

Estado Activo Id de PolicyStat 11342332



Origen 1/nov/2003
Última aprobación 31/mar/2022
Última revisión 1/may/2015
Próxima revisión 30/mar/2025

Propietario John Ordonez
Director administrativo del IDS
Contabilidad de pacientes
Área GESTIÓN EMPRESARIAL
Aplicación PIH Health Good Samaritan Hospital
N.º de Política 300.85500.300

Política de Precios en Efectivo. 300.85500.300

APLICACIÓN:

PIH Health Good Samaritan Hospital (PHGSH)

OBJETIVO

Proveer un precio en efectivo cuando un paciente se clasifique como "de pago por cuenta propia" o tenga un seguro que para efectos prácticos deje al paciente en situación "de pago por cuenta propia", garantizar la congruencia en la aplicación de precios en efectivo, y garantizar el cobro de fondos de manera oportuna. Asegurarse de que los precios en efectivo cubran el costo de los servicios prestados. Generar documentación de la comprensión del paciente respecto a los servicios incluidos y excluidos en un acuerdo de pago del precio en efectivo.

POLÍTICA

Solamente se cotizarán los precios en efectivo a los médicos, pacientes y otras personas que pregunten el precio en efectivo de los servicios cuando los pacientes se clasifiquen como "de pago por cuenta propia". El asesor financiero o la persona designada del Departamento de Admisiones cotizará los precios de manera consistente.

Los precios en efectivo solamente están disponibles para pacientes "de pago por cuenta propia". Un paciente de pago por cuenta propia es un paciente que no cuenta con cobertura de un seguro de salud personal o colectivo excepto por lo descrito más adelante, y que no es elegible para recibir beneficios de Medicare, Medi-Cal, el programa Healthy Families (Familias Saludables), el Mercado de Beneficios de Salud, 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, TPL, por sus siglas en inglés), o cualquier otro programa. Los pacientes asegurados que tienen planes con deducible elevado no son pacientes de pago por cuenta propia, y no son cubiertos por esta política. Los pacientes asegurados que tienen planes de salud (PPO o HMO) que básicamente no proveen beneficios para proveedores fuera de la red y sin contrato se consideran pacientes de pago por cuenta propia y están cubiertos por esta política cuando el hospital no es un proveedor contratado del plan.

Los precios en efectivo para "pacientes de pago por cuenta propia" se cotizarán a la tarifa de atención administrada de mayor volumen del hospital, con las siguientes excepciones:

- Las tarifas en efectivo para atención de obstetricia y neonatal serán las reflejadas en el Apéndice A adjunto.
- Las tarifas en efectivo solamente para servicios del Departamento de Emergencias para pacientes no hospitalizados se reflejan en el Apéndice B adjunto. Los servicios provistos en otros departamentos (por ejemplo, laboratorio de cateterismo, laboratorio gastrointestinal) se cotizarán a la tarifa de atención administrada. Los precios de los Apéndices A y B se revisarán y actualizarán periódicamente.
- Las tarifas en efectivo para los procedimientos ambulatorios de cirugía cosmética indicados en el Apéndice C serán los reflejados en el Apéndice C adjunto.

PROCEDIMIENTO

- A. Las solicitudes de precios en efectivo para pacientes de pago por cuenta propia deberán dirigirse al asesor financiero al (213) 482-2719, al gerente de admisiones al (213) 482-2760 o al director de servicios financieros para pacientes al (213) 482-2700.
- B. Inicialmente se le preguntará al paciente si existe la posibilidad de recibir cobertura de terceros de cualquier fuente. Se seguirá el proceso descrito en la Política de Atención de Caridad y Descuentos para investigar la cobertura de terceros. Si el paciente podría ser elegible para cualquier cobertura de terceros, la revisión se concentrará en los pasos a seguir para que la parte sea elegible y obtenga beneficios. Si parece que el paciente (o el procedimiento) no será elegible para cobertura de terceros, o que el paciente estaría fuera de la red y su seguro prácticamente no brindaría beneficios con proveedores fuera de la red y no contratados, entonces se cotizará un precio en efectivo.
- C. Se requiere la siguiente información para cotizar un precio en efectivo:
 1. Nombre del paciente
 2. Fecha del servicio, si se conoce
 3. Nombre del procedimiento

4. Código del procedimiento:
 - Paciente hospitalizado – DRG si se conoce; todos los códigos CPT4 esperados si no se conoce el DRG
 - Paciente ambulatorio – todos los códigos CPT4 previstos
 5. Duración prevista de la estancia para pacientes hospitalizados
 6. Marca y costo de los implantes, si corresponde
- D. Si el paciente acepta el precio cotizado, se redactará un acuerdo para la firma del paciente. El acuerdo establecerá que, si el procedimiento excede el alcance de los servicios detallados en el acuerdo, el paciente podría ser responsable del pago adicional. El acuerdo también exigirá que el paciente certifique que cumple los requisitos de un paciente de pago por cuenta propia, y que si se descubre que el paciente tiene cobertura de terceros para el procedimiento deberá aceptar la responsabilidad de pagar el cien por ciento de los cargos, a menos que el paciente proporcione la información sobre la cobertura de terceros de manera oportuna y con suficiente tiempo antes de que venza el plazo para facturar a dicha cobertura de terceros. El acuerdo firmado se colocará en el expediente financiero.
- E. El precio en efectivo 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.
- F. El paciente también puede ser elegible para atención de caridad o para un descuento sobre el precio en efectivo, de acuerdo con la "Política de Atención de Caridad y Descuentos" del Hospital.
- G. Se brindará atención, sin importar la capacidad de pago, a todos los pacientes que se presenten en el hospital con una emergencia.
- H. El pago se cobrará antes del procedimiento en el caso de atención que no sea de emergencia. El asesor financiero puede hacer arreglos financieros para aceptar pagos en parcialidades, con la aprobación del director de admisiones o el director de servicios financieros para pacientes.

APÉNDICE A

PRECIOS EN EFECTIVO DE OBSTETRICIA Y NEONATOLOGÍA

Procedimiento	Tarifa en efectivo
Parto normal (tarifa por caso con estancia de 2 días en el hospital)	\$3,650
Cada día adicional después de 2 días	\$1,350/día
Parto por cesárea (tarifa por caso con estancia de 3 días en el hospital)	\$5,000
Cada día adicional después de 3 días	\$1,400/día
Admisiones solo para observación (sin parto)	\$1,500/día

No hay cargo por separado para el bebé, a menos que el bebé sea admitido a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (NICU, por sus siglas en inglés) o permanezca en la sala de neonatos después de que la madre sea dada de alta del hospital, en cuyo caso se aplicaría la tarifa por día adicional en el hospital:

Hospitalización de bebé	\$800/día
NICU	\$3,000/día

APÉNDICE B PRECIOS EN EFECTIVO DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS PARA PACIENTES NO HOSPITALIZADOS

	Triaje (99281)	Nivel 1 (99281)	Nivel 2 (99282)	Nivel 3 (99283)	Nivel 4 (99284)	Nivel 5 (99285)
Tarifa del hospital	\$0	\$50	\$55	\$250	\$500	\$750
Honorarios profesionales	\$0	\$25	\$45	\$50	\$100	\$200
Precio total en efectivo	\$0	\$75	\$100	\$300	\$600	\$950

Tarifa adicional del hospital por estudio de TC \$150

APÉNDICE C PRECIOS EN EFECTIVO PARA PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS DE CIRUGÍA COSMÉTICA

CPT	Descripción	Precios de cirugía cosmética *
30400 - 30460	Rinoplastia	\$1,500
15820- 15821	Blefaroplastia párpado inferior	\$1,100
15822 - 15823	Blefaroplastia párpado superior	\$1,100
	Blefaroplastia superior e inferior	\$1,500
15824	Levantamiento de cejas (ritidectomía de frente)	\$1,100
Cualquier combinación de 15824; 15825; 15826; 15828; 15829	Estiramiento facial (ritidectomía de frente)	\$2,000

15876 - 15879	Liposucción de un área - \$300 por cada área adicional	\$1,100
19324	Aumento de los senos con implantes (el hospital suministra los implantes)	\$1,500 Más el costo de los implantes +5 %
19325	Aumento de los senos sin implantes (el cirujano suministra los implantes)	\$1,500
15830	Abdominoplastia	\$2,500

*Solamente pago por el uso de las instalaciones; no incluye honorarios profesionales de cirujano y anestesiólogo.

Firmas de aprobación

Descripción de la etapa	Aprobador	Fecha
CEO	Jim West: CEO	31/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, 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