

Título: Asistencia financiera/cuidado de beneficencia al paciente	Página 1 de 4
Pólítica #: MA1023	
Tipo: Financiero (1000)	
Estándar: N/A	

POLÍTICA:

De acuerdo con su misión social y responsabilidad hacia la comunidad, *Methodist Hospital of Southern California* (MHSC) ayudará a los pacientes sin cobertura de seguro obtener cobertura a través de programas probados de medios por el gobierno como Medi-Cal, *Covered California* (Ley de cuidado asequible/Medi-Cal HMOs) y otros programas que pueden existir de vez en cuando. Además, MHSC podría proporcionar ayuda financiera temporal para la atención médica (cuidado de beneficencia) para los pacientes sin seguro con la mayor necesidad económica.

De conformidad con el Proyecto de ley 774 de la Asamblea y el Proyecto de Ley 350 del Senado, *Methodist Hospital of Southern California*:

- Prestará una cantidad razonable de sus servicios sin cargo a los pacientes elegibles que no pueden pagar por el cuidado. Los servicios prestados sin cargos incluirán todos los servicios médicamente necesarios prestados por MHSC. El presupuesto del cuidado de beneficencia se establecerá una vez al año durante la aprobación del proceso de presupuesto anual del Consejo de Administración.
- Proporcionar un descuento de los cargos a los pacientes sin cobertura de seguro (vea la Política de descuento en efectivo MA 1035). Los pacientes asegurados con un copago y/o deducible no son elegibles para un descuento de efectivo adicional ya que la aseguradora ya ha negociado una tarifa con descuento con MHSC. Sin embargo, puede haber disponibilidad de planes de pago.
- Determinar adecuadamente el estado financiero de cada paciente para distinguir los costos no compensados entre el cuidado de beneficencia y la deuda incobrable. La BENEFICENCIA se define como la incapacidad probada de un paciente para pagar, versus la DEUDA MALA como la falta de voluntad del paciente para pagar. Para recibir asistencia médica completa, los ingresos brutos deben estar dentro del 200% de las directrices federales de pobreza. Si el ingreso bruto está entre el 201% y el 350% del nivel de pobreza federal, se puede solicitar el cuidado de beneficencia (ver la Política de descuento en efectivo MA 1035). Los cuadros utilizados para establecer las directrices federales de pobreza se pueden encontrar en (<http://www.familiesusa.org/resources/tools-for-advocates/guides/federal-poverty-guidelines.html>).
- Proporcionar estados de cuenta a todos los pacientes que reflejen descuentos y un aviso de que el paciente puede ser elegible para programas de seguro estatales y/o de otros medios probados.
- Proporcionar un aviso razonable y una explicación de las opciones de asistencia financiera a través de la señalización en los puntos de registro y mediante los documentos impresos proporcionados a cada paciente en el momento de inscripción.

Número: MA1023	Título: Asistencia financiera/cuidado de beneficencia al paciente	Página 2 de 4
----------------	---	---------------

MHSC incluirá como servicios de cuidado de beneficencia prestados a:

- Pacientes sin seguro que no tienen la capacidad de pagar según el conjunto de criterios definidos en esta política. Incluyendo:
 - Pacientes cuyos ingresos brutos familiares caen dentro del 200% de las directrices federales de pobreza
 - Pacientes cuyos ingresos son suficientes para pagar los costos básicos de vida, pero no para la atención médica, y también aquellas personas con ingresos generalmente adecuados que de repente se enfrentan con cuentas médicas catastróficamente grandes.
- Pacientes asegurados que:
 - Están cubiertos por programas benéficos gubernamentales o privados de medios probados de beneficencia que requieren servicios no cubiertos o denegados por un evento específico o evento parcial de atención
 - Demuestren la incapacidad de pago de una parte, pero no la totalidad de su responsabilidad a MHSC, como un paciente con costos directos que exceden el diez (10) por ciento del ingreso familiar del paciente en el período anterior de doce (12) meses.
- Pacientes para los cuales MHSC no puede evaluar la condición financiera de un paciente antes de prestar servicios según lo exige la Ley de tratamientos médicos de emergencia y trabajo activo (EMTALA).
- En los casos en que MHSC determina que solo una parte de la responsabilidad financiera del paciente califica como cuidado de beneficencia adeudada después de aplicar todos los demás recursos, se espera que el paciente pague la parte restante. Si el paciente no paga la cantidad que se determina es su responsabilidad, el resto incobrable se convertiría en deudas incobrables.
- El cuidado de beneficencia se registra en cargos brutos.

En el otorgamiento de cuidado de beneficencia, no se considerará la raza, religión, origen étnico, orientación sexual, género, estado de domicilio, afiliación política u otros factores discriminatorios de un paciente. Sin embargo, los pacientes que solicitan cuidado de beneficencia, atención con descuento u otra ayuda financiera deben hacer todos los esfuerzos razonables para proporcionar a MHSC la documentación requerida de la cobertura de seguro y del estado financiero. El hospital puede considerar la falta de información razonable y necesaria para tomar una determinación. Además, los pacientes que son elegibles para la cobertura a través del seguro del gobierno o programas que brindan ayuda financiera para pagar la cobertura en virtud de ACA, pero se niegan a obtener dicha cobertura pueden ser excluidos del programa de caridad de MHSC.

PROCEDIMIENTOS:

1. Todos los pacientes sin cobertura de seguro recibirán asesoramiento sobre las opciones financieras para pagar su atención médica al momento de la inscripción, o tan pronto como se presenten al hospital según lo permitido por EMTALA.
2. Los pacientes que parecen ser elegibles para programas probados de medios estarán conectados a recursos para ayudarlos a solicitar dicha cobertura.
3. Si el paciente no es elegible para programas probados de medios o se le niega dicha cobertura, será invitado para solicitar formar parte del programa de cuidado de beneficencia de MHSC.

4. Las solicitudes de cuidado de beneficencia requieren la verificación de los medios financieros a través del consentimiento del paciente/garante para obtener un informe de crédito y mediante documentos proporcionados tales como:
 - Declaraciones de impuestos del año anterior
 - Talones de pago actuales
 - Verificación escrita de salarios del Empleador
 - Carta de desempleo
 - Talón de cheque del Seguro Social
 - Verificación de discapacidad
 - Carta de elegibilidad para asistencia en efectivo

5. La elegibilidad para el cuidado de beneficencia será reevaluada al registrarse para servicios posteriores.

6. Los pacientes serán notificados por escrito con respecto a la decisión de MHSC de aprobar o denegar la cobertura de cuidado de beneficencia o si hay una necesidad de documentación adicional para tomar una decisión.

7. La escala de deslizamiento basada en las directrices federales de pobreza se utilizará para evaluar el nivel de asistencia financiera.

Pobreza	sin %	1 persona anual \$	2 personas anual \$	3 personas anual \$	4 personas anual \$
100%	100.0%	\$11,670	\$15,730	\$19,790	\$23,850
200% y menos	100.0%	\$23,340	\$31,460	\$39,580	\$47,700
250%	95.0%	\$29,175	\$39,325	\$49,475	\$59,625
260%	90.0%	\$30,342	\$40,898	\$51,454	\$62,010
270%	85.0%	\$31,509	\$42,471	\$53,433	\$64,395
280%	80.0%	\$32,676	\$44,044	\$55,412	\$66,780
290%	75.0%	\$33,843	\$45,617	\$57,391	\$69,165
300%	70.0%	\$35,010	\$47,190	\$59,370	\$71,550
310%	65.0%	\$36,177	\$48,763	\$61,349	\$73,935
320%	60.0%	\$37,344	\$50,336	\$63,328	\$76,320
330%	55.0%	\$38,511	\$51,909	\$65,307	\$78,705
340%	50.0%	\$39,678	\$53,482	\$67,286	\$81,090
350%	47.5%	\$40,845	\$55,055	\$69,265	\$83,475

Número: MA1023	Título: Asistencia financiera/cuidado de beneficencia al paciente	Página 4 de 4
----------------	---	---------------

Anexos: [Formulario de uso de oficina](#), [Solicitud de asistencia financiera](#)

Autorizaciones:

Director Financiero: 8/14

Director de Servicios Financieros para pacientes: 8/14

Comité de Políticas y Procedimientos: 8/14

MAPPS: 5/90, 7/97, 12/02, 2/06, 1/07, 1/08, 6/11, 6/11

Fecha efectiva: 5/15/1990

Fechas de revisión: 5/90, 7/97, 12/02, 2/06, 1/07, 1/08, 6/11, 6/11, 8/14

Fechas revisadas: 7/97, 12/02, 2/06, 1/07, 1/08, 6/11, 6/11, 8/14