

Título: Asistencia financiera y caritativa para el Paciente	Página 1 de 11
Política #: MA1023	
Tipo: Financiero (1000)	
Estándar: N/A	

POLÍTICA:

El objetivo de esta política es establecer los criterios por los cuales los pacientes pueden solicitar la asistencia financiera y el proceso y las directrices utilizados en ese proceso de conformidad con las regulaciones aplicables de asistencia financiera. De acuerdo con su misión y responsabilidad social hacia la comunidad, *Methodist Hospital of Southern California* (MHSC) ayudará a los pacientes sin cobertura de seguro a obtener cobertura a través de programas probados por el gobierno como Medi-Cal, *Covered California* (Ley de Asistencia Asequible/HMO de Medi-Cal) y otros programas que pueden existir de vez en cuando. Además, es posible que MHSC pueda proporcionar ayuda financiera temporal para la atención médica (atención caritativa) para pacientes no asegurados con la mayor necesidad financiera.

MHSC proporciona una cantidad razonable de sus servicios sin cargo a pacientes financieramente elegibles que no pueden pagar por la atención. Todos los servicios de emergencia y médicamente necesarios según lo define Medicare, como servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, a excepción de los procedimientos cosméticos electivos, se pueden considerar para la asistencia financiera. Los descuentos de asistencia financiera serán cancelados en base a una determinación en virtud de esta política que el paciente u otra parte responsable haya demostrado que no puede pagar. Sin embargo, en los casos en que se determine que la cuenta no se ha pagado y no se ha proporcionado evidencia de las dificultades demostradas en virtud de esta política, dichas cuentas se caracterizarán como “deudas incobrables” y se solicitará el cobro de éstas, incluyendo las referencias de las mismas, a una agencia de cobro.

1. DEFINICIONES

ASISTENCIA FINANCIERA, anteriormente denominada ATENCIÓN CARITATIVA, SE DEFINE DE LA SIGUIENTE MANERA:

- 1.1. La asistencia financiera es una ayuda financiera para un paciente o una parte responsable y no incluye los descuentos que normalmente se otorgan a los asegurados, los precios de los contratos que se negocian con las compañías de seguros u otros ajustes, una vez que se ha creado la factura final. Cuando el paciente puede pagar parte de su factura, se considerará rebajar una parte de esa cuenta como asistencia financiera parcial. La Asistencia financiera también puede incluir asistencia a

Número: MA1023	Título: Asistencia financiera y caritativa para el paciente	Página 2 de 11
----------------	---	----------------

pacientes que han incurrido en altos costos médicos, tal como se define como costos anuales de atención médica superiores al 10% del ingreso familiar.

- 1.2. La Asistencia financiera no debe considerarse un sustituto de la responsabilidad personal y se espera que los pacientes cooperen con el procedimiento del Hospital para solicitar la Asistencia financiera, y para contribuir al costo de su atención en función de su capacidad individual de pago.
 - 1.3. PLAN DE PAGO RAZONABLE: significa pagos mensuales que no representan más del 10% del ingreso familiar del paciente durante un mes, excluyendo las deducciones por gastos esenciales de subsistencia. Los “gastos esenciales de vida” significa los gastos de cualquiera de los siguientes: alquiler o mantenimiento de la casa, alimentos y artículos para el hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, cuidado de los niños o de la escuela, manutención del niño o cónyuge, transporte y gastos de automóviles, incluyendo seguros, gasolina y reparaciones, pagos a plazos, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.
 - 1.4. Si después de establecido un plan de pago y existe un período de 90 días sin pago, se considerará que el plan de pago ya no es operativo.
2. PACIENTES CON ASISTENCIA FINANCIERA SE DEFINEN DE LA SIGUIENTE MANERA:
- 2.1. Pacientes no asegurados (aquellos sin seguro de terceros, Medicare, Medicaid, o con lesiones o condiciones que califican para la cobertura de compensación del trabajador o seguro de automóvil por lesiones) que no tienen la capacidad de pagar según los criterios que se describen en la sección Elegibilidad siguiente.
 - 2.2. Pacientes asegurados cuya cobertura de seguro y capacidad de pago son insuficientes para cubrir sus costos directos.
 - 2.3. Paciente asegurado que no puede pagar parte de la facture debido a copagos, deducibles y servicios no cubiertos no cobrados.
 - 2.4. Un paciente asegurado o no asegurado con altos costos médicos, cuyo ingreso familiar no excede el 350% del nivel federal de pobreza, pero cuyos costos o gastos médicos directos superan el 10% de sus ingresos del año anterior.
 - 2.5. Cualquier paciente que demuestre una incapacidad para pagar, en lugar de una deuda incobrable, que es la falta de voluntad del paciente para pagar.
3. MONTOS GENERALMENTE FACTURADOS
- 3.1. Los AGB (por sus siglas en inglés, Montos generalmente facturados) se define como la cantidad máxima para la que califica un paciente en virtud de la política de asistencia financiera para un descuento que es igual a los montos promedio históricamente permitidos como un porcentaje de los cargos facturados por todos los servicios provistos en virtud del programa Medicare para un período de revisión de 12 meses, calculado de acuerdo con IRC 501(r). Consulte el Anexo A para el cálculo de AGB.
 - 3.2. El monto “cobrado” es la cantidad que el paciente es personalmente responsable de pagar, después de aplicar deducciones, descuentos y el reembolso del seguro.

Número: MA1023	Título: Asistencia financiera y caritativa para el paciente	Página 3 de 11
----------------	---	----------------

3.2.1. En el caso de que el paciente tiene seguro, el total de los pagos puede exceder el AGB. Sin embargo, solo se requerirá que la persona pague un monto igual o inferior al AGB.

3.2.1.1. Las excepciones para una persona que califica para caridad en virtud de esta política es que el AGB no se aplica a las agencias gubernamentales, organizaciones no lucrativas o empresas que asumen la deuda de una persona.

3.2.1.1.1. Las limitaciones del AGB se aplicarán a otras personas que asuman la deuda de una persona.

4. ENTIDADES CUBIERTAS

4.1. Solo el Hospital, que incluye todos los servicios y áreas que figuran en nuestra licencia del estado de California, incluyendo, entre otros, los servicios hospitalarios y ambulatorios, la Clínica colorrectal y la Clínica de oncología ginecológica están cubiertos por esta política de asistencia financiera. Cualquier facturación de un médico auxiliar que pueda generarse durante la estadía de un paciente, es decir, los servicios de patología, radiología y anestesia no están cubiertos por esta política.

4.2. Los médicos de la Sala de emergencias no están cubiertos por esta política de asistencia financiera, pero tienen su propia política de asistencia financiera según las Secciones 127450-127462 del Código de salud y seguridad. Consulte el Anexo B para obtener una lista de proveedores que prestan servicios de emergencia y medicamento necesarios en el Hospital.

5. PROCEDIMIENTOS

Los siguientes son los procedimientos relacionados con la Asistencia financiera y caritativa para el paciente en MHSC

6. AVISO A LOS PACIENTES

6.1. La comunicación y notificación de la disponibilidad de la política de asistencia financiera dentro de la comunidad de cada hospital debe estar de acuerdo con AB774, SB350, SB1276 y la Ley federal de protección al paciente y cuidado de salud asequible (PPACA, por sus siglas en inglés).

6.2. El hospital publicará avisos informando a los pacientes sobre el programa de asistencia financiera del hospital. El aviso se publicará en las áreas para pacientes hospitalizados y ambulatorios del hospital, incluyendo el departamento de emergencias, las oficinas de admisión y registro de pacientes y las instalaciones para pacientes ambulatorios. El aviso incluirá información de contacto sobre cómo un paciente puede obtener más información sobre el programa de asistencia financiera.

6.3. A todos los pacientes se les informará sobre el programa de asistencia financiera del hospital en el momento de su admisión o registro y se les ofrecerá una copia de la versión en lenguaje sencillo de la política, así como una solicitud de asistencia.

Número: MA1023	Título: Asistencia financiera y caritativa para el paciente	Página 4 de 11
----------------	---	----------------

- 6.4. El hospital proporcionará la política de asistencia financiera y la solicitud traducida al idioma hablado por el paciente de conformidad con la Sección 12693.30 del Código de seguros y la Sección 127410(a) del Código de salud y seguridad.
- 6.5. Todos los estados de cuenta impresos para el paciente incluirán un resumen de la política de asistencia financiera con información de contacto sobre cómo obtener una solicitud de asistencia y la copia de la política completa. Un resumen de FAP, la solicitud de asistencia con instrucciones se enviará con los dos primeros estados de cuenta al garante.
- 6.6. La política de asistencia financiera y el resumen en lenguaje sencillo están disponibles en el sitio web del hospital 7/o en el portal del paciente en línea.
- 6.7. A todos los pacientes sin cobertura de seguro se les informará sobre las opciones financieras para pagar su atención médica al momento de la inscripción, o tan pronto después de su presentación al hospital, según lo permitido por EMTALA.
- 6.8. MHSC incluirá servicios de atención caritativa para los pacientes para los cuales MHSC no puede evaluar la condición financiera del paciente antes de prestar los servicios, según lo exige la Ley de tratamiento médico de emergencia y trabajo activo (EMTALA, por sus siglas en inglés). Consulte los montos generalmente facturados para cantidades cobradas.

7. DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD:

- 7.1. El ingreso bruto debe estar dentro de los estándares establecidos para la determinación del nivel federal de pobreza, teniendo en cuenta el tamaño de la familia o el hogar, el área geográfica y otros factores relevantes. {Consulte el cuadro en el Anexo B}.
- 7.2. El término "ingreso" significará las ganancias anuales familiares o del hogar y los beneficios en efectivo de todas las fuentes antes de impuestos, menos el pago realizado por pensión alimenticia y manutención infantil. La prueba de ingresos puede determinarse anualizando el ingreso familiar o del hogar del año hasta la fecha. {Consulte 2 (e) a continuación para la definición de familia u hogar.}
- 7.3. Los activos financieros se considerarán en la medida permitida por las regulaciones de asistencia financiera.
- 7.4. Se considerará la condición laboral junto con la disponibilidad proyectada de ganancias futuras suficientes para cumplir con la obligación dentro de un período de tiempo razonable.
- 7.5. Se considerará el tamaño de la familia o del hogar. Para este fin, "familia u hogar" para un paciente adulto se define como cónyuge, pareja doméstica, hijos dependientes menores de 21 años, ya sea que vivan en casa o no, y cualquier otra persona declarada como dependiente en la declaración de impuestos federales del paciente. Para pacientes menores de 18 años, "familia u hogar" se define como los padres del paciente y/o parientes cuidadores, otros niños menores de 21 años de los parientes o parientes cuidadores, y cualquier otra persona reclamada como dependiente en la declaración de impuestos federales del paciente.
- 7.6. Se analizarán otras obligaciones financieras, incluyendo los gastos de subsistencia y otros elementos de naturaleza razonable y necesaria.
- 7.7. Los pacientes cuyos gastos médicos de desembolso superan el 10% de sus ingresos del año anterior y cuyos ingresos familiares son 350% o inferiores al nivel de pobreza federal, son elegibles para recibir asistencia financiera.

Número: MA1023	Título: Asistencia financiera y caritativa para el paciente	Página 5 de 11
----------------	---	----------------

- 7.8. Se solicita que se envíe una carta, junto con la demás documentación que detalla la necesidad del paciente de asistencia financiera y que indica una solicitud de ayuda.
- 7.9. Se considerará el (los) monto(s) y frecuencia de la(s) factura(s) del hospital en relación con todos los factores que se describen anteriormente.
- 7.10. Se elaborará un informe de crédito para verificar la información financiera y relacionada que ayudará a tomar una determinación sobre la elegibilidad del paciente para la asistencia financiera.
- 7.11. Antes de tomar una determinación acerca de si la totalidad o parte de una cuenta califica para el tratamiento de asistencia financiera y el monto de cualquier cancelación que se debe aplicar, se requerirá que el paciente ayude al hospital a obtener el pago y ayude a asegurar que todos los demás recursos serán aplicados primero, incluyendo Medi-Cal, *welfare* y otras fuentes de terceros.
- 7.12. Los pacientes que son elegibles para programas de asistencia de bajos ingresos patrocinados por el gobierno (por ejemplo, Medi-Cal/Medicaid, *Healthy Families*, *California Children's Services* y cualquier otro programa estatal o local de bajos ingresos) serán automáticamente elegibles para asistencia financiera completa cuando el pago no sea efectuado por el programa gubernamental. Por ejemplo, los pacientes que califican para Medi-Cal/Medicaid, así como los demás programas que atienden las necesidades de pacientes de bajos ingresos (por ejemplo, CHDP, *Healthy Families* y algunos CCS) donde el programa no realiza el pago de todos los servicios o días durante una estadía en el hospital es elegible para la cobertura de Asistencia financiera. En virtud de la política de asistencia financiera de MHSC, estos tipos de saldos de cuentas de pacientes no reembolsados son elegibles para la cancelación total como asistencia financiera. Específicamente, se incluyen como asistencia financiera los cargos relacionados con estadías denegadas o días de atención denegados. Todas las denegaciones de Solicitud de autorización de tratamiento (TAR, por sus siglas en inglés) proporcionadas a Medi-Cal/Medicaid y otros pacientes cubiertos por programas de bajos ingresos que califiquen, y otras denegaciones (por ejemplo, cobertura restringida) se clasificarán como Asistencia financiera.
- 7.13. En los casos en que el paciente no responde y/u otras fuentes de información están disponibles para realizar una evaluación individual de la necesidad financiera, es decir, la elegibilidad existente para Medicaid, esta fuente de información puede utilizarse para respaldar y/o validar la decisión de calificar a un paciente para la asistencia financiera completa.
- 7.14. A menos que se informe lo contrario a un paciente, la Asistencia financiera provista bajo esta Política será válida por seis meses a partir del primer día del mes de la evaluación. Sin embargo, el Hospital se reserva el derecho de evaluar nuevamente la elegibilidad de un paciente para la Asistencia financiera durante ese período de seis meses si hay algún cambio en el estado financiero del paciente. Además, la asistencia financiera que se proporciona a pacientes que no responden según otras fuentes de información no será válida durante todo el año, y solo será aplicable a las fechas de servicio retroactivas elegibles.
- 7.15. Los pacientes serán notificados por escrito sobre la cantidad de asistencia financiera aprobada. Si no se aprueba un descuento completo, la notificación indicará los motivos y los pasos adicionales que podrían tomarse para obtener cobertura adicional.

Número: MA1023	Título: Asistencia financiera y caritativa para el paciente	Página 6 de 11
----------------	---	----------------

- 7.16. La Oficina comercial tiene la autoridad final para determinar si se han realizado esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad FAP.
- 7.17. Los pacientes que completen las Solicitudes de asistencia financiera son responsables de realizar un esfuerzo razonable para proporcionar la información necesaria para tomar una determinación. La falta de proporcionar esa información puede resultar en una denegación de la Solicitud de asistencia financiera.
- 7.18. En la medida en que se determine que el paciente no es legible para FAP, o al menos no se determina que es elegible en el momento del cargo (es decir, la facturación se emitió antes de presentar una solicitud completa), se puede cobrar al paciente en exceso del AGB.
- 7.19. Bajo ninguna circunstancia se considerará una solicitud de FAP más allá de los 240 días a partir de la fecha de la primera facturación.
- 7.20. La condición de Asistencia financiera se determinará después del momento del alta por parte de la Oficina comercial, después de que el paciente o la parte responsable haya presentado toda la documentación requerida (consulte la Sección 7(a) siguiente). Puede haber algunos casos en que, debido a complicaciones imprevistas en el momento de la admisión, los cargos del hospital resulten ser considerablemente mayores de lo anticipado o estimado, y el paciente no puede pagar el monto total. Un paciente puede solicitar un formulario de solicitud de asistencia financiera a un asesor financiero en cualquier momento. Si el paciente no puede completar el formulario, el encargado de la toma de decisiones del paciente puede ayudarlo a completar el formulario, o el paciente puede pedir ayuda al asesor financiero.
- 7.20.1. Una vez que se liquide la cuenta, la información utilizada para la determinación se mantendrá archivada en la Oficina comercial.
- 7.20.2. Los pacientes que no son elegibles para recibir asistencia financiera o que son elegibles para recibir asistencia parcial que los deja debiendo un saldo adeudado al Hospital, pueden solicitar un plan de pago de la Oficina comercial.
- 7.20.3. En caso de que no se pague una cantidad descontada adeudada según esta política de asistencia financiera, el hospital puede iniciar actividades de cobro adicionales. Los detalles de las acciones de cobro adicionales se pueden encontrar en la política de Facturación y cobro. Para obtener una copia de esta política, comuníquese con la Oficina comercial.
- 7.21. Para la consideración de asistencia financiera, (política de atención caritativa), se incluyen los activos monetarios para determinar la elegibilidad. Los primeros diez mil dólares (\$10,000) de los activos monetarios de un paciente no se contarán para determinar la elegibilidad, ni el 50% de los activos monetarios de un paciente sobre los primeros diez mil dólares (\$10,000). Los descuentos en virtud de otras políticas de descuento financiero no cuentan los activos monetarios para determinar la elegibilidad.

8. ASISTENCIA FINANCIERA Y OTROS DESCUENTOS:

8.1. *General Relief*

- 8.1.1. Los pacientes de *General Relief* generalmente no califican para Medi-Cal, porque normalmente son solteros, no tienen hijos, están desempleados y sin hogar. Los pacientes de *General Relief* se consideran pacientes elegibles para asistencia financiera.

Número: MA1023	Título: Asistencia financiera y caritativa para el paciente	Página 7 de 11
----------------	---	----------------

8.2. Asistencia financiera (total y parcial)

8.2.1. Para ser elegibles para recibir asistencia financiera, el ingreso de un paciente o familiar responsable debe ser igual o inferior al 350% del nivel de pobreza federal. El paciente o familiar responsable debe completar el formulario de asistencia financiera e incluir la documentación como se indica en la Sección IV.

8.2.1.1. Los pacientes cuyos ingresos y activos monetarios están por debajo del 200% del nivel federal de pobreza recibirán asistencia financiera equivalente al 100% de los montos generalmente facturados, según se define en la Sección III anterior.

8.2.1.2. Los pacientes cuyos ingresos están entre el 200% y el 250% del nivel federal de pobreza recibirán un descuento de asistencia financiera equivalente al 75% de los montos generalmente facturados, según se define en la Sección III anterior.

8.2.1.3. Los pacientes cuyos ingresos están entre el 250% y el 300% del nivel federal de pobreza recibirán un descuento de asistencia financiera equivalente al 50% de los montos generalmente facturados, según se define en la Sección III anterior.

8.2.1.4. Los pacientes cuyos ingresos están entre el 300% y el 350% del nivel federal de pobreza recibirán un descuento de asistencia financiera equivalente al 25% de los montos generalmente facturados, según se define en la Sección III anterior.

8.2.2. El saldo restante, para pacientes que califiquen para asistencia financiera parcial, se puede pagar en cuotas sin intereses según lo acordado mutuamente entre el paciente y *Methodist Hospital*. Si un plan de pago no puede acordarse mutuamente, se aplicará el "Plan de pago razonable", tal como se define. El pago no se considerará moroso, ni se realizará ninguna otra actividad de cobro, siempre que los pagos efectuados conforme a un plan de pago no tengan más de 90 días de mora según los términos de dicho plan. Si se utiliza una agencia de cobro externa para cobrar la deuda impaga, la agencia acepta cumplir con los requisitos de esta política y no embargará los salarios, ni impondrá un gravamen sobre la residencia principal.

8.2.3. De acuerdo con esta política, *Methodist Hospital of Southern California* determinará de manera apropiada el estado financiero de cada paciente para distinguir los costos no compensados entre la atención caritativa y la deuda incobrable. CARIDAD se define como la incapacidad demostrada de un paciente para pagar, versus DEUDA INCOBRABLE, como la falta de voluntad del paciente para pagar.

9. NORMAS DE ELEGIBILIDAD:

9.1. Se utilizará una escala móvil basada en las directrices federales de pobreza para evaluar el nivel de asistencia financiera. Consulte el MA1023 Anexo A para obtener más detalles sobre las directrices federales de pobreza específicas de MHSC.

10. OTROS FINANCIAMIENTOS

10.1. Víctimas del crimen (VOC, por sus siglas en inglés)

Número: MA1023	Título: Asistencia financiera y caritativa para el paciente	Página 8 de 11
----------------	---	----------------

10.1.1. Los pacientes que son víctimas de un crimen podrían ser elegibles para recibir fondos del estado de California del programa VOC. El paciente puede presentar una solicitud en la oficina del Fiscal de distrito en el juzgado de Pasadena. El paciente no calificará si:

- 10.1.1.1. Hay un seguro involucrado
- 10.1.1.2. Él/ella cometió el crimen
- 10.1.1.3. Él/ella fallece

11. FACTURAS DETALLADAS

11.1. La factura final se producirá dentro de los diez días posteriores al alta. La Oficina comercial enviará automáticamente la factura detallada. Si no se recibe una factura, puede obtenerla llamando a Servicio al cliente en la Oficina comercial, al (626) 574-3594.

11.2. Si el paciente desea solicitar una facture detallada mientras todavía es paciente en el hospital, puede hacerlo llamando al (626) 574-3594 o preguntando a un asesor financiero. El paciente debe tener en cuenta que una factura detallada solicitada durante su estadía estará incompleta y solo indicará los cargos que se hayan ingresado en el sistema hasta la medianoche del día anterior.

12. FORMULARIO DE ASISTENCIA FINANCIERA

12.1. El formulario de asistencia financiera se encuentra en el Anexo C de esta política.

12.1.1. Instrucciones:

12.1.2. Imprima y complete el formulario. Los siguientes documentos deben ser incluidos para completar el proceso de calificación de Asistencia financiera:

12.1.2.1. Una carta de dificultades financieras, explicando sus circunstancias y solicitando asistencia financiera con respecto a su situación financiera actual.

12.1.2.2. Una copia del formulario de impuestos del año más reciente (todas las páginas, incluyendo la verificación de envío electrónico o la página de la firma).

12.1.2.3. Copias de sus dos comprobantes de salario más recientes de todos sus trabajos.

12.1.2.3.1. Si no tiene ingresos, una carta de respaldo suya o de la persona que lo está ayudando financieramente.

12.1.2.3.2. Las copias de cualquier otro documento ayudan a verificar los ingresos, como el seguro social, discapacidad o desempleo. También se requiere comprobante de pensión alimenticia o manutención de los hijos.

12.1.2.4. Copias de estados de cuenta bancarios (todas las páginas) de los últimos 2 meses, para cada cuenta.

Número: MA1023	Título: Asistencia financiera y caritativa para el paciente	Página 9 de 11
----------------	---	----------------

- 12.1.2.5. Si le han negado apoyo a través de un programa como Medi-Cal, Seguro Social, etc., incluya también copias de esto.
- 12.1.3. Luego, entregue o envíe por correo los formularios, la carta y los documentos de soporte a:
- Methodist Hospital of Southern California
Attn: Business Office - Financial Assistance Program, Customer Service
300 West Huntington Drive
P.O. Box 60016
Arcadia, CA 91066
- 12.1.4. Si tiene preguntas sobre este formulario, llame al: (626) 574-3594 de 8:00am-4:30pm, de lunes a viernes.
- 12.1.5. Puede obtener ayuda para completar la solicitud, obtener copias de esta política o responder cualquier pregunta relacionada con la asistencia financiera llamando al (626) 574-3594, de 8:00am-4:30pm, de lunes a viernes.
- 12.1.5.1. Si las copias electrónicas no son una opción viable, esta Política de caridad, el formulario de solicitud de caridad, la Política de facturación y cobros, y el Resumen en lenguaje sencillo (PLS, por sus siglas en inglés) del Programa de asistencia financiera están disponibles a solicitud y sin cargo, tanto por correo como en lugares públicos dentro de las instalaciones del hospital, incluyendo, como mínimo, la sala de emergencias y las áreas de admisión.
- 12.1.6. La solicitud aprobada y cualquier descuento se pueden aplicar a cualquier visita posterior al hospital en el mismo año calendario en que se aprobó por primera vez la solicitud, mientras esté dentro de la vigencia de los seis meses a partir del primer día del mes de la evaluación.
- 12.1.7. La solicitud y los documentos de respaldo deben devolverse a la Oficina comercial dentro de los 15 días. Si necesita tiempo adicional para completar la solicitud, llame a la Oficina comercial.
- 12.1.8. Las copias de todas las políticas de asistencia financiera y la solicitud se pueden encontrar en nuestro sitio web, <https://www.methodisthospital.org/For-Patients-Visitors/Financial-Assistance-for-Patients.aspx>
- 12.1.9. Estas políticas también están disponibles traducidas a los siguientes idiomas escritos. Consulte el Anexo C para obtener un resumen de las traducciones de idiomas actuales.

13. REVISIÓN/PROCESO DE APROBACIÓN DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Número: MA1023	Título: Asistencia financiera y caritativa para el paciente	Página 10 de 11
----------------	---	-----------------

- 13.1. Una Solicitud de asistencia financiera será revisada por un asesor financiero de la oficina comercial. Si el ingreso grupo es igual o inferior al 250% de FPG, el asesor puede aprobar la solicitud de asistencia financiera, de acuerdo con la información presentada con la solicitud (se requiere un comprobante de ingresos). Si el ingreso bruto es más del 250%, pero menos del 350% de FPG, el asesor financiero realizará una evaluación para calificar la asistencia financiera parcial en función de los ingresos, los activos y la carga de la deuda médica.
- 13.2. Las Solicitudes de asistencia financiera serán revisadas y aprobadas, denegadas o devueltas al paciente con una solicitud de información adicional dentro de los treinta (30) días hábiles posteriores a la recepción.
- 13.3. Las solicitudes de la agencia de cobro para asistencia financiera o las solicitudes de asistencia financiera recibidas de una agencia de cobro serán revisadas por un asesor financiero de MHSC. El asesor deberá seguir el proceso de revisión que se describe anteriormente con el fin de determinar la capacidad de pago y la aprobación de asistencia financiera parcial, total o nula. Se aplicarán niveles de aprobación de transacción estándar, independientemente de la fuente de la solicitud.
- 13.4. Una determinación de asistencia financiera aprobada es aplicable a todos los servicios mencionados en la solicitud Y los servicios prestados hasta el final del año calendario en el que se presentaron los servicios, siempre que no haya cambios en el estado financiero de las solicitudes que justifiquen una reevaluación o los servicios estuvieron dentro del período válido de seis meses que comienza el primer día del mes de la evaluación, del año calendario.
- 13.5. Si la asistencia financiera se aprueba al 100%, cualquier depósito del paciente que se pague a cuentas aprobadas para asistencia financiera debe reembolsarse al garante de la cuenta. Esto NO se aplica a los pagos de terceros, incluyendo los pagos del seguro de daños o liquidaciones pagadas de cuentas de fideicomiso de abogados. Esos pagos se retendrán y se otorgará asistencia financiera por la diferencia entre los cargos brutos y la suma de esos pagos excluidos. Los reembolsos en virtud de esta disposición incluirán intereses a la tasa que se indica en la Sección 685.010 del Código de Procedimiento Civil. En caso de que el reembolso sea de \$5 o menos, no se reembolsará el dinero.
- 13.6. Al otorgar la atención caritativa, no se tendrá en cuenta la raza, religión, origen étnico, orientación sexual, género, estado de residencia, afiliación política u otros factores discriminatorios del paciente. Sin embargo, los pacientes que soliciten atención caritativa, cuidado con descuento u otra asistencia financiera deben hacer todos los esfuerzos razonables para proporcionar a MHSC la documentación requerida de la cobertura del seguro y del estado financiero. La falta de proporcionar información que sea razonable y necesaria puede ser tomada en cuenta por el hospital al hacer su determinación. Además, los pacientes que son elegibles para cobertura a través de un seguro del gobierno o programas que brindan asistencia financiera para pagar la

Número: MA1023	Título: Asistencia financiera y caritativa para el paciente	Página 11 de 11
----------------	---	-----------------

cobertura en virtud de la ACA, pero se niegan a obtener dicha cobertura, pueden ser excluidos del programa de caridad de MHSC.

- 13.7. Para un paciente que se considera no apto para recibir cuidado de caridad, MHSC ofrece un descuento de los cargos a pacientes sin cobertura de seguro (consulte la Política de descuento en efectivo MA1035). Los pacientes asegurados con un copago y/o deducible no son elegibles para un descuento en efectivo adicional, por obligaciones contractuales, ya que la aseguradora ya negoció una tasa de descuento con MHSC. Sin embargo, la asistencia financiera está disponible de acuerdo con este documento y/o los planes de pago pueden estar disponibles.
- 13.8. Se notificará a los pacientes por escrito con respecto a la decisión de MHSC de aprobar o denegar la cobertura de atención de caridad o si existe la necesidad de documentación adicional para tomar una decisión.
- 13.9. En los casos en que MHSC determina que solo una parte de la responsabilidad financiera de un paciente califica como atención de caridad adeudada después de aplicar todos los demás recursos, se espera que el paciente pague la porción restante. Si el paciente se niega a pagar la cantidad que se determina que es su responsabilidad, el resto incobrable se convertiría en una deuda incobrable.

14. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

- 14.1. En caso de una controversia, un paciente puede solicitar la revisión del Director Financiero llamando al (626) 397-5324 o utilizando la dirección provista en la Sección 12.1.3 de esta política.

FUENTES

Reglamento del Tesoro § 1.501(r)
California SB 1276

Título: Asistencia financiera y caritativa para el paciente – Anexo A	Página 1 de 2
Política #: MA1023 – Anexo A	
Tipo: Financiero (1000)	
Estándar: N/A	

ANEXO A

CÁLCULO DEL IMPORTE GENERAL DEVENGADO POR PERSONAS ELEGIBLES PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Methodist Hospital of Southern California (MHSC) limita el monto adeudado por personas elegibles en virtud de esta Política de Asistencia financiera que recibieron servicios excepto por procedimientos cosméticos y electivos a un Monto generalmente facturado (AGB, por sus siglas en inglés) a pacientes cubiertos por Medicare. Además, el hospital también limita la responsabilidad financiera del paciente elegible a menos que los cargos totales. El hospital periódicamente, al menos una vez al año, actualizará el cálculo de AGB y volverá a evaluar el método utilizado. El AGB se basará en todos los servicios prestados a pacientes de Medicare con adjudicación completa al final de un período de revisión reciente de 12 meses que finaliza en no más de 120 días antes de la fecha de vigencia de la póliza o cada 1 de enero a partir de entonces. El cálculo de AGB actual es el siguiente:

Reembolso total esperado de Medicare / Cargos brutos totales de Medicare = Porcentaje de AGB
(AGB actual es 14% en vigencia desde el 1 de enero de 2017)

La responsabilidad financiera de la persona elegible se calcula de la siguiente manera y se aplica solo a la responsabilidad del paciente (excluyendo cualquier parte asumida o pagada por el seguro u otras entidades en nombre del paciente):

Total de cargos brutos por servicios prestados * % de AGB = Responsabilidad financiera del paciente

A continuación, se detalla el Porcentaje de elegibilidad FAP y la última Directriz federal del nivel de pobreza (FPL):

Annual Income is	FAP Eligibility %
Below 200% of FPL	100% or FREE
200% to less than 250% of FPL	75%
250% to less than 300% of FPL	50%
300% to 350%	25%
Greater than 350%	0%

Continúa en la página siguiente



2017 Poverty Guidelines For The 48 Contiguous States And The District Of Columbia						
Persons in family / household	Poverty Base Line at 100%	Household Charity Level				
		200% and Below	201% to 250%	251% - 300%	301% - 350%	
% WriteOff	➔	100%	75%	50%	25%	
Income Levels for ALL income sources to the Household						
1	12,060	24,120	30,150	36,180	42,210	
2	16,240	32,480	40,600	48,720	56,840	
3	20,420	40,840	51,050	61,260	71,470	
4	24,600	49,200	61,500	73,800	86,100	
5	28,780	57,560	71,950	86,340	100,730	
6	32,960	65,920	82,400	98,880	115,360	
7	37,140	74,280	92,850	111,420	129,990	
8	41,320	82,640	103,300	123,960	144,620	
9	45,500	91,000	113,750	136,500	159,250	
10	49,680	99,360	124,200	149,040	173,880	
10+ for Each Person	4,180	8,360	10,450	12,540	14,630	

Source: Federal Register /Vol. 82, No. 19 /Tuesday, January 31, 2017 page: 8832

* For families/households with more than 10 persons add \$4,180 for each additional person.

Título: Asistencia financiera y caritativa para el paciente – Anexo B	Página 1 de 2
Política #: MA1023 – Anexo B	
Tipo: Financiero (1000)	
Estándar: N/A	

ANEXO B

Proveedores de la Sala de emergencia del hospital y otros

Los médicos de la Sala de emergencia no están cubiertos por esta política de asistencia financiera, pero tienen su propia política de asistencia financiera según las Secciones 127450-127462 del Código de salud y seguridad.

Los siguientes proveedores pueden ser utilizados para proporcionar atención de emergencia o medicamento necesaria, pero NO están cubiertos por la política de asistencia financiera del hospital. Esta lista no es del todo inclusiva. Solo los servicios prestados por el Hospital, excluyendo los servicios profesionales, están cubiertos por la política de asistencia financiera.

Anestesiología

Pacific Valley Medical Group
 ABC Billing Solutions
 8905 SW Nimbus Ave, Suite 300
 Beaverton, OR 97008
 503 372-2740

Patología – Tarifas profesionales

Medical Billing Management, Inc.
 2320 Cotner Ave
 Los Angeles, CA 90064
 310 696 -5400

Médicos de Emergencia

Emergency Group Office
 180 Via Verde, Suite 100
 San Dimas, CA 91773
 626 821 5702

Radiología – Tarifas de interpretación

California Medical Business Services
 223 N. First Avenue, Suite 201
 Arcadia, CA 91006
 626 821-1411

Arcadia Hospitalist Medical Group

Emergency Groups Office
 180 Via Verde, Suite 100
 San Dimas, CA 91773
 626-447-0296

Número: MA1023	Título: Asistencia financiera/cuidado de beneficencia al paciente	Página 2 de 2
----------------	---	---------------

De acuerdo con las regulaciones estatales, las siguientes especialidades de los médicos tienen privilegios de personal médico en MHSC. Sin embargo, la relación médico-paciente está afiliada con la práctica médica independiente. Estos grupos pueden ofrecer programas de asistencia financiera pero NO están cubiertos por esta política. Es responsabilidad del paciente ponerse en contacto con el médico y/o grupo para preguntar sobre cualquier programa de asistencia financiera ofrecido.

Las especialidades médicas NO incluidas en la política:

Tipos de médicos especializados		
Alergias	Médico de planta	Patología
Anestesiología	Enfermedad infecciosa	Pediatría
Cardiología	Medicina interna	Perinatología
Clínico	Neurología médica	Cirugía plástica
Cirugía de colon/recto	Neonatología	Podiatría
Dermatología	Nefrología	Psiquiatría
Medicina de emergencia	Neurocirugía	Pulmonología
Endocrinología	Obstetría/ginecología	Radiología
Práctica familiar	Oftalmología	Reumatología
Gastroenterología	Cirugía oral	Cirugía torácica
Hospital general Sta	Ortopedia	Urología
Cirugía general	Otros	Cirugía vascular
Ginecología	Otorrinolaringología	Cirugía vascular
Hematología/Oncología	Cuidados paliativos	

Como una acción normal del negocio del Hospital, las especialidades médicas se agregarán o eliminarán en consecuencia. Como tal, el listado anterior es una muestra representativa razonable de los médicos/cirujanos dentro del personal que pueden variar de vez en cuando.

Además, MHSC posee y opera dos clínicas; éstas son la *MHSC Colorectal Clinic* y la *MHSC Obstetrics/Gynecology Clinic*. MHSC facturará los servicios provistos en estas clínicas y se incluirá en este programa de asistencia financiera. Sin embargo, los médicos que atienden al paciente en estas clínicas tienen derecho a facturar por sus honorarios profesionales que NO están incluidos en este programa de asistencia financiera. Como tal, este médico facturará estos honorarios profesionales en una factura separada y puede tener un programa de asistencia financiera por separado el que puede consultar el paciente.