

Estado **Activo** Id de PolicyStat **11343698**



Origen 1/ago/1992
Última aprobación 29/mar/2022
Última revisión 29/mar/2022
Próxima revisión 28/mar/2025

Propietario John Ordonez:
Director administrativo del IDS
Contabilidad de pacientes
Área GESTIÓN EMPRESARIAL
Aplicación En toda la empresa, excluido PHP (en todo el hospital, si procede)
N.º de Política E.85300.600

Política de asistencia financiera (FAP), también conocida como Programa de atención caritativa/atención no compensada. E.85300.600

APLICACIÓN:

PIH Health Whittier Hospital (PHWH), PIH Health Downey Hospital - Downey (PHDH), excluyendo PIH Health Physicians (PHP) y PIH Health Good Samaritan Hospital (PHGSH)

OBJETIVO:

Proporcionar una cantidad razonable de atención gratuita o a costo reducido a los pacientes que no pueden pagar y garantizar el cumplimiento del proyecto de ley 774 de la Asamblea, el proyecto de ley 1276 del Senado y las normas del IRS.

DEFINICIONES:

AB: Proyecto de ley de la Asamblea

AEC: Actividades extraordinarias de recaudación del IRS: Servicio de Impuestos Internos

FAP: Política de Asistencia Financiera

HPE: Elegibilidad presunta hospitalaria

SB: Proyecto de ley de la Asamblea

POLÍTICA:

- A. Reconociendo su misión caritativa, la política del PIH Health Hospital es proporcionarles una cantidad razonable de sus servicios de emergencia y médicamente necesarios sin cargo a los pacientes elegibles que no pueden pagar por la atención. Dado que el hospital no puede emplear a médicos, esta FAP se aplica únicamente a los servicios del centro hospitalario y no se aplica a los médicos de urgencias, radiólogos, patólogos, anestesistas, hospitalistas, cirujanos u otros médicos. Sin embargo, el AB 1503 les exige a los médicos de las salas de emergencias que limiten el pago previsto de los pacientes elegibles que no tengan seguro o que tengan costos médicos elevados con ingresos iguales o inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza.
- B. Los servicios médicamente necesarios (*consistentes con los estándares de medicina generalmente aceptados en la comunidad*) de esta instalación estarán disponibles como servicios no compensados para pacientes elegibles. Se informa a los pacientes de la siguiente manera:
 1. De conformidad con el Proyecto de ley del Senado (SB) 1276, antes del alta, los pacientes no asegurados reciben la Carta a los no asegurados en inglés o español para informarles sobre la disponibilidad de cobertura a través de programas gubernamentales, incluidos Exchange y Medi-Cal y las oficinas locales de asistencia al consumidor. Además, se proporciona una solicitud de Medi-Cal y de caridad.
 2. En cumplimiento de la Sección 501(r)(5)(A) del IRS, el hospital limita sus cargos por la atención médicamente necesaria proporcionada a las personas elegibles para la política de asistencia financiera a no más de "las cantidades generalmente facturadas a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención". Las facturas a los no asegurados reflejan importantes descuentos por pago por cuenta propia que equivalen a las tarifas contratadas del plan patrocinado por el gobierno (o menos) y un aviso de que el paciente puede ser elegible para el estado y/o el programa FAP/atención no compensada del hospital;
 3. Se colocan carteles en todo el centro para informar sobre las políticas de caridad/FAP;
 4. El sitio web del hospital incluye una copia de la política y las solicitudes en inglés y español.
- C. La elegibilidad para la asistencia financiera se determina por la incapacidad de un paciente para pagar, mientras que la deuda incobrable es la falta de voluntad del paciente para pagar. La atención caritativa no incluye deudas incobrables, ajustes contractuales ni costos no

reembolsados. Debe determinarse la situación financiera de cada paciente para poder realizar una clasificación y distinción adecuadas entre la atención caritativa y las deudas incobrables.

- D. El hospital o su(s) agencia(s) de cobros no ejercerán ninguna Actividad Extraordinaria de Cobro (AEC) contra un individuo cuya elegibilidad no haya sido determinada antes de 180 días después del primer estado de facturación posterior al alta.
- E. Si se considera que el paciente puede pagar, pero no está dispuesto o 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 la FAP del hospital, tres o más estados de cuenta y un estado de cuenta final*) o no paga la tarifa con descuento, se lo clasificará como deuda incobrable y se asignará a Cobranza. Se les exigirá a la(s) agencia(s) de cobros del hospital que haga(n) esfuerzos razonables para iniciar una comunicación oral antes de aplicar una AEC.
- F. Si un paciente presenta una solicitud posteriormente y antes de que transcurran 240 días desde el envío de la primera factura posterior al alta, PIH Health detendrá todas las AEC mientras determina si cumple los requisitos para recibir asistencia financiera. Si el paciente reúne los requisitos para la FAP, se eliminará la asignación de la cuenta a la agencia de cobros. El caso de incumplimiento se eliminará del informe crediticio del paciente.
- G. Requisitos de elegibilidad
 - 1. Pacientes no asegurados que no tienen capacidad de pago según lo determinado por las directrices financieras de esta política.
 - 2. Pacientes con cobertura restringida de Medi-Cal para servicios de emergencia y durante el embarazo (y sin participación en los gastos) y cuyos servicios no están cubiertos para un episodio concreto o un episodio parcial de atención. (*No se requiere una solicitud de atención no compensada, ya que se presume que el paciente cumple los requisitos de elegibilidad para la atención caritativa*);
 - 3. Hay casos en los que un paciente puede parecer elegible para descuentos de atención caritativa, pero no hay ningún formulario de asistencia financiera en el archivo debido a la falta de documentación justificativa. La presunta elegibilidad (*solicitud no obligatoria*) para la atención caritativa puede determinarse sobre la base de las circunstancias de vida individuales que pueden incluir, pero no se limitan a, lo siguiente:
 - a. Programas de prescripción financiados por el Estado.
 - b. Personas sin hogar o que hayan recibido atención de una clínica o albergue para personas sin hogar.
 - c. Participación en Programas para mujeres, bebés y niños (WIC, por sus siglas en inglés).
 - d. Elegibilidad para cupones de alimentos.
 - e. Elegibilidad para el programa de almuerzo escolar subvencionado.
 - f. Vivienda de renta baja/subvencionada como dirección válida.
 - g. El paciente ha fallecido y se desconoce su patrimonio.
 - h. Se presume que los pacientes que actualmente son elegibles para Medi-Cal, pero que no lo eran entre uno y tres meses antes de ser elegibles, son

elegibles para la caridad y no necesitan llenar la solicitud.

- i. Pacientes indocumentados que no reúnen los requisitos para la Presunta Elegibilidad Hospitalaria (HPE) pero cumplen con los lineamientos de ingresos para la atención caritativa.
 4. Pacientes asegurados cuya cobertura es inadecuada para cubrir una situación catastrófica.
 5. Personas cuyos ingresos son suficientes para pagar los gastos básicos de manutención pero no la atención médica, y también aquellas personas con ingresos generalmente adecuados que de repente se enfrentan a facturas muy elevadas por gastos médicos extremos.
 6. Pacientes asegurados y no asegurados que demuestran capacidad para pagar una parte pero no la totalidad de su responsabilidad. Por ejemplo, los que tienen un gasto de bolsillo que supera el 10 % de sus ingresos familiares netos anuales en los doce meses anteriores.
 7. Se les debe ofrecer un "plan de pago razonable" a todos los pacientes cuando el hospital y el paciente no puedan acordar un plan. "Plan de pagos razonable" significa pagos mensuales que no superen el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente durante un mes, excluyendo las deducciones por gastos esenciales de manutención, incluyendo alquiler o pago y mantenimiento de la casa, alimentos y suministros domésticos, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguros, escuela o cuidado de niños, manutención de hijos o cónyuge, gastos de transporte y automóvil, incluidos seguro, gasolina y reparaciones, pagos a plazos, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios. Los planes de pago pueden considerarse sin vigencia tras el impago por parte del paciente de pagos consecutivos durante un periodo de 90 días y tras enviar un aviso por escrito y realizar una llamada al paciente.
- H. Como exige la ley, PIH Health dará a conocer su política de asistencia financiera en su sitio web, mediante carteles en la sala de emergencias y en el área de admisión, en los extractos de facturación y a través de actividades de salud comunitaria.
- I. De acuerdo con las normas del IRS, si un paciente paga los servicios y solicita asistencia financiera en los ocho meses posteriores al alta y reúne los requisitos, PIH Health le reembolsará la diferencia entre lo pagado y la cantidad que reúne los requisitos en un plazo de 30 días. Si el pago en exceso es inferior a \$5.00, no será necesario el reembolso.

PROCEDIMIENTO:

A. Procedimientos de elegibilidad:

- I. Además de los requisitos de elegibilidad anteriores, considere los siguientes factores para determinar la cantidad de asistencia para la que un paciente es elegible en el momento del servicio:
 - a. El paciente debe residir en el área de servicio primaria/secundaria del hospital y tener un médico que sea miembro del personal médico del hospital. Además, los pacientes de fuera de la zona que hayan sido atendidos o ingresados a través del Departamento de Emergencias se tendrán en

cuenta para la asistencia no compensada.

- b. Considerar los ingresos individuales o familiares del paciente, según corresponda, utilizando los lineamientos sobre ingresos de esta política.
 - c. Considerar el patrimonio neto individual o familiar, incluidos todos los activos líquidos y no líquidos que se posean, menos los pasivos y las reclamaciones contra los activos. Los activos monetarios no incluirán los planes de jubilación o de compensación diferida. Además, los primeros diez mil (\$10,000) dólares de los activos monetarios de un paciente no se tendrán en cuenta para determinar la elegibilidad, ni el 50 % de los activos monetarios de un paciente por encima de los primeros diez mil (\$10,000) dólares se tendrán en cuenta para determinar la elegibilidad.
 - d. Considerar la situación laboral junto con los ingresos futuros suficientes para cumplir con la obligación dentro de un período de tiempo razonable. Considerar la composición de la familia. Según el AB 774, la familia incluye al paciente, al cónyuge o pareja de hecho, al padre/madre y/o cuidador de menores y a los hijos dependientes menores de 21 años, vivan o no en la casa.
 - e. Considerar otras obligaciones financieras, incluidos los gastos de manutención y otras partidas de carácter razonable y necesario.
 - f. Considerar el importe y la frecuencia de las facturas hospitalarias y otras facturas de asistencia médica o medicamentos en relación con todos los factores expuestos anteriormente.
 - g. Todos los demás recursos deben aplicarse en primer lugar, incluidos los terceros pagadores, las Víctimas de Delitos y Medi-Cal. Si un paciente no tiene Medi-Cal pero cumpliría los requisitos, se le debe animar a que coopere en el proceso de solicitud. Si la solicitud es denegada, se debe considerar la posibilidad de atención no compensada.
- B. Determinar la cantidad adecuada de la asistencia financiera en relación con los importes adeudados tras aplicar todos los demás recursos admisibles. El paciente que pueda permitirse pagar una parte de los servicios deberá hacerlo. Se incorporarán los lineamientos de pago razonables definidos en esta política y por la ley. Parte de una cuenta puede ser pagada por un tercero, parte por el paciente; parte puede ajustarse a una condonación benéfica. Trabajar con el paciente para establecer acuerdos de pago. Tal y como exige el AB 774, "si un paciente está intentando cumplir los requisitos para acogerse a la política de cuidados caritativos o descuentos del hospital e intenta de buena fe liquidar una factura pendiente con el hospital negociando un plan de pago razonable o realizando pagos parciales regulares por un importe razonable, el hospital no enviará la factura no abonada a ninguna agencia de cobros". Si el paciente no paga el importe considerado a su cargo en virtud de la FAP durante un periodo de 100 días y no renegocia el plan de pago, el saldo pendiente de cobro pasaría a ser deuda pendiente de cobro.
- C. Solicitar pruebas de elegibilidad, especialmente en el caso de cuentas con saldos elevados. El paciente debe aportar documentación acreditativa de los ingresos, que puede incluir la siguiente:

1. Recibos de sueldo recientes como nóminas, Ayuda General, Seguridad Social, pensión, talones de cheques de desempleo o incapacidad, o declaraciones de la renta.
 2. La verificación de la solicitud puede incluir el acceso al informe crediticio del paciente/garante. El paciente debe firmar el formulario de caridad o Consentimiento de Admisiones antes de acceder a su información crediticia.
- D. Indicarle al paciente que les informe a sus médicos de que ha sido aprobado para el programa de atención no compensada del hospital. Algunos médicos reducirán o condonarán la factura del paciente con esta documentación.
- E. Se podrá reevaluar la elegibilidad de un paciente cuando ocurra lo siguiente:
1. Prestación posterior de servicios;
 2. cambio en los ingresos;
 3. cambio en la composición de la familia;
 4. cuando hayan transcurrido seis meses desde la última solicitud o si cambian las circunstancias.
- F. Determinar la elegibilidad para la asistencia financiera en el momento de la admisión/preinscripción, o tan pronto como sea posible después. En algunos casos, puede ser necesario investigar para determinar la elegibilidad, especialmente cuando un paciente tiene una capacidad limitada para proporcionar la información necesaria. Además, debido a complicaciones imprevistas en el momento del ingreso, puede ser necesario reclasificar al paciente como caritativo total o parcial.
- G. Los asesores financieros, los empleados de registro, los cajeros, los gestores de cuidados, el personal de Contabilidad de Pacientes y los pacientes pueden iniciar el proceso de solicitud.
- H. Proceso de revisión:
- I. Composición del Comité de Asistencia No Compensada:
 - a. Vicepresidente, Ciclo de Ingresos o Director de Contabilidad de Pacientes
 - b. Supervisor o Director de Servicio al Cliente/Cobro
 - c. Cobradores
 - I. Funciones del Comité
 1. Revisar todas las solicitudes de atención caritativa y determinar la elegibilidad en función de los criterios establecidos. Dejar en suspenso la solicitud cuando el paciente solicite Medi-Cal o Víctimas del Delito o no se disponga de información suficiente a partir de la cual determinar la elegibilidad para la atención no compensada.
 - a. Los Asesores Financieros y Cobradores determinarán los gastos de bolsillo del paciente, si los hubiera, basándose en las directrices de esta política y aprobarán preliminarmente las solicitudes cuando se prevea que el descuento por pago en efectivo sea inferior a \$3,000. Si el paciente no cumple los criterios financieros pero tiene circunstancias atenuantes, como una enfermedad catastrófica, la cuenta se remitirá al gestor, que hará una recomendación al Director. La autoridad de

aprobación de la atención no compensada es la siguiente:

- i. Las cancelaciones de entre \$0.01 a \$14,999 requieren la aprobación final del Supervisor de Créditos y Cobros.
 - ii. Las cancelaciones de \$15,000 o más requieren la aprobación del Director de Contabilidad de Pacientes o del Vicepresidente de Ciclo de Ingresos y Atención Médica Administrada.
- J. Los pacientes preaprobados se registrarán con el código de plan de seguro 9030. Las cuentas del programa comunitario se registrarán con el código de plan 9031.
- K. Garantizar que se notifique a los pacientes, por escrito, la aprobación, denegación o espera de la atención no compensada.
- L. Si la solicitud está incompleta y la discrepancia no puede aclararse por teléfono, solicitar la información que falta por escrito, proporcionar un aviso sobre posibles AEC (y un resumen de la FAP en lenguaje sencillo). Esperar un mínimo de 30 días para recibir la solicitud completa.
- M. Las denegaciones pueden apelarse ante el comité con la siguiente documentación:
1. Carta de apelación del paciente al comité o del avalista solicitando una reevaluación.
 2. Documentos justificativos que puedan demostrar la incapacidad de pago y que no formaban parte de la consideración inicial.
- N. El comité revisará las apelaciones y le hará recomendaciones al Director Financiero o a la persona que este designe para su aprobación final.
- O. El hospital conservará las solicitudes y los documentos de atención caritativa/FAP durante seis años.

REFERENCIAS:

Referencias externas: N/A

Referencias cruzadas internas: N/A

Sustituye 100.85300.600 y 200.85300.600

Determinación de la cantidad de la asistencia financiera/atención caritativa en función de

Metodología: PIH Health Hospital utiliza el "método de la escala móvil" para determinar la cantidad en dólares que se considerará como atención caritativa para los pacientes que cumplan los requisitos.

Atención caritativa: Las solicitudes de los pacientes que demuestren que los ingresos familiares son iguales o inferiores al 100 % de las Directrices Federales de Pobreza (FPL) se aprobarán sin costo alguno para el paciente.

Atención caritativa con descuento: Las solicitudes de los pacientes que demuestren que sus ingresos familiares se encuentran entre el 101 % y el 400 % de las FPL recibirán la menor de las tarifas de pago por cuenta propia o los descuentos que se indican a continuación.

UTILIZAR LOS LINEAMIENTOS FEDERALES DE POBREZA DEL AÑO EN CURSO

| %FPL | Hospitalización por día y cirugía ambulatoria | Visita ambulatoria no quirúrgica y a emergencias |
|-------|---|--|
| 100 % | - | \$ - |
| 125 % | \$100 | \$35 |
| 138 % | \$200 | \$50 |
| 150 % | \$300 | \$65 |
| 175 % | \$400 | \$80 |
| 185 % | \$600 | \$120 |
| 200 % | \$800 | \$150 |
| 225 % | \$1,000 | \$200 |
| 250 % | \$1,200 | \$225 |
| 275 % | \$1,350 | \$275 |
| 300 % | \$1,500 | \$325 |
| 325 % | \$1,550 | \$350 |
| 350 % | \$1,600 | \$375 |
| 375 % | \$1,700 | \$425 |
| 400 % | \$1,850 | \$500 |

La responsabilidad del paciente se basa en **el menor de los siguientes importes**

- El 16.2 % de los gastos totales por servicios prestados en PHH-W
- El 20 % de los cargos totales por servicios prestados en PHH-D (basado en los montos generalmente facturados durante el período retrospectivo del año calendario 2018)
 - *Los importes generalmente facturados se calculan a partir de las reclamaciones pasadas reales pagadas a cada centro hospitalario por Medicare de pago por servicio junto con todas las aseguradoras de salud privadas que pagan reclamaciones al centro hospitalario*
- La tasa de descuento en efectivo (basada en las tasas de un acuerdo de plan patrocinado por el gobierno, o menos);
- El 10 % de los ingresos anuales del paciente; o
- El importe indicado anteriormente.

Anexos

[Solicitud de asistencia financiera/servicios no compensados de PIH Health Hospital](#)

Firmas de aprobación

| Descripción de la etapa | Aprobador | Fecha |
|--|--|-------------|
| CEO | Jim West: CEO | 29/mar/2022 |
| BOD | Elizabeth Gaa: Coordinación de Gobernanza | 28/mar/2022 |
| Plazo de la Administración para BOD | Elizabeth Gaa: Coordinación de Gobernanza | 9/mar/2022 |
| Vicepresidente de Ciclo de Ingresos y Atención Médica Administrada | Noel Coppinger: Vicepresidente de Ciclo de Ingresos y Atención Médica Administrada | 8/mar/2022 |
| Director Administrativo, Acceso de Pacientes | Rewa Cooper: Director administrativo de Acceso de Pacientes, IDS | 8/mar/2022 |
| Propietario de la política | John Ordonez: Director Administrativo del IDS; Contabilidad de Pacientes | 8/mar/2022 |