Distrito de Atención Médica de Tri-City
Oceanside, California

MANUAL DE POLÍTICAS ADMINISTRATIVAS
OPERACIONES DISTRITALES

FECHA DE EMISIÓN: 09/96	**ASUNTO:**	**Cuidado de caridad, cuidado no compensado, servicio comunitario**
		NÚMERO DE PÓLITICA: 8610-285
FECHA DE REVISIÓN: 08/97, 05/99, 08/04, 04/06, 02/07, 01/10, 10/10, 09/13, 06/14, 08/15, 06/17, 02/22, 03/22		

Aprobación del Departamento:	**05/22**
Aprobación del Comité de Políticas y Procedimientos Administrativos:	**08/22**
Aprobación del Comité de Finanzas, Operaciones y Planificación:	**08/22**
Aprobación de la Junta Directiva:	**08/22**

A. PROPÓSITO:

1. El Hospital desea tener una política de asistencia financiera clara, bien comunicada y documentada que sea coherente con su misión y valores, y que cumpla con las normas de contabilidad gubernamentales y las regulaciones federales y estatales.
2. Los hospitales de cuidados intensivos de California deben cumplir con la Sección 127400 y siguientes del Código de Salud y Seguridad, en lo sucesivo denominada Ley de Precios Justos de California, incluidos los requisitos para las pólizas escritas que brindan descuentos y atención caritativa a pacientes financieramente calificados. Esta política tiene la intención de exceder los requisitos legales detallados en la Ley de Precios Justos de California.

B. POLÍTICA:

1. Como beneficio para la comunidad, la política del Hospital es proporcionar servicios de atención médica gratuitos, o parcialmente gratuitos, a los miembros de la comunidad que hayan demostrado que son financiera o médicamente indigentes. El Hospital tiene en cuenta a los pacientes elegibles que residen en su comunidad y a los pacientes, tengan o no seguro e independientemente de su nivel de ingresos, si existen circunstancias excepcionales.
2. Los pacientes serán tratados de manera justa y respetuosa, independientemente de su capacidad de pago. El Hospital no discrimina a ninguna persona por motivos de raza, credo, color, origen nacional, sexual, orientación o por motivos de discapacidad o edad.
3. El personal de la Oficina de Negocios brindará a los pacientes interesados asesoramiento financiero, incluida la asistencia para solicitar programas de salud locales, estatales y federales. Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente serán informados y asistidos para solicitar atención benéfica o con descuento.
4. Cualquier paciente, o representante legal del paciente, que busque asistencia financiera, deberá proporcionar información sobre la cobertura de beneficios de salud, el estado financiero y otra documentación pertinente que sea necesaria para tomar una determinación con respecto al estado del paciente en relación con la política de atención caritativa del hospital, la política de pago con descuento o la elegibilidad para programas locales, estatales o federales. Toda la información proporcionada por o para el paciente, será confidencial y se mantendrá la dignidad del paciente durante este proceso.
5. El Hospital y/o los agentes externos que trabajen en nombre del Hospital no utilizarán embargos de salario ni un gravamen sobre la residencia principal del paciente si el paciente o el representante legal del paciente se comunican y cooperan con el Hospital y se ha determinado que el paciente es elegible para recibir atención benéfica o atención con descuento.

6. Un médico de emergencias, según se define en la Sección 127450 del Código de Salud y Seguridad de California, Capítulo 2.5 de la División 107, que brinda servicios médicos de emergencia en un hospital que brinda atención de emergencia, también está obligado por ley a proporcionar descuentos a pacientes sin seguro o pacientes con altos costos médicos que están en o por debajo del 400 por ciento del nivel federal de pobreza. Esta declaración no se interpretará como una imposición de responsabilidades adicionales al hospital.
7. Todas las agencias de cobranza que trabajen en nombre del Hospital deberán cumplir con la Ley de Precios Justos de California.
8. Sin completar una solicitud de asistencia financiera, el Hospital, a su discreción, puede aprobar asistencia financiera fuera del alcance de esta política. Las cancelaciones discrecionales totales o parciales de caridad incluyen, entre otras, un historial de falta de pago en el saldo de la cuenta del paciente, donde la derivación a una agencia de cobro externa no resultaría en un pago en la cuenta del paciente, la situación social del paciente y los pacientes/garantes que no pueden ser localizados

C. DEFINICIONES Y ELEGIBILIDAD:

1. Caridad - Asistencia financiera a pacientes asegurados y no asegurados que califican, en su totalidad o en parte, para liberarlos de su obligación financiera por los servicios de atención médica. Para las personas que cumplen con los criterios de caridad del Hospital, la atención de caridad es el resultado de la misión del Hospital de proporcionar servicios de atención médica gratuitos. La atención caritativa se mide en función de los ingresos no percibidos, a las tasas totalmente establecidas. La atención caritativa no incluye cancelaciones contractuales, descuentos de cortesía, descuentos por pronto pago, descuentos para empleados ni descuentos para amigos y familiares.
2. La atención caritativa no incluye las deudas incobrables que resulten de la falta de voluntad de un paciente para pagar o de no cumplir con las definiciones de esta política de asistencia financiera.
3. Las definiciones de caridad incluyen:
   a. Atención benéfica catastrófica*:* cancelación del 100% de la responsabilidad del paciente por un paciente con alto costo médico. Todos los cargos son elegibles para ser considerados bajo la definición de Alto Costo Médico del Hospital.
   b. Atención benéfica completa*:* cancelación del 100% de la responsabilidad sin descuento del paciente.
   c. Atención caritativa parcial *:* cancelación parcial de la responsabilidad no descontada del paciente.
   d. Atención caritativa para circunstancias especiales ***:*** pacientes que no cumplen con otros criterios de caridad o que no pueden seguir los procedimientos hospitalarios específicos para recibir una deducción total o parcial de los cargos de atención caritativa.
   e. La siguiente es una lista no exhaustiva de algunas situaciones que pueden calificar para el cuidado de caridad en circunstancias especiales:
      i. Bancarrota
      ii. Paciente sin una dirección residencial (sin hogar), o se hacen esfuerzos razonables para localizar y contactar al paciente, y dichos intentos han sido infructuosos.
      iii. Pacientes fallecidos sin patrimonio,
      iv. Denegaciones de MediCal/Medicaid: también se presume que los pacientes que son elegibles para MediCal/Medicaid califican para recibir atención caritativa completa. Esta definición incluye pacientes cuya cobertura de MediCal/Medicaid es limitada o restringida, denegaciones de TAR, denegaciones de necesidad médica, denegaciones de facturación (es decir, presentación extemporánea)
      v. Cargos por días que exceden un límite de duración de estadía para pacientes inscritos en MediCal/Medicaid u otros programas de atención para indigentes del estado o del condado,
      vi. Servicios no cubiertos para pacientes elegibles de MediCal/Medicaid,
      vii. El paciente tiene cobertura de una entidad que no tiene una relación contractual

con el proveedor; esto incluiría pacientes de Medicaid fuera del estado, o situaciones en las que la compañía de seguros no está bajo contrato con el Hospital y niega el reclamo.

f. Las obligaciones del paciente por los montos de deducible y coseguro, los servicios no cubiertos o los servicios prestados a un paciente en los que se agotan los beneficios del paciente, donde el paciente asegurado califica para recibir atención caritativa total o parcial, se incluyen en la definición de atención caritativa.

4. Nivel Federal de Pobreza (FPL) - Pautas 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.

5. Costo médico alto: un paciente asegurado con costos médicos altos (coseguro, deducible y/o alcanzó un límite de por vida, no cubierto en relación con servicios que no son médicamente necesarios) Los costos médicos altos significan:
   a. Gastos de bolsillo anuales incurridos por el paciente, en el Hospital, que excedan el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente en los 12 meses anteriores.
   b. Gastos médicos anuales de bolsillo del paciente que excedan el 10 por ciento de los ingresos familiares 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.
   c. Ingreso familiar anual que no supere el 400 % del nivel anual de pobreza.

6. Familia del paciente y determinación de ingresos familiares: para personas mayores de 18 años: cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes menores de 21 años, ya sea que vivan en casa o no. Para personas menores de 18 años: padres, parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años del padre o pariente cuidador. La documentación de los ingresos familiares se limitará a los talones de pago recientes y a las declaraciones de impuestos. Los bienes del paciente o los activos de la familia del paciente no pueden ser considerados.

7. Fórmula de pago razonable: pagos mensuales que no superan el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente durante un mes, excluyendo las deducciones por gastos de vida esenciales.
   a. "Gastos de vida esenciales" se refiere a los gastos de todo lo siguiente: alquiler o pago y mantenimiento de la casa, alimentos y suministros para el hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, cuidado escolar o infantil, manutención de hijos o cónyuge, gastos de transporte y automóvil, incluidos seguros, gasolina y reparaciones, pagos a plazos, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.

8. Los descuentos por pago por cuenta propia se proporcionan a pacientes no asegurados o a pacientes asegurados en los que el pagador no cubre los servicios prestados, o en los que el paciente asegurado ha agotado sus beneficios. El descuento proporcionado a los no asegurados es del 40% de los cargos totales. Esto excluye los descuentos de pago por cuenta propia para los servicios de obstetricia, que se basan en el tipo de entrega y la duración de la estadía

D. PROCEDIMIENTOS:

1. Cualquier paciente sin seguro que indique que no puede pagar será examinado para recibir atención de caridad. Además, a discreción del Hospital, cualquier paciente asegurado que indique que no puede pagar su responsabilidad, después de que su seguro haya pagado, será examinado para recibir atención caritativa. La atención caritativa se otorgará en función de los siguientes niveles de ingresos sugeridos:

Nivel de ingresos	Monto del descuento
Hasta el 400% del FPL	100% de descuento
Del 401% al 500% del FPL	75% de descuento
Más del 500% del FPL	Descuentos caso por caso
Alto costo médico	100% de descuento
Circunstancia especial	Descuentos caso por caso

a. Todos los pacientes que se registren sin seguro se registrarán como pacientes que pagan por cuenta propia o que están pendientes de MediCal/Medicaid, y se debe presentar una solicitud de MediCal/Medicaid. Los pacientes electivos que tienen una obligación de deducible y/o coaseguro grande se reunirán con un asesor financiero y completarán el Formulario de Evaluación Financiera del Paciente (PFAF). Si el paciente no califica para la caridad o MediCal/Medicaid, se requerirá el pago por adelantado del servicio. Si se toma una determinación de caridad y se requiere un pago parcial, el pago se debe realizar antes del servicio, a menos que se acuerden otros arreglos con el asesor financiero del Hospital. Las determinaciones de caridad de más de $25,000 requieren la aprobación del Oficial Principal de Finanzas o su designado.

2. Solicitud*:* excepto en aquellos casos en los que el Hospital haya determinado que se aplican requisitos mínimos de solicitud y documentación, para calificar para la atención caritativa, se debe completar un PFAF.
   a. Miembros de la familia: el paciente deberá proporcionar el número de miembros de la familia en su hogar.
   b. Cálculo de ingresos: el paciente deberá proporcionar los ingresos brutos anuales de su hogar. El ingreso anual del paciente adulto en el PFAF significa la suma del total anual ingresos brutos del paciente y del cónyuge o pareja de hecho del paciente. Los ingresos anuales del paciente menor de edad en el PFAF significan los ingresos del paciente, la madre y/o el padre del paciente y/o la pareja de hecho y/o el tutor legal.
   c. Verificación de ingresos: los pacientes deberán verificar los ingresos establecidos en el PFAF. La documentación de ingresos incluirá el Formulario W-2 del IRS, la declaración de salarios y ganancias, el talón del cheque de pago, las declaraciones de impuestos, los estados de cuenta bancarios u otros indicadores apropiados de ingresos. La participación actual en un Programa de Beneficio Público, incluyendo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), Seguro Social por Discapacidad, Beneficios del Seguro de Desempleo, Medicaid, Indigentes del Condado, Cupones de Alimentos, WIC u otros programas similares relacionados con la indigencia se puede utilizar para verificar la indigencia.
   d. Documentación no disponible: cuando el paciente no pueda proporcionar documentación que verifique los ingresos, se seguirán los siguientes procedimientos:
      i. Pacientes vencidos: Se puede considerar que los pacientes vencidos no tienen ingresos.
      ii. Certificación escrita: El paciente puede firmar el PFAF que acredite la exactitud de la información de ingresos proporcionada.
      iii. Certificación verbal: El asesor financiero del hospital puede proporcionar una declaración escrita de que el paciente verificó verbalmente el cálculo de ingresos. Se debe hacer algún intento de documentar los ingresos anuales del paciente antes de tomar una declaración verbal.
3. Los pacientes no están dispuestos a revelar cualquier información financiera según lo solicitado por el asesor financiero del Hospital. Se les informará a los pacientes que, a menos que cumplan y proporcionen la información, no se considerará más el procesamiento de la atención caritativa y se realizará un seguimiento estándar de las cuentas por cobrar.
4. Los Planes de Pago Extendido, sin cargos por intereses, estarán disponibles y negociados entre el Hospital y el paciente para permitir que el paciente que es elegible para la caridad parcial pague durante un período prolongado de tiempo. Si el Hospital y el paciente no pueden llegar a un acuerdo sobre un plan de pago, el Hospital utilizará la fórmula del "plan de pago razonable" para determinar el plan de pago.
5. Intercambio de Beneficios de Salud de California: el Hospital obtendrá información sobre si el paciente puede ser elegible para el Intercambio de Beneficios de Salud de California. Se proporcionará información a un paciente que no haya mostrado prueba de cobertura de terceros, una declaración de que el paciente puede ser elegible para la cobertura a través del Intercambio de Beneficios de Salud de California u otro programa de cobertura de salud financiado por el estado o el condado.

6. Si el paciente solicita, o tiene una solicitud pendiente, para otro programa de cobertura de salud concurrente con una solicitud de atención caritativa o un programa de pago con descuento, ni las solicitudes de atención caritativa, ni del programa de pago con descuento ni del programa de cobertura de atención médica excluyen la elegibilidad para el otro programa.
7. Toda la actividad de cobro interna y externa se basará en los procedimientos escritos aquí contenidos. El Hospital mantendrá un acuerdo por escrito de cualquier agencia externa que cobre deudas de que la agencia externa se adherirá a las normas y prácticas del Hospital. Especificamente, la agencia de cobro externa cumplirá con la definición y aplicación del plan de pago razonable del Hospital, definido en el presente documento.

E. NOTAR:

1. Plazo: no hay un límite rígido en el momento en que se tomará la determinación de la organización benéfica. En algunos casos, es posible que un paciente elegible para la atención de caridad no sea identificado antes del inicio de la acción de recopilación externa. Las agencias de cobro del Hospital deberán estar al tanto de este procedimiento para que las agencias sepan que deben remitir al Hospital las cuentas de pacientes que puedan ser elegibles para recibir atención caritativa.
2. Una vez que se haya tomado una determinación de caridad total o parcial, se enviará una notificación por escrito al solicitante informándole de la decisión del Hospital.

F. COMUNICACIÓN:

1. Información proporcionada al paciente: durante el registro, o tan pronto como sea posible y antes del alta, el Hospital deberá proporcionar:
   a. Todos los pacientes sin seguro con información escrita sobre las políticas de atención benéfica del Hospital y la información de contacto adecuada para que el paciente obtenga más información sobre estas póliticas. El Hospital proporcionará al paciente una referencia a un centro local de asistencia al consumidor.
   b. A petición del paciente, se proporcionará la aplicación de Caridad.
   c. Los estados de cuenta de los pacientes que no han proporcionado prueba de cobertura de terceros incluirán información sobre la atención caritativa, el Intercambio de Beneficios de Salud de California y otras coberturas de salud financiadas por el estado o el condado, así como Medicare, Medi-Cal, Familias Sanas y Servicios para Niños de California. La declaración del paciente indicará cómo el paciente puede obtener solicitudes de cobertura a través del Intercambio de Beneficios de Salud de California y otros programas de cobertura de salud financiados por el estado o el condado, y el Hospital proporcionará estas solicitudes. Además, esta información tendrá un lenguaje estándar que informará a los pacientes que pueden solicitar una evaluación financiera para determinar la elegibilidad para la atención caritativa. Finalmente, en la medida de lo posible, estas comunicaciones serán en el idioma principal del paciente.
   d. El estado de cuenta del paciente incluirá información sobre la disponibilidad de atención caritativa y pagos con descuento de los médicos de la sala de emergencias. La declaración incluirá información de contacto del médico de la sala de emergencias que trató al paciente.
2. Publicaciones y otros avisos: la información sobre la atención caritativa también se proporcionará mediante la publicación de avisos de manera visible en los lugares de admisión y registro.

G. FORMULARIOS/DOCUMENTOS RELACIONADOS:

1. Formulario de Evaluación Financiera del Paciente - Ejemplo

H. REFERENCIA:

1. Código de Salud y Seguridad de California, Sección 127400, et. Seq
2. Disposiciones de la ACA, IRC §501(r)

Tri-City Medical Center

Programa de Solicitud de Asistencia Financiera

Asistencia Financiera (Cuidado de Caridad/Atención Caritativa, en inglés Charity Care) está disponible si usted no tiene los recursos para pagar sus gastos hospitalarios y no califica para ningún programa gubernamental. Cualquier paciente no asegurado que indique incapacidad para pagar será evaluado para el cuidado de caridad. Además, a discreción del Hospital, cualquier paciente asegurado que indique incapacidad para pagar lo que es su responsabilidad después de que su seguro haya pagado será evaluado para el cuidado de caridad. Si usted necesita ayuda para llenar el formulario, por favor llame al 760-940-5912.

Instrucciones para Completar la Solicitud para Asistencia Financiera:

Calificaciones de asistencia financiera: Todas las fuentes de financiamiento de la solicitud deben cumplirse y determinarse previamente, como Medi-Cal y otros programas estatales o del condado. Su solicitud de asistencia financiera puede quedar pendiente si ha solicitado otro programa de cobertura médica al mismo tiempo hasta que se haya determinado el resultado de esa solicitud.

- Pacientes que no tienen una fuente de pago de terceros, como una compañía de seguros o un programa gubernamental, para cualquier parte de sus gastos médicos y tienen un ingreso familiar igual o inferior al 400% del nivel federal de pobreza.
- Pacientes que están cubiertos por un seguro pero que tienen (i) ingresos familiares iguales o inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza; y (ii) gastos médicos para ellos o su familia (incurridos en el afiliado del hospital o pagados a otros proveedores en los últimos 12 meses) que excedan el 10% del ingreso familiar del paciente.
- Pacientes que están cubiertos por un seguro pero agotan sus beneficios antes o durante su estadía en el hospital y tienen un ingreso familiar igual o inferior al 400% del nivel federal de pobreza.

Se Requiere Prueba de Ingresos: Junto con su solicitud, adjunte la siguiente información o una explicación de por qué esta información no está disponible. La documentación faltante puede retrasar el proceso de su solicitud y podría resultar en una denegación de asistencia financiera.

- Tres (3) meses de recibos de sueldo u otras declaraciones de ingresos del empleador actual para todos los miembros de la familia.
- Todos los extractos bancarios actuales de todos los miembros de la familia.
- Declaración de impuestos del año anterior
- Gastos mensuales del hogar no incluidos en la solicitud

Una vez completada, la solicitud y los documentos de respaldo se pueden enviar a cualquier miembro del equipo de registro, cajero o equipo de servicios financieros para pacientes.

Proceso de Notificación de Asistencia Financiera: Una vez que el proceso de elegibilidad esté completo, usted recibirá una carta de notificación de asistencia financiera por correo. El formulario indicará si usted es elegible para asistencia financiera completa o parcial. Usted podría recibir una notificación indicando que no es elegible para asistencia financiera o que es necesario obtener más información para poder tomar una determinación.

Atentamente,

Tri-City Medical Center - Financial Assistance Team

Tri-City Medical Center

Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera

Fecha de Aplicacion: _____

Información del paciente

Nombre del Paciente (Apellido, Nombre)	Fecha de Nacimiento
Dirección	Teléfono
Ciudad, Estado,Código postal	Número de Cuenta

Esposa o Padre/Guardián (si el paciente es menor de 18 años) Información

Nombre (Apellido, Nombre)	Fecha de Nacimiento
Dirección (si no es el mismo que el paciente)	Teléfono
Ciudad, Estado,Código postal	Relación con el Paciente

Otra información para Padres (si el paciente es menor de 18 años)

Nombre (Apellido, Nombre)	Fecha de Nacimiento:
Dirección (si no es el mismo que el paciente)	Teléfono
Ciudad, Estado,Código postal	Relación con el Paciente

Preguntas Adicionales (Por favor circule Sí o No)

¿Era el paciente residente de California en el momento del servicio?	Sí	No
¿Tenía el paciente seguro médico al momento del servicio?	Sí	No
¿Era el paciente un beneficiario activo de Medicaid en el momento del servicio?	Sí	No
**Si respondió afirmativamente a las preguntas 2 o 3, adjunte una copia de su tarjeta de seguro o Medicaid a esta solicitud.		

Hogar familiar/ Dependientes (Indique el número de miembros de la familia que viven en su casa.)

Nombre	Relación con el paciente	Edad

Tri-City Medical Center

Ingreso Bruto Mensual (Enumere TODOS los ingresos de adultos de los miembros de la familia en el hogar)

Ingreso Bruto Mensual (Antes de los impuestos) Fuentes	Paciente	Miembros de la familia
Empleo/Autoempleo	$	$
Seguridad Social	$	$
Discapacidad	$	$
Desempleo	$	$
Pensión, Jubilación, Anualidad	$	$
Pensión Alimenticia/Manutención Infantil	$	$
Otra	$	$
Ingreso mensual total combinado: $		
Si no tiene ingresos mensuales, adjunte una declaración escrita que explique cómo usted o el paciente se hacen cargo de sus gastos mensuales, incluido quién proporciona comida, alojamiento, transporte, etc. y cuánto tiempo ha estado sin ingresos.		

Activos y Gastos Mensuales

Gastos Mensuales		Activos Mensuales	
Alquiler/Hipoteca	$	Saldo de Cuenta Corriente	$
Utilidades	$	Saldo de la cuenta de ahorro	$
Pagos de Automóviles	$	Propiedad Empresarial	$
Gastos Médicos	$	Acciones y Bonos	$
Primas de seguros (vida, hogar, automóvil, médico)	$	Bienes inmuebles (excluyendo residencia principal)	$
Ropa, Comestibles, Artículos para el hogar	$	Otra	$
Otras deudas/gastos (manutención infantil, préstamos, otros)	$		
Gastos Totales	$	Activos Totales	

Mi firma a continuación certifica que todo lo que he indicado en esta solicitud es correcto y está sujeto a revisión bajo auditoría. Entiendo que si se determina que la información que proporciono es falsa, se me puede negar la asistencia financiera y puedo ser responsable de pagar los servicios prestados.

El Nombre del Aplicante | Firma del Aplicante | Fecha

Envíe su solicitud completa y los documentos requeridos a:

Tri-City Medical Center
Patient Accounting
4002 Vista Way
Oceanside, CA 92056