar la cuenta del paciente con un descuento benéfico. Los estados de cuenta posteriores reflejarán estas tarifas con descuento.
4. Si un paciente está intentando calificar para ser elegible en virtud de la política de descuento y cuidado benéfico del hospital y está intentando de buena fe liquidar la cuenta pendiente de pago, el hospital no enviará la cuenta pendiente de pago a ninguna agencia de recaudación u otro cesionario, a menos que esa entidad ha aceptado cumplir con esta política.
5. La elegibilidad para descuentos benéficos de auto pago, Descuentos de atención benéfica y Gastos médicos elevados puede determinarse en cualquier momento que el Hospital haya recibido toda la información que necesita para determinar la elegibilidad del paciente. Los pacientes son requeridos a reportar prontamente a GSH cualquier cambio en su información financiera.

GOOD SAMARITAN HOSPITAL
Políticas operativas

MANUAL:	ADMINISTRATIVO	POLÍTICA #:		
ASUNTO:	Política de descuento y de atención benéfica	FECHA DE APROBACIÓN ORIGINAL:		1999
		FECHA DE ÚLTIMA APROBACIÓN DE CONSEJO:		11/14
		PÁGINA:	7	DE

6. GSH o sus agencias de recaudación contratadas emprenderán los esfuerzos de cobro razonables para cobrar los montos adeudados por los pacientes. Estos esfuerzos incluyen la asistencia con la solicitud para aplicación de una posible cobertura de un programa gubernamental, la evaluación para la elegibilidad de asistencia benéfica, ofertas de descuentos de auto pago y planes de pago extendidos. GSH no impondrá embargos salariales o gravámenes sobre residencias primarias. Esto no excluye que GSH o sus agencias de recaudación contratadas puedan obtener el reembolso de acuerdos de responsabilidad de terceros u otras partes legalmente responsables.
7. Las agencias que ayudan al Hospital en el cobro de cantidades pendientes de los pacientes deben firmar un acuerdo por escrito que se adhieren a las normas del hospital y el alcance de las prácticas.

La agencia también debe comprometerse a:

- a. No reportar información adversa a una agencia de informes de crédito al consumidor o iniciar una acción civil contra el paciente por falta de pago en cualquier momento antes de 150 días después de la facturación inicial.
 - b. No utilizar embargo salarial, excepto por orden del tribunal sobre moción dada, apoyado por un expediente de declaración por parte del demandante, identificando la base por la cual considera que el paciente tiene la capacidad de efectuar el pago de la sentencia en virtud del embargo salarial, que el tribunal deberá considerar en virtud del tamaño de la sentencia y la información adicional proporcionada por el paciente antes de, o en la audiencia, con respecto a la capacidad del paciente para pagar, incluyendo información sobre los probables gastos médicos futuros basados en la condición actual del paciente y otras obligaciones.
 - c. No colocar gravámenes en las residencias primarias.
 - d. Adherirse a todos los requisitos de la legislación federal y de California.
8. Si a un paciente se le cobra de más, el Hospital reembolsará al paciente la cantidad cobrada de más. Se pagarán intereses sobre la cantidad cobrada de más. Los intereses se basarán en la tasa de interés vigente y se calcularán a partir de la fecha en que se recibió el cobro de más.

APLICABILIDAD A LA EMERGENCIA Y A OTROS MÉDICOS

Los médicos de emergencia que proporcionan servicios de emergencia en el Hospital también están obligados a proporcionar descuentos a los pacientes sin seguro o pacientes con costos médicos elevados que están en o por debajo del 350% del nivel federal de pobreza, según sea apropiado para mantener su integridad financiera y operacional. En general, el Hospital requerirá a los médicos que prestan servicios en el panel de llamadas de emergencia que mantengan el estado de contratados con los planes que también contratan con el Hospital y que ofrezcan descuentos a los pacientes, de acuerdo con esta Política de descuento y atención benéfica.

CONTROVERSIAS

Los pacientes pueden no estar de acuerdo con la determinación de su elegibilidad para un descuento benéfico. Un paciente puede solicitar una revisión de la determinación del Director de Servicios Financieros del paciente. Se tomará una decisión final dentro de los 15 días de la solicitud de revisión del paciente.

GOOD SAMARITAN HOSPITAL
Políticas operativas

MANUAL:	ADMINISTRATIVO	POLÍTICA #:	
ASUNTO:	Política de descuento y de atención benéfica	FECHA DE APROBACIÓN ORIGINAL:	1999
		FECHA DE ÚLTIMA APROBACIÓN DE CONSEJO:	11/14
		PÁGINA:	8

PROCEDIMIENTOS DE INFORMES

La Política de descuento y atención benéfica de GSH se proporcionará a la Oficina de Planificación Estatal al menos cada dos años, el 1 de enero, o cuando se realice un cambio significativo. Si el Hospital no ha hecho ningún cambio desde que se proporcionó la información anterior, se informará a la oficina que no se produjo ningún cambio.

COMUNICACIÓN DE POLÍTICAS DE DESCUENTO Y ATENCIÓN BENÉFICA

Los Servicios Financieros para Pacientes de GSH publicarán y mantendrán la Política de descuento y atención benéfica. También capacitarán al personal con respecto a la disponibilidad de procedimientos relacionados con la asistencia financiera del paciente.

El aviso de nuestra Política de descuento y atención benéfica se publicará en lugares visibles en todo el Hospital, incluyendo el Departamento de Emergencias, oficinas de admisiones, las áreas de registro para pacientes ambulatorios, y el Departamento de Servicios para Negocios de Pacientes. Estos avisos estarán escritos en inglés y en los idiomas hablados por al menos el 5% de las personas atendidas (actualmente, español y coreano).

CONDONACIONES BENÉFICAS

1. La atención benéfica incluirá todos los montos cancelados para pacientes de Atención benéfica de auto pago, Atención benéfica y de Costos médicos elevados, de acuerdo con esta política.
2. Los pacientes que califican para *Medi-Cal* pero no reciben pagos que igualan los costos totales del servicio o no reciben la aprobación para la cobertura para toda la estadía son elegibles para **condonaciones benéficas**. Estos incluyen cargos por costos no cubiertos, servicios no cubiertos, días negados o estadías negadas. Las negaciones de la Solicitud de autorización para tratamiento (TAR, por sus siglas en inglés) y la falta de pago de los servicios no cubiertos prestados a los pacientes de *Medi-Cal* deben ser clasificados como benéficos.
3. Además, los pacientes de Medicare que tienen cobertura de *Medi-Cal* para sus coaseguros/deducibles, para los cuales *Medi-Cal* no efectúa pago, y cualquier monto que *Medicare* no proporcione en última instancia reembolso de deudas no pagadas también se incluirán como beneficencia.

RESPONSABILIDAD

Las preguntas sobre la elegibilidad de asistencia financiera para servicios para pacientes hospitalizados deben dirigirse al Coordinador de Elegibilidad, al (213) 482-2719. Las preguntas sobre la elegibilidad de asistencia financiera para servicios de emergencia deben dirigirse al Coordinador de Elegibilidad, al (213) 977-2421. Las preguntas sobre la elegibilidad de asistencia financiera para servicios ambulatorios deben dirigirse al Supervisor de Cuentas de Pacientes, al (213) 482-2700.

Las preguntas sobre la implementación de esta política deben dirigirse al Director de Servicios Financieros, al (213) 482-2700.

AUTOR

Director, Servicios Financieros para Pacientes

GOOD SAMARITAN HOSPITAL
Políticas operativas

MANUAL:	ADMINISTRATIVO	POLÍTICA #:			
ASUNTO:	Política de descuento y de atención benéfica	FECHA DE APROBACIÓN ORIGINAL:		1999	
		FECHA DE ÚLTIMA APROBACIÓN DE CONSEJO:		11/14	
		PÁGINA:	9	DE	9

Anteriores fechas de aprobación del Consejo:	
Fechas:	1999, 08/06, 09/07, 02/10
	01/12, 03/13
Palabras clave:	Atención benéfica, Descuento