

Manual de Políticas Administrativas – Operaciones del Distrito

FECHA DE EMISIÓN: 09/96

ASUNTO: CUIDADO DE CARIDAD,
CUIDADO NO REMUNERADO,
SERVICIO COMUNITARIO

FECHA DE REVISIÓN: 08/97, 05/99, 08/04, 04/06, 02/07,
(mes/año) 01/10, 10/10, 09/13, 06/14, 08/15

NÚMERO DE POLÍTICA: 8610-285

Aprobación Departamental: 03/17
Aprobado por Comité de Políticas Administrativas y Procedimientos: 04/17
Aprobado por Comité de Finanzas y Operaciones: 06/17
Aprobado por la Junta Directiva: 06/17

A. PROPÓSITO:

1. El hospital desea tener una clara, bien comunicada, y documentada política de asistencia financiera, consistente con su misión y valores, y en conformidad con las normas/estándares gubernamentales de contabilidad y reglamentos Federales y Estatales.
2. Los hospitales de atención crítica de California tienen que cumplir con el Código de Salud y Seguridad, Sección 127400 y siguientes secciones, de aquí en adelante referida como la Ley de Precios Justos de California, incluyendo requisitos de políticas por escrito proporcionando descuentos y cuidado de caridad a los pacientes que califican financieramente. Esta política tiene la intención de exceder los requisitos legales detallados en la Ley de Precios Justos de California.

B. POLÍTICA:

1. Como beneficio a la comunidad, es la política del Hospital el proporcionar, gratis o parcialmente gratis, servicios de salud a los miembros de la comunidad que han demostrado ser financieramente o médicamente indigentes. El Hospital da consideración a los pacientes elegibles residiendo dentro de su comunidad y a los pacientes, tengan o no seguro y sin importar el nivel de ingreso, si hay circunstancias excepcionales.
2. Los pacientes serán tratados justa y respetuosamente independientemente de su capacidad para pagar. El hospital no discrimina contra ninguna persona por motivo de raza, credo, color, origen nacional, orientación sexual o por razón de incapacidad (discapacidad) o edad.
3. El personal de la Oficina Comercial proporcionará a los pacientes interesados consejería financiera, incluyendo asistencia al aplicar para programas de salud locales, estatales y federales. Los pacientes no asegurados o insuficientemente asegurados serán informados y asistidos con su solicitud para el cuidado de caridad o cuidado con descuento.
4. Cualquier paciente o representante legal del paciente que busque asistencia financiera deberá proporcionar información relacionada con la cobertura de beneficios de salud, estado financiero (situación económica) y otra documentación pertinente que sea necesaria para tomar una determinación en cuanto a la situación del paciente concerniente a la política de cuidado de caridad del hospital, política de descuento de pago, o elegibilidad para programas locales, estatales o federales. Toda información proporcionada por o a favor del paciente será confidencial y se mantendrá la dignidad del paciente durante este proceso.
5. El Hospital y/o agentes externos trabajando en nombre del hospital no han de utilizar embargo de salario o ejercer gravamen (derecho de retención) sobre la residencia principal del paciente si el paciente o su representante legal se están comunicando y cooperando con el Hospital y se ha determinado que el paciente es elegible para el cuidado de caridad o el cuidado de descuento.

6. Como se define en la Sección 127450 del Código de Salud y Seguridad de California, Capítulo 2.5 de la División 107, a un médico de emergencia que provee servicios médicos de emergencia en un hospital, también se le requiere, por ley, proveer descuentos al paciente o a los pacientes no asegurados con altos costos médicos quienes están al nivel de o por debajo del nivel de pobreza federal de 350 por ciento. No debe interpretarse que esta declaración imponga alguna responsabilidad adicional sobre el hospital.

C. DEFINICIONES Y ELEGIBILIDAD:

1. Caridad – Servicios de salud por los cuales las políticas del Hospital determinan que el paciente no puede pagar. El cuidado de caridad resulta de la política del Hospital de proporcionar servicios de salud gratuitos, o, en circunstancias en las que el paciente tenga seguro, no cobrar por el saldo de la cuenta (balance de bolsillo/pago directo del paciente) a las personas que cumplan con los criterios para la caridad del hospital. El cuidado de caridad se calcula en base a los ingresos no devengados (perdidos) a precios completos establecidos. El cuidado de caridad no incluye las cancelaciones (lo incobrable) por contrato.
Las definiciones de Caridad incluyen:
 - a. Cuidado de Caridad Catastrófico - 100% cancelación de deuda del paciente para un paciente con Altos Costos Médicos.
 - b. Cuidado de Caridad Completo – 100% cancelación de la responsabilidad no descontada del paciente.
 - c. Cuidado de Caridad Parcial – Cancelación parcial de la responsabilidad no descontada del paciente.
 - d. Cuidado de Caridad por Circunstancia Especial – Pacientes que no cumplen con otros criterios de caridad o que no son capaces de seguir los procedimientos especificados del hospital para recibir la cancelación total o parcial de cargos del cuidado de caridad.
 - e. La siguiente es una lista no exhaustiva (es parcial) de algunas situaciones que podrían calificar para el cuidado de caridad por circunstancia especial:
 - i. Bancarrota – pacientes que están en bancarrota por el saldo de cargos a cuenta propia.
 - ii. Pacientes sin vivienda – se han realizado esfuerzos razonables para localizar y contactar al paciente y tales esfuerzos no han tenido éxito.
 - iii. Pacientes fallecidos sin patrimonio (bienes).
 - iv. Negación (rechazo) de Medi-Cal/Medicaid – pacientes que califican para Medi-Cal/Medicaid también se supone que califican para el cuidado de caridad total. Esto incluye a pacientes cuya cobertura de Medi-Cal/Medicaid es limitada o restringida. Esto no incluye montos (cantidades) de Su Parte del Costo (Share of Cost - SOC). Los montos de SOC los tiene que pagar el paciente antes de que el paciente sea elegible para Medi-Cal/Medicaid.
2. Nivel de Pobreza Federal (Federal Poverty Level - FPL) – Guías de pobreza, actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, bajo la autoridad de la subsección (2) de la sección 9902 del título 42 del Código de los Estados Unidos.
3. Altos Costos Médicos – Un paciente no asegurado con altos costos médicos (coaseguro, deducible y/o alcanzó el límite de por vida, no tiene cobertura relacionada con los servicios que no son médicamente necesarios). Altos costos médicos significa:
 - a. Costos anuales de bolsillo (pagos directos) incurridos por el paciente, en el Hospital, que sobrepasan el 10 por ciento del ingreso familiar del paciente en los 12 meses anteriores.
 - b. Gastos médicos anuales de bolsillo (pagos directos) del paciente que sobrepasan el 10 por ciento del ingreso familiar del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos del paciente pagados por el paciente o la familia del paciente en los 12 meses anteriores.

4. Familia del Paciente y Determinación del Ingreso Familiar – Para las personas de 18 años de edad y mayores: Cónyuge (esposo/a), pareja doméstica, y niños dependientes menores de 21 años de edad, estén o no viviendo en casa. Para las personas menores de 18 años de edad: Padre (padre/madre), parientes cuidadores, y otros niños menores de 21 años de edad del padre (padre/madre) o del pariente cuidador. La documentación de ingreso familiar deberá limitarse a talones (comprobantes) recientes de pago y de declaraciones de impuestos. Los activos (bienes) del paciente o de la familia del paciente no podrán ser considerados.
5. Formula razonable de pago – pagos mensuales que no sean más del 10 por ciento del ingreso familiar del paciente por un mes, excluyendo deducciones por gastos básicos (gastos esenciales de vida).
 - a) “Gastos básicos” significa gastos por todos los siguientes: alquiler o pago de la casa y mantenimiento, comida y provisiones domésticas, gas/agua/electricidad (en inglés: utilities) y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro (aseguranza), escuela o cuidado infantil, manutención de niño o cónyuge, transporte y gastos del carro incluyendo seguro, gasolina y reparaciones, pagos a plazo, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.

D. PROCEDIMIENTOS:

1. Cualquier paciente no asegurado que indique incapacidad de pagar será evaluado para el cuidado de caridad. Además, a discreción del Hospital, cualquier paciente asegurado que indique incapacidad de pagar por lo que es su responsabilidad, después que su seguro haya pagado, será evaluado para el cuidado de caridad. El cuidado de caridad será concedido en base a los siguientes niveles sugeridos de ingreso:

	<u>Nivel de Ingreso</u>	<u>Cantidad de Descuento</u>
i.	Hasta 350% del FPL	100% de descuento
ii.	del 351% al 500% del FPL	75% de descuento
iii.	Por encima del 500% del FPL	El descuento es caso por caso
iv.	Altos Costos Médicos	100% de descuento
v.	Circunstancias especiales	El descuento es caso por caso

- a. Todos los pacientes que se estén registrando sin seguro serán registrados como paciente que paga por cuenta propia o paciente cuyo Medi-Cal/Medicaid está pendiente, y se debe tomar una solicitud para Medi-Cal/Medicaid. Los pacientes electivos (procedimientos opcionales) que tienen un deducible grande y/o obligación de coaseguro se reunirán con un consejero financiero y llenarán el Formulario de Evaluación Financiera del Paciente (en inglés: Patient Financial Assessment Form - PFAF). Si el paciente no califica para caridad o Medi-Cal/Medicaid, se requerirá pago por adelantado, antes del servicio. Si se determina la caridad y se requiere de pago parcial, el pago ha de efectuarse por adelantado, antes del servicio, a menos que se hayan realizado otros pre-arreglos con el consejero financiero del Hospital. Las determinaciones de caridad por encima de \$25,000 requieren de la aprobación del/de la Director/a Financiero/a o de quien él/ella designe.
- b. El saldo (balance) a cuenta propia de todos los pacientes que sea de \$25 o menos, con una antigüedad mayor de 120 días, será anulado por caridad.
2. Solicitud (aplicación) - Excepto en aquellos instantes en los que el Hospital haya determinado que aplican requisitos mínimos para la solicitud o la documentación a fin de calificar para el cuidado de caridad, deberá llenarse el Formulario de Evaluación Financiera del Paciente (PFAF por sus siglas en inglés).
 - a. Miembros de la Familia – Se le requiere al paciente proporcionar el número de miembros de familia en sus casas (ver C.4.).
 - b. Cálculo de Ingreso – Se le requerirá al paciente proporcionar el ingreso bruto anual de su casa/hogar. Para un paciente adulto, el ingreso anual en el PFAF significa la suma del total del ingreso bruto (antes de deducir impuestos) del paciente y de su cónyuge o

pareja doméstica. Para un paciente menor de edad, el ingreso anual en el PFAF significa el ingreso del (lo que gana el) paciente, la madre y/o el padre del paciente, y/o su pareja doméstica y/o su guardián legal.

- c. Verificación de ingreso – Se le requerirá a los pacientes verificar el ingreso declarado en el PFAF. La documentación de ingresos incluirá el formulario W-2 del IRS, comprobante (recibo) de sueldo y ganancias (en inglés: wage and earnings statement), talones (comprobantes) de cheque de sueldo, declaraciones de impuestos, cuentas de bancos y otros indicadores apropiados de ingresos. Participar actualmente en un Programa de Beneficio Público, incluyendo Ingreso de Seguridad Complementario (SSI por sus siglas en inglés), Seguro Social por Incapacidad, Beneficios de Seguro de Desempleo, Medicaid, Indigente del Condado, Cupones para Alimentos, WIC, o algún otro programa similar para personas indigentes pueden utilizarse para verificar la indigencia.
- d. No hay documentación disponible – Cuando el paciente sea incapaz de proporcionar documentación verificando los ingresos, los siguientes procedimientos han de seguirse:
 - i. Pacientes fallecidos: Puede considerarse que los pacientes fallecidos no tengan ingreso.
 - ii. Testimonio Escrito: El paciente puede firmar el PFAF atestiguando la veracidad de la información de ingreso proporcionada.
 - iii. Testimonio Verbal: El consejero financiero del Hospital puede proporcionar testimonio por escrito de que el paciente verbalmente verificó el cálculo de los ingresos. Debe hacerse algún intento para documentar el ingreso anual del paciente antes de tomar un testimonio verbal.
3. Pacientes que no estén dispuestos a divulgar ninguna información como sea solicitada por el consejero financiero del Hospital – Se le advertirá al paciente que, a menos que cumplan con los requisitos y proporcionen la información, no se le dará ninguna otra consideración al proceso para el cuidado de caridad y el seguimiento estándar de Contabilidad de Deudas resultará.
4. Planes de Extensión de Pagos, sin cobro de intereses, se harán disponibles y serán negociados entre el Hospital y el paciente para permitir que el paciente que sea elegible para el cuidado de caridad parcial pague durante un periodo de tiempo prolongado. Si el Hospital y el paciente no logran ponerse de acuerdo sobre un plan de pago, el hospital utilizará la fórmula del “plan razonable de pago” para determinar el plan de pago.
5. Mercado de Beneficios de Salud de California (California Health Benefit Exchange) – El Hospital obtendrá información en cuanto a si el paciente pudiera ser elegible para el Mercado de Beneficios de Salud de California. Se le proporcionará información a un paciente que no haya mostrado prueba de tener cobertura de parte de un tercero, una declaración diciendo que el paciente podría ser elegible para cobertura a través del Mercado de Beneficios de Salud de California – u otro programa de cobertura de salud financiado por el Estado o el Condado.
6. Si el paciente presenta una solicitud (aplica), o tiene una solicitud pendiente para otro programa de cobertura de salud concurrentemente con (al mismo tiempo que) una solicitud para el cuidado de caridad o un programa de descuento de pago, ni la solicitud para el cuidado de caridad ni para el programa de descuento de pagos, ni para el programa de cobertura de salud impide (excluye) la elegibilidad para el otro programa.
7. Toda actividad de cobro (colección) interna o externa estará basada en los procedimientos escritos contenidos (expuestos) aquí. El Hospital mantendrá un acuerdo por escrito con cualquier agencia externa que colecte deuda indicando que la agencia externa cumplirá con los estándares y prácticas del Hospital. Específicamente, que la agencia externa cumplirá con la definición y solicitud del plan de pago razonable del Hospital aquí definidos.

E. **AVISO:**

1. Plazo de tiempo – No existe un límite rígido en cuanto al tiempo que tomará llegar a una determinación acerca de la caridad. En algunos casos, un paciente elegible para el cuidado de

caridad podría no ser identificado antes de iniciarse la acción de cobro por agencia externa. Las agencias de cobro del Hospital deberán ser informadas acerca de este procedimiento para que sepan que han de referir al Hospital la cuenta de los pacientes que pudieran ser elegibles para el cuidado de caridad.

2. Una vez que se haya determinado si la caridad es total o parcial, se le enviará una notificación por escrito al solicitante informándole acerca de la decisión del Hospital.

F. COMUNICACIÓN:

1. Información proporcionada al paciente – Durante el registro, o tan pronto después como sea práctico, el Hospital proporcionará a:
 - a. Todos los pacientes no asegurados información por escrito acerca de las políticas del cuidado de caridad del Hospital y la información de contacto apropiada para que el paciente obtenga información adicional acerca de estas políticas. El Hospital proporcionará al paciente una referencia a un centro local de asistencia al consumidor.
 - b. A petición del paciente, se proporcionará la solicitud (aplicación) para Caridad.
 - c. Las declaraciones a los paciente que no hayan proporcionado prueba de cobertura de parte de terceros incluirá información acerca del cuidado de caridad, el Mercado de Beneficios de Salud de California y otras coberturas financiadas por el Estado o el Condado, así como Medicare, Medi-Cal, Familias Sanas (Healthy Families) y Servicios para Niños de California (California Children's Services). La declaración al paciente indicará cómo el paciente podría obtener solicitudes de cobertura mediante el Mercado de Beneficios de Salud de California y otros programas de cobertura médica financiados por el Estado o por el Condado, y el Hospital proporcionará estos formularios de solicitud. Más aún, esta información tendrá lenguaje estándar informándoles a los pacientes que ellos podrían solicitar evaluación financiera para determinar elegibilidad para el cuidado de caridad. Por último, en la medida de lo posible, estas comunicaciones estarán en el idioma principal del paciente.
 - d. La declaración al paciente incluirá información sobre la disponibilidad del cuidado de caridad y descuento en los pagos por parte de los médicos de la sala de emergencia. Esta declaración incluirá información de contacto del médico de la sala de emergencia que trató al paciente.
2. Anuncios y Otros Avisos – Información acerca del cuidado de caridad deberá también proporcionarse colocando avisos de manera visible en las áreas de admisión y registro.

G. FORMULARIOS/DOCUMENTOS RELACIONADOS:

1. Formulario de Evaluación Financiera del Paciente - Muestra

H. REFERENCIAS:

1. California Health and Safety Code, Section 127400, et. seq.
Código de Salud y Seguridad de California, Sección 127400 y siguientes)
2. ACA provisions, IRC §501(r)
Provisiones de la Ley de Reforma de Salud Integral, Código de Rentas Internas §501(r)

Formulario de Evaluación Financiera del Paciente – Muestra

EVALUACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA - FORMULARIO DE SOLICITUD DEL PACIENTE



Fecha: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: APELLIDO		1 ^{ER} NOMBRE	2 ^O NOMBRE
DIRECCIÓN DEL PACIENTE		# DE EXPEDIENTE MÉDICO	
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	#DE SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE	TAMAÑO DE LA FAMILIA (REQUERIDO)	
APELLIDO DE SOLTERA U OTRO APELLIDO		# DE TELÉFONO ()	
NOMBRE DEL PARIENTE MÁS CERCAÑO	#DE TELÉFONO: ()	# TELÉFONO DEL TRABAJO ()	
TELÉFONO DE EMERGENCIA	FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE	# DE TELÉFONO MÓVIL ()	

PARTE RESPONSABLE		CÓNYUGE	
NOMBRE	OCUPACIÓN	NOMBRE	OCUPACIÓN
EMPLEADOR (DESCRIBA SI ES INDEPENDIENTE)	#DE SEGURO SOCIAL	EMPLEADOR (DESCRIBA SI SE AUTOEMPLEA)	#DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN		DIRECCIÓN	
NOMBRE DEL SUPERVISOR		NOMBRE DEL SUPERVISOR	
TELÉFONO	AÑOS EN ESE EMPLEO	TELÉFONO	AÑOS EN ESE EMPLEO
SUELDO (REQUERIDO) \$ _____ <input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL		SUELDO (REQUERIDO) \$ _____ <input type="checkbox"/> POR HORA <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> MENSUAL	

ACTIVOS/BIENES		OBLIGACIONES/GASTOS		
DINERO EN EFECTIVO DISPONIBLE	\$ _____	PAGOS DE HIPOTECA	\$ _____	
CUENTA DE CHEQUES	\$ _____	PRIMA DE SEGUROS/ASEGURANZA (AUTO/SALUD/CASA)	\$ _____	
CUENTA DE AHORROS	\$ _____	IMPUESTOS	\$ _____	
CUENTA DE UNA COOPERATIVA DE CRÉDITO (CREDIT UNION ACCOUNT)	\$ _____	SERVICIOS (GAS, ELECTRICIDAD, AGUA)	\$ _____	
VALOR DE SUS PROPIEDADES	\$ _____	PAGOS DE AUTOMÓVIL	\$ _____	
VEHÍCULOS DE MOTOR QUE POSEE	\$ _____	COMIDA	\$ _____	
MARCA: _____ AÑO _____		PAGO DE ALQUILER DE CASA SI ALQUILA	\$ _____	
MARCA: _____ AÑO _____		OTRAS OBLIGACIONES: (INCLUYA OTRA HOJA SI ES NECESARIO)		
DUEÑO DE CASA - VALOR ESTIMADO ..	\$ _____	DESCRÍBALAS	PAGO	BALANCE
OTRAS FUENTES, (ACCIONES Y BONOS)	\$ _____	_____	_____	_____
SUCURSAL(ES) DE BANCO(S) Y NUMERO(S) DE CUENTA				

YO/NOSOTROS POR LA PRESENTE DECLARO/DECLARAMOS, BAJO PENA DE PERJURIO CONFORME A LAS LEYES DE CALIFORNIA, QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA.

_____ FIRMA(S) _____ FECHA

SOLO PARA USO INTERNO • FOR PA USE ONLY

350% FPL _____ APPROVED: YES NO BY WHOM: _____

Rev (2017)

IF PARTIAL AMOUNT: \$ _____