

 Política de Asistencia Financiera para Cuidado Comunitario y Políticas de Facturación Justa. Oroville Hospital	Manual: Servicios Financieros para Pacientes
	Sección: Consejería Financiera
	Emitido por: Servicios Financieros para Pacientes
Fecha de aprobación inicial: 02/2002	Política Nro.: PFS 002 Página 1 de 2
Fechas de revisión: 3/03, 5/03, 3/04, 7/05, 9/06, 6/07, 12/07, 10/08, 5/09, 12/11, 12/14, 1/16, 8/17	Fechas de modificación: 5/03, 3/04, 6/04, 7/05, 9/06, 12/06, 6/07, 5/09, 12/11, 09/13, 5/14, 12/14, 1/16, 8/17

A- A-RESUMEN / PROPÓSITO DE LA POLÍTICA

El propósito de esta política es asegurar una política consistente de Asistencia Financiera para Cuidado Comunitario y Facturación Justa para personas sin seguro/que pagan su propio costo. El Oroville Hospital ha establecido previamente un método uniforme de políticas para Oroville Hospital y los médicos de emergencia que se indican en la sección D de esta política que cumplieron con el proyecto de ley (SB, por sus siglas en inglés) 1276 del Senado sobre Políticas de Facturación Justa. Esta política también cumple con la sección 501 r del Código de Rentas Internas. La versión anterior de esta política era consistente y cumplía con el proyecto de ley 774 de la Asamblea, el proyecto de ley 350 del Senado y el proyecto de ley 1503 de la Asamblea, que incluye la disponibilidad de pagos con descuento y cuidado caritativo para personas sin seguro para médicos de la sala de emergencias. El propósito de esta política es cumplir con toda la reglamentación federal, estatal y local para pacientes que pagan su propio costo que reciben servicios de emergencia. Si alguna reglamentación, actual o futura, entrase en conflicto con esta política, la reglamentación prevalecerá sobre esta política.

B- POLÍTICA: CUMPLIMIENTO – ELEMENTOS CLAVE DEL PROYECTO DE LEY 1276 DEL SENADO

1- El Oroville Hospital y los médicos de la sala de emergencias indicados en la sección D harán lo siguiente:

- a- Negociarán con el paciente un plan de pagos, teniendo en cuenta los ingresos y activos monetarios de la familia del paciente, y los gastos básicos de subsistencia.
- b- Usarán una formula específica para crear un plan de pagos razonable para los servicios tanto del hospital como de los servicios médicos de emergencia cuando un paciente no pueda pagar el total de los servicios que se mencionan en la lista de cargos con descuento.
- c- Considerarán la aceptación de la autocertificación de los ingresos familiares y los gastos básicos de subsistencia realizada por un paciente o por el representante legal de un paciente, cuando no haya motivos para dudar de su exactitud.
- d- Asistirán al paciente u obtendrán información en cuanto a que el paciente pueda ser elegible para el Mercado de Beneficios de Salud de California y para incluir en la información proporcionada a un paciente que no ha demostrado evidencia de cobertura de terceros, una declaración que indique que el consumidor puede ser elegible para obtener cobertura a través del Mercado de Beneficios de Salud de California u otro programa de cobertura de salud financiado por el estado o por el condado.
- e- Informarán a las agencias de cobranzas contratadas externas para cumplir con todos los aspectos de esta política y el SB 1276, para establecer un plan de pagos razonable que tenga en cuenta los gastos básicos de subsistencia.
- f- De conformidad con la política de descuentos para Cuidado Comunitario, podrán considerar los ingresos y activos monetarios del paciente.
- g- Los activos monetarios no incluirían los planes de retiro ni planes de compensación diferida calificados según el Código de Rentas Internas, o los planes de compensación diferida no calificados.
- h- Los primeros diez mil dólares (\$10,000) de los activos monetarios de un paciente no se contarán para la determinación de la elegibilidad, ni tampoco se contará el 50 por ciento de los activos monetarios de un paciente por encima de los primeros diez mil dólares (\$10,000) para determinar la elegibilidad.
- i- Limitarán el pago esperado por los servicios prestados a un paciente no asegurado, que paga su propio costo, al 350 por ciento, o menos, del nivel federal de pobreza, del monto del pago que el hospital esperaría recibir, de buena fe, por prestar servicios de Medicare, Medi-Cal, el Programa de Familias Saludables (Healthy Families Program) u otro programa de beneficios de salud patrocinado por el gobierno en el cual participe el hospital, el que sea mayor. Si el hospital presta un servicio para el cual no hay un pago establecido por parte de Medicare u cualquier otro programa de beneficios de salud patrocinado por el gobierno en el cual participe el hospital, se establecerá un pago con descuento adecuado.
- j- Aceptarán uno o más talones de cheques de pago recientes o declaraciones del impuesto a la renta para determinar la elegibilidad para el pago con descuento.
- k- No reportarán información adversa a una agencia de informes de créditos del consumidor ni iniciarán acción civil contra el paciente en caso de falta de pago en ningún momento anterior a los 150 días desde de la facturación inicial del hospital.
- l- No cobrarán intereses sobre los planes de pago extendidos.

- m- Declararán que el plan ya no está más en vigor después de que el paciente no efectúe todos los pagos consecutivos debidos en un período de 90 días.
- n- Proporcionarán un resumen escrito o declaración de los servicios proporcionados.
- o- Si un paciente solicita o tiene una solicitud pendiente para otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo que solicita el cuidado de caridad o con descuento en el hospital, ninguna de las solicitudes impedirá la elegibilidad para el otro programa.
- p- El hospital derivará a los pacientes a un centro de asistencia local para el consumidor ubicado en las oficinas de servicios legales.

B2- Cumplimiento de la sección 501 (r) del Código de Rentas Internas: El Oroville Hospital y los médicos de la sala de emergencias harán lo siguiente:

- a- Establecerán los precios para pacientes que pagan su propio costo / pacientes no asegurados y subasegurados, así como la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera.
- b- No esperarán que los pacientes sin seguro o los que paguen sus propias cuentas paguen los cargos en su totalidad, incluso si anteriormente fueron derivados a deudas incobrables por los cargos totales.
- c- Se aplicará los precios para no asegurados / pacientes que pagan su propio costo como los cargos de Cuidado Comunitario o como descuento por Cuidado Comunitario sobre los cargos brutos.

C- DEFINICIONES:

1. **DESCUENTO PARA PACIENTES FINANCIERAMENTE CALIFICADOS:** respecto de los servicios proporcionados a un paciente financieramente calificado, un descuento que se aplica después de imponer los cargos del hospital al paciente, debido a la incapacidad financiera determinada del paciente para pagar los cargos.
2. **PACIENTE FINANCIERAMENTE CALIFICADO** es el que cumple con los dos puntos siguientes:
 - i. Un paciente que paga sus propias cuentas o con altos costos médicos.
 - ii. Un paciente con ingreso familiar que no supera el 350 por ciento del nivel federal de pobreza.
3. **PACIENTE QUE PAGA SUS PROPIAS CUENTAS :**
 - a. Un paciente que no tiene cobertura de un tercero, de una compañía de seguros de salud, plan de atención médica, Medicare o Medi-Cal, y cuya lesión no es compensable a los fines de la compensación del trabajador, seguro de automóvil u otro seguro según lo determinado y documentado por el hospital.
 - b. Los pacientes que pagan sus propias cuentas pueden incluir a los que tienen descuentos para Cuidado Comunitario.
4. **ALTOS COSTOS MÉDICOS:**
 - a. Una persona cuyo ingreso familiar no supere el 350 por ciento del nivel federal de pobreza.
 - b. Costos anuales corrientes incurridos por la persona en el hospital que superan el 10 por ciento del ingreso familiar del paciente en los 12 meses previos.
 - c. Gastos anuales corrientes que superen el 10 por ciento del ingreso familiar del paciente, si proporciona documentación de los gastos médicos del paciente pagados por él o la familia en los 12 meses anteriores.
 - d. Saldo de la responsabilidad del paciente (subasegurado) después del pago del seguro de terceros o del descuento.
5. **FAMILIA DEL PACIENTE SIGNIFICA LO SIGUIENTE:**
6. Personas de más de 18 años, cónyuge, pareja doméstica y niños dependientes menores de 21 años, ya sea que vivan o no en el hogar.
7. Personas menores de 18 años, los padres, los cuidadores familiares, y otros niños menores de 21 años de los padres o del cuidador familiar.
8. **PLAN o FÓRMULA DE PAGOS RAZONABLE** significa:
Los pagos mensuales que no sean superiores al 10 por ciento del ingreso familiar del paciente para un mes, excluidas las deducciones para gastos básicos de subsistencia.
9. **GASTOS BÁSICOS DE SUBSISTENCIA**, a los fines de esta subdivisión, gastos para cualquiera de los siguientes elementos: renta o pagos de la vivienda y su mantenimiento, alimentos y artículos domésticos, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, escuela o cuidado infantil, pensión alimenticia para el niño o el cónyuge, gastos de transporte y automóvil, incluidos seguro, gasolina y reparaciones, pagos en cuotas, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.
10. **DEUDA INCOBRABLE:** Cualquier cuenta impaga de un paciente no asegurado o que paga sus propias cuentas, mayor a 90 días desde la fecha de la prestación, que no se haya convertido a asistencia financiera, acuerdo de pagos o programas de asistencia médica patrocinados por el gobierno, incluidos el Mercado de Beneficios de Salud de California o el programa de Asistencia Financiera patrocinado por el Oroville Hospital, a pesar de los esfuerzos de los departamentos de Consejería Financiera o Créditos y Cobranzas. Una cuenta incobrable también puede incluir:
 11. Un paciente o garante que no cumple con su obligación de pagar los servicios médicos prestados, incluidos el monto del copago, coseguro, deducible, pago deducible o participación en el costo durante 90 días consecutivos.
 12. Un paciente o garante que no cumple con las peticiones de la consejería financiera de proporcionar la información necesaria para calificar para los programas de asistencia médica patrocinados por el gobierno, Mercado de Beneficios de Salud de California o el programa de Asistencia Financiera patrocinado por el Oroville Hospital.
 13. Cuenta devuelta por el correo con saldo impago y pérdida del contacto con el paciente.
 14. Para los procedimientos en caso de deuda incobrable, consulte la Política del Oroville Hospital Nro. PFS 001.

D – MÉDICOS CUBIERTOS POR EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DEL OROVILLE HOSPITAL:

Proveedores cubiertos por el Programa de Asistencia Financiera del Hospital (sujeto a cambios)			
APELLIDO	NOMBRE	Tipo de proveedor	ESPECIALIDAD DEL PROVEEDOR
Afrasiabi	Ardavan	Médico	Hospitalista-Medicina Interna
Albinda	Liberación	Médico	Hospitalista-Medicina Interna
Alino	Maria Alicia	Médico	Pediatría
Atwal	Gurbir	Médico	Hospitalista-Medicina Interna
Bagga	Sidharth	Médico	Enfermedad Pulmonar
Bagley	Tyler	CRNA	Enfermero Anestesiista Certificado
Barrett	Michael	CRNA	Enfermero Anestesiista Certificado
Bazzani	Matthew	Médico	Obstetricia y Ginecología
Benson	Douglas	Médico	Cirujano Ortopedista
Berry	Paul	Médico	Hospitalista-Medicina Interna
Bippart	Peter	Médico	Obstetricia y Ginecología
Brar	Nikhraj	Médico	Medicina Física y Rehabilitación
Carter Gustafson	Jacqueline	Médico	Cirugía General
Challburg	Norman	Médico	Medicina Familiar
Cheam	Soheat	Osteópata	Medicina Interna
Ching	Brian	Médico	Cirujano Ortopedista
Ching	Marshall	Médico	Cirujano Ortopedista
Chopan	Sultan	Médico	Medicina Familiar
Conley	Milton	Médico	Cirugía Vasculat
Dalal	Love	Médico	Gastroenterología
DeMartini	Steven	Médico	Patología
Demiany	Erwin	Médico	Medicina Familiar
Dobrzynski	Jaelyn	CRNA	Enfermera Anestesiista Certificada
Eisen	Matthew	PA-C	Asistente Médico - Certificado
Eldridge	Kerry	CNM-NP	Enfermera Obstetra Certificada y Enfermera Profesional
Fine	Matthew	Médico	Medicina Interna
Fletcher	Steven	Médico	Cirugía General
Foster	Lionel	Médico	Urología
Ghuman	Sudeep	Médico	Oncología Médica
Gibb	Christopher	Médico	Anestesiología
Gill	Baljit	Médico	Hospitalista-Medicina Interna
Grove	Matthew	DC	Quiropráctico
Gutierrez	Rigoberto	Médico	Obstetricia y Ginecología
Hawkins, JR	Matthew	Médico	Hospital Medicine
Heinrich	Mark	Osteópata	Emergentología
Howard JR	Nathaniel	Médico	Medicina Interna
Johansson	Karl	Médico	Obstetricia y Ginecología
Johnston	Elizabeth	Médico	Cirugía General
Johnston	Michael	Médico	Medicina Interna
Kammerman	Michael	Médico	Medicina Interna
Kasravi	Fazlollah	Médico	Hospitalista-Medicina Interna

APELLIDO	NOMBRE	Tipo de proveedor	ESPECIALIDAD DEL PROVEEDOR
Khanna	Deepak	Médico	Cardiología
Kohli	Anjali	Médico	Medicina Interna
Lay	Linda	Osteópata	Hospitalista-Medicina Interna
Lau	Yufei	PA-C	Asistente Médico - Certificado
Le	Andrew	Osteópata	Medicina Interna
Lounsberry	David	Médico	Medicina Familiar
Majer	Martin	Médico	Oncología Médica
May	Jeremy	CRNA	Enfermero Anestesiista Certificado
McAllister	Todd	CRNA	Enfermero Anestesiista Certificado
Miller	Stuart	Médico	Hospitalista-Medicina Interna
Mundorff	Thomas	Médico	Medicina Interna
Nagubandi	Ravi	Médico	Cirugía General
Naser	Sief	Médico	Emergentología
Nazarian	Alan	Médico	Medicina Interna
Neal	Eric	Médico	Pediatría
Nickel	Lowell	Médico	Cirujano Ortopedista
Nguyen	Hanh	Osteópata	Medicina Interna
Oster	Leilani	CRNA	Enfermero Anestesiista Certificado
Ordorica	Edward	Médico	Oncología Radioterápica
Osifo	Osahon	Médico	Anestesiología
Pangilinan	Arturo	Médico	Cirugía General
Park	Min	Osteópata	Medicina Interna – Medicina Hospitalaria
Phung	Thu-Trang	Médico	Oftalmología
<i>Reiman</i>	<i>Charles</i>	Médico	Anestesiología
Schneringer	Gregory	Médico	Patología
Schmidt	John	Médico	Neurología
Seaman	Laurence	Médico	Hospitalista-Emergentología
Shannon	Roy	Médico	Hospitalista-Medicina Interna
Singh	Leena	Médico	Endocrinología
Singh	Narinder	Médico	Medicina Interna
Skau	Randell	Médico	Cirugía General
Smith	Chelsea	Médico	Podología
Spiva	Neal	Médico	Dermatología
Stewart	Charles	Médico	Otorrinolaringología
Stewart	Thomas	Médico	Otorrinolaringología
Thompson	Kirk	CRNA	Enfermero Anestesiista Certificado
Toms	Carla	Médico	Hospitalista-Medicina Familiar
Trenner	Dennis	DPM	Podología
Vang	Nhia	Médico	Medicina Familiar
Waters	Jerry	Médico	Medicina Familiar
Wilson	Rex	Médico	Medicina Interna
Wyles	Gladys	Médico	Medicina Familiar
Xiong	Ki	DPM	Podología
Yang	Mee	Médico	Hospitalista
Yuen	Edwin	Médico	Medicina Hospitalaria

 <p>Cargos por Servicios de Cuidado Comunitario y Política de Descuentos</p>	Manual:	Servicios Financieros para Pacientes
	Sección:	Créditos y Cobranzas
	Emitido por:	Servicios Financieros para Pacientes
Fecha de aprobación inicial:	09/06	Política Nro.: PFS 003 Página 1 de 5
Fechas de revisión:	9/06, 10/08, 9/09, 12/11, 7/13, 5/14, 12/14, 1/16, 08/17	Fechas de modificación: 9/06, 12/06, 90/9, 12/11, 9/13, 5/14, 12/14, 1/16., 08/17

A- RESUMEN/ PROPÓSITO DE LA POLÍTICA

El propósito de esta política es asegurar un método consistente y uniforme del cumplimiento, por parte del Oroville Hospital y los médicos de la sala de emergencias, del proyecto de ley 1276 del Senado de Políticas de Facturación Justa que se convirtió en ley en California el 28 de septiembre de 2014 y que entró en vigor el 1 de enero de 2015. Esta política también cumple con la sección 501 r del Código de Rentas Internas. Si alguna reglamentación, actual o futura, entra en conflicto con esta política, la reglamentación prevalecerá sobre esta política. Las versiones anteriores de esta política son consistentes y cumplen con el proyecto de ley 774 de la Asamblea, el proyecto de ley 350 del Senado y el proyecto de ley 1503 de la Asamblea, que incluye la disponibilidad de pagos con descuento y cuidado de caridad para los médicos de la sala de emergencias.

Se realizarán esfuerzos para asistir a todos los pacientes que puedan reunir los requisitos para los programas patrocinados por el gobierno, o la asistencia financiera del Hospital. La asistencia incluirá las aplicaciones al Mercado de Beneficios de Salud de California para incluir, en la información proporcionada a un paciente que no ha mostrado evidencia de cobertura de terceros, una declaración respecto de que el consumidor puede ser elegible para cobertura a través del Mercado de Beneficios de Salud de California u otros programas de cobertura de salud financiados por el estado o el condado.

El Oroville Hospital aceptará solicitudes de asistencia para descuentos por servicios de Cuidado Comunitario de todos los pacientes, independientemente de su cobertura de seguros, es decir, pacientes no asegurados, asegurados y subasegurados y negociará el monto del pago o acuerdos de pago según el ingreso, los recursos no exentos y las pautas de elegibilidad que se describen en esta política.

B- PAUTAS DE ELEGIBILIDAD PARA DESCUENTOS Y NIVELES FEDERALES DE POBREZA (FPL)

- 1- La determinación de los descuentos para el Cuidado Comunitario se realizarán tomando como base los niveles federales de pobreza. Los niveles se actualizan anualmente. El Oroville Hospital siempre utilizará la información publicada más recientemente de niveles de pobreza que esté disponible pero NO está obligado a retroceder y cambiar la determinación del descuento por Cuidado Comunitario cuando se emita un nuevo FPL. Los FPL tienen vigencia cuando los recibe el hospital y no se basan en la fecha de la prestación.

A- Tabla Nro. 1 del Hospital: Se utilizará la Tabla Nro. 1 del Hospital para determinar el nivel federal de pobreza del paciente.

Niveles Federales de Pobreza 2017								
Número de personas en el hogar	100%	138%	150%	200%	250%	300%	350%	400%
1	\$12,060	\$16,643	\$18,090	\$24,120	\$30,150	\$36,180	\$42,210	\$48,240
2	\$16,240	\$22,411	\$24,360	\$32,480	\$40,600	\$48,720	\$56,840	\$64,960
3	\$20,420	\$28,180	\$30,630	\$40,840	\$51,050	\$61,260	\$71,470	\$81,680
4	\$24,600	\$33,948	\$36,900	\$49,200	\$61,500	\$73,800	\$86,100	\$98,400
5	\$28,780	\$39,716	\$43,170	\$57,560	\$71,950	\$86,340	\$100,730	\$115,120
6	\$32,960	\$45,485	\$49,440	\$65,920	\$82,400	\$98,880	\$115,360	\$131,840
7	\$37,140	\$51,253	\$55,710	\$74,280	\$92,850	\$111,420	\$129,990	\$148,560
8	\$41,320	\$57,022	\$61,980	\$82,640	\$103,300	\$123,960	\$144,620	\$165,280

C- PACIENTE NO ASEGURADO o QUE PAGA SUS PROPIOS COSTOS – CARGOS POR CUIDADO COMUNITARIO y NIVELES DE DESCUENTO

- 1- **Con vigencia a partir del 1/1/2016, a un paciente que se considere no asegurado o que pague sus propios costos se le otorgará el cargo por Cuidado Comunitario o el descuento sin tener que completar ningún formulario.** Los cargos de Cuidado Comunitario y descuentos no son derechos y están sujetos a cambio según el ingreso, tamaño de la familia, dificultad financiera y recursos. A ningún paciente no asegurado o que pague sus propios costos se le reembolsará en forma retroactiva por haber pagado anteriormente cargos más altos que los de Cuidado Comunitario establecidos el 1/1/2016.
- 2- **Cargos por Cuidado Comunitario:**
 - a. Por paciente hospitalizado: \$3,000
 - b. Por paciente ambulatorio: 50% de descuento sobre los cargos facturados.
 - c. Solamente laboratorio: 75% de descuento si se paga al momento de la prestación, de lo contrario 50% de descuento sobre los cargos.
 - d. Honorarios médicos y clínicos: 25% de descuento sobre los montos facturados
- 3- El Hospital se esforzará por aplicar el cargo de los pacientes que pagan sus propios costos dentro del lapso de 30 días desde la última fecha de la prestación.
 - a. Los cargos por Cuidado Comunitario se aplican a todos los pacientes sin seguro/que pagan sus propios costos, independientemente de su nivel de ingresos.
 - b. El saldo de los pacientes subasegurados después de descontada la responsabilidad del seguro será evaluado por petición conforme a la política de Asistencia Financiera.
- 4- Todos los demás descuentos están sujetos a la verificación de la solicitud de Asistencia Financiera, los ingresos y recursos.
- 5- Los niveles de ingreso para pacientes no asegurados entre 0% y 200% del nivel federal de pobreza:
 - a. Pueden calificar para el 100% de asistencia financiera o ajustes por caridad.
- 6- A los pacientes no asegurados se les puede otorgar, individualmente, los costos del Cuidado Comunitario si cumplen con la prueba de ingresos y recursos o mediante la elegibilidad para solicitar asistencia financiera.
- 7- **Tabla Nro. 2 del Hospital:** Esta tabla puede usarse junto con las Tablas Nro. 1, 3 y 4 del Hospital.

Cargos por Cuidado Comunitario - Tabla Nro. 2	
Cargos para pacientes no asegurados / que pagan su propio costo y cargos por Cuidado Comunitario	
Ingresos 0 - 200% of FPL	100% de descuento
Honorarios profesionales / Cargos clínicos	25% de descuento sobre los cargos brutos
Descuento de los cargos del Hospital	Paciente hospitalizado: \$3,000 por día
	Descuento para pacientes ambulatorios del Hospital sobre los cargos brutos: 50%

- 8- **Tabla Nro. 3 del Hospital:** Esta tabla se utilizará como guía y está sujeta a negociación, acuerdos de pago y documentación de Asistencia Financiera. Todas las decisiones se toman en forma individual y se tomarán en consideración las circunstancias de cada caso. Esta tabla puede usarse para los cálculos del costo para pacientes que no tienen cobertura de terceros y el descuento por Cuidado Comunitario cuando el paciente cuente con recursos en efectivo para el pago total o inicial o para las negociaciones de pagos mensuales. Los saldos que se reflejan en la Tabla Nro. 3 ya se han reducido o descontado de los cargos brutos del hospital a los costos para pacientes que no tienen cobertura de terceros

Prueba de nivel de recursos	Tabla Nro. 3 del Hospital = Para pacientes no asegurados / que pagan su propio costo Pautas para los descuentos según recursos cuando los cargos del Hospital se reducen a los cargos para pacientes sin cobertura de terceros (que pagan su propio costo) A utilizar junto con las Tablas del Hospital Nros. 2 y 3										
Saldo total después de aplicar descuentos de Cuidado Comunitario para pacientes no asegurados/que pagan su propio costo											
Efectivo o equivalente disponible después de las exenciones de recursos en efectivo	\$100	\$ 2,501	\$ 5,001	\$7,501.	\$10,001	\$15,001.	\$20,001	\$25,001	\$35,001	\$50,001	\$ 75,001
	\$2500	\$5,000	\$7,500	\$10,000	\$15,000	\$20,000.	\$25,000	\$35,000.	\$50,000	\$75,000	\$100,000*
\$0 - \$1,000	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI
\$1,001 - \$2,500	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI
\$2,501 - \$5,000	0%	0%	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI
\$5,001 - \$7,500	0%	0%	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI
\$7,501-\$10,000	0%	0%	0%	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI
\$10,001- \$15,000	0%	0%	0%	0%	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI
\$15,001 y más	0%	0%	0%	0%	0%	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI	AN-NI

NI = Los descuentos por Nivel de Ingresos están sujetos a negociación, acuerdos de pago o documentación para la asistencia financiera.
 AN = A negociar con el paciente según el caso individual.
 Descuentos: Todos los descuentos están sujetos a las pruebas de recursos.

D- DESCUENTO POR CUIDADO COMUNITARIO PARA ASEGURADOS O SUBASEGURADOS

- 1- Los descuentos por servicios de Cuidado Comunitario no tienen la intención de compensar la participación en el costo de las obligaciones, deducibles, o montos de copagos en virtud de programas de seguros de salud privados o del gobierno, a menos que pueda determinarse costos médicos altos y dificultad financiera por medio de una solicitud de asistencia financiera.
- 2- Por petición, puede considerarse la dificultad financiera sobre costos médicos altos para copagos y deducibles y la autocertificación de los ingresos familiares y los gastos básicos de subsistencia. Se tomarán en cuenta los gastos familiares, ingresos y recursos (en efectivo) para la determinación de la dificultad financiera. Estos pacientes pueden establecer planes de pago asequibles, negociados, sin intereses.
- 3- Los pacientes cuyo saldo pendiente sea superior al 50% del ingreso anual bruto de su familia también pueden calificar para mayores descuentos según las asignaciones para casos catastróficos del Oroville Hospital que se detallan en la política de Asistencia Financiera. Los pacientes comprendidos en esta categoría deben ser validados a través del proceso de asistencia financiera del Oroville Hospital.
- 4- A cualquier paciente subasegurado que reciba servicios médicamente necesarios que se consideran no cubiertos por el seguro de salud, se le ofrecerá el descuento del servicio de Cuidado Comunitario o asistencia financiera o de caridad, según las circunstancias de cada caso.

F-RECHAZOS DE MEDI-CAL o RECHAZOS CON RESTRICCIONES DE MEDI-CAL:

- 1- Un paciente que califica para Medi-Cal se supone que también califica para el descuento de servicios por Cuidado Comunitario. Cualquier cargo por días o servicios amortizado (excluidos la oportunidad de la facturación, registros médicos, facturas faltantes o cuestiones de elegibilidad) como resultado de un rechazo de Medi-Cal o un rechazo con restricciones de Medi-Cal (como un rechazo de una solicitud de autorización de tratamiento) debe cargarse a un código específico y contabilizarse como descuento por Cuidado Comunitario / de caridad.
- 2- **COBERTURA RESTRINGIDA DE MEDI-CAL:** Un paciente que califica para Medi-Cal se supone que también califica para el descuento de servicios por Cuidado Comunitario. Cualquier cargo por días o servicios amortizado (excluidos la oportunidad de la facturación, los registros médicos, facturas faltantes o cuestiones de elegibilidad) como resultado de un rechazo de Medi-Cal o un rechazo con restricciones de Medi-Cal (como un rechazo de una solicitud de autorización de tratamiento) deben cargarse a un código específico y contabilizarse como descuento por Cuidado Comunitario / de caridad.
- 3- Los planes de Medi-Cal ofrecen una cobertura limitada o restringida para servicios de emergencia y los relacionados con el embarazo. Si un paciente es elegible para Medi-Cal o Medi-Cal con restricciones, cualquier cargo por días o servicios ya prestados no cubiertos, puede ser amortizados al descuento del servicio por Cuidado Comunitario (de caridad) sin una Solicitud Financiera Confidencial completa.

G-DESCUENTOS POR CUIDADO COMUNITARIO EN CASOS CATASTRÓFICOS Y DESCUENTOS DE CARIDAD:

1. Según la situación financiera completa del paciente, cuando el monto de su responsabilidad supere el 50% del ingreso familiar anual total, los montos mayores al 50% del ingreso pueden cargarse al descuento de Cuidado Comunitario/ de caridad. Las asignaciones catastróficas requieren la validación a través de la declaración de impuestos del año anterior y se descontarán de la siguiente manera:

- a. Si la combinación de los saldos de la cuenta es superior al 50% del ingreso anual bruto de la familia pero menor al 100% del ingreso anual, se le otorgará al paciente un descuento del 50%.
- b. Si la combinación de los saldos de la cuenta es superior al 100% del ingreso anual bruto de la familia, se le otorgará al paciente un descuento del 90%.

H- DEDUCIBLES DEL SEGURO, PARTICIPACIÓN EN EL COSTO Y DIFICULTAD FINANCIERA

1- **Tabla Nro. 4 del Hospital** Esta tabla puede usarse para ayudar a los pacientes asegurados y subasegurados con los copagos o deducibles altos según la declaración propia o ingresos y recursos verificados. Si el descuento extendido continúa representando una dificultad financiera, entonces se puede presentar una solicitud de Descuento Financiero por Cuidado Comunitario y la documentación de respaldo para una revisión profunda con el objetivo de obtener asistencia, un acuerdo de pagos o la determinación de un descuento mayor. La determinación del descuento puede incluir comparaciones de pagos entre el precio para paciente que pagan su propio costo o lo que hubiera pagado Medicare, en comparación con los pagos recibidos del seguro, del paciente y de otras fuentes. Estos descuentos no se aplicarán automáticamente a menos que el paciente pida el descuento por saldo de alto costo o dificultad financiera y siga el proceso requerido.

Tabla Nro. 4 del Hospital						
<ul style="list-style-type: none"> • Descuento para pacientes asegurados o subasegurados – Dificultad financiera o costo médico alto. • Descuento para la responsabilidad del paciente sobre el saldo después de descontado el pago del seguro o del seguro de un tercero. • Debe usarse junto con la Tabla Nro. 3 del Hospital, recursos en efectivo disponibles • Puede evaluarse según la política de Asistencia Financiera 						
Responsabilidad del paciente	\$ 1.00	\$1001	\$3001	\$5001	\$7501	\$15001 >
	\$ 1000	\$3000	\$5000	\$7500	\$15000	
Nivel de ingresos según el tamaño de la familia	% de Descuento					
0 - 100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
101% - 200%	50%	50%	50%	50%	50%	Caso por caso/AN/NI
201% - 350%	10%	20%	30%	40%	50%	Caso por caso/AN/NI
351%>	Caso por caso/AN/NI					

AN = A negociar NI= descuento por nivel de ingresos, R = prueba de recursos.

I- Clínica del Oroville Hospital: Visita a consultorio para pacientes que pagan su propio costo y descuento por Cuidado Comunitario

Tabla Nro. 1 de descuento para Honorarios Profesionales / Clínica – La siguiente tabla Nro. 1 se utilizará para pacientes de la clínica que decidan no declarar ingresos o completar una solicitud para el descuento de Cuidado Comunitario.

El precio de los honorarios profesionales para los pacientes no asegurados / que pagan su propio costo será del 25% de descuento por Cuidado Comunitario sobre cargos regulares. Todos los demás descuentos se basarán en los ingresos, recursos, documentación de la solicitud para asistencia y las negociaciones individuales.

Tabla Nro. 1 de Honorarios Profesionales para servicios prestados en el hospital.

Descuento por Honorarios Profesionales a pacientes que pagan su propio costo -Tabla Nro. 1	
Las visitas a consultorio o servicios prestados a un porcentaje de descuento del Hospital cuando un paciente decide no declarar el seguro, los ingresos o completar una solicitud de descuento por Cuidado Comunitario.	
Porcentaje de descuento sobre los cargos	25% de descuento por Cuidado Comunitario

J – Tabla Nro. 2 – Clínica: Matriz de Descuentos para Visitas en Consultorio para Pacientes que pagan su propio costo y Cuidado Comunitario:

El precio para los pacientes no asegurados / que pagan su propio costo en la Clínica será del 25% de descuento por Cuidado Comunitario sobre los cargos regulares.

Todos los demás descuentos se basarán en los ingresos, recursos, documentación de la solicitud para asistencia y las negociaciones individuales.

Los cargos por Cuidado Comunitario pueden aplicarse según la declaración propia de ingresos y tamaño de la familia.

Si no se realiza una declaración de ingresos, el descuento se limitará al 25% sobre el precio regular.

Tabla Nro. 2 para la Clínica – Cargos por Cuidado Comunitario para No Asegurados / Pacientes que pagan su propio costo en la Clínica para 2016

ÚNICAMENTE PARA VISITAS A CONSULTORIO EN LA CLÍNICA 2017 – TABLA VARIABLE PARA PACIENTES NO ASEGURADOS / QUE PAGAN SU PROPIO COSTO												
LISTA DE HONORARIOS VARIABLES SEGÚN INGRESO PARA NO ASEGURADOS POR DESCUENTO DE CUIDADO COMUNITARIO												
Tamaño de la familia	FPL 100%	FPL 130%	FPL 150%	FPL 170%	FPL 200%	FPL 225%	FPL 250%	FPL 275%	FPL 300%	FPL 325%	FPL 350%	FPL 351% y más
1	\$12,060	\$15,678	\$18,090	\$20,502	\$24,120	\$27,135	\$30,150	\$33,165	\$36,180	\$39,195	\$42,210	25% de descuento sobre los cargos regulares facturados
Copago de la visita	\$5	\$10	\$15	\$20	\$25	\$30	\$35	\$40	\$45	\$50	\$55	
2	\$16,240	\$21,112	\$24,360	\$27,608	\$32,480	\$36,540	\$40,600	\$44,660	\$48,720	\$52,780	\$56,840	
Copago de la visita	\$5	\$10	\$15	\$20	\$25	\$30	\$35	\$40	\$45	\$50	\$55	
3	\$20,420	\$26,546	\$30,630	\$34,714	\$40,840	\$45,945	\$51,050	\$56,155	\$61,260	\$66,365	\$71,470	
Copago de la visita	\$5	\$10	\$15	\$20	\$25	\$30	\$35	\$40	\$45	\$50	\$55	
4	\$24,600	\$31,980	\$36,900	\$41,820	\$49,200	\$55,350	\$61,500	\$67,650	\$73,800	\$79,950	\$86,100	
Copago de la visita	\$5	\$10	\$15	\$20	\$25	\$30	\$35	\$40	\$45	\$50	\$55	
5	\$28,780	\$37,414	\$43,170	\$48,926	\$57,560	\$64,755	\$71,950	\$79,145	\$86,340	\$93,535	\$100,730	
Copago de la visita	\$5	\$10	\$15	\$20	\$25	\$30	\$35	\$40	\$45	\$50	\$55	
6	\$32,960	\$42,848	\$49,440	\$56,032	\$65,920	\$74,160	\$82,400	\$90,640	\$98,880	\$107,120	\$115,360	
Copago de la visita	\$5	\$10	\$15	\$20	\$25	\$30	\$35	\$40	\$45	\$50	\$55	
Para cada persona adicional agregar \$4180 a cada categoría												

Nota acerca de todas las tablas del Hospital y la Clínica:

Estos porcentajes están sujetos a revisión y cambios en cada año fiscal.

Puede que haya montos de descuento mayores disponibles a discreción del Oroville Hospital.

Todas las cifras son orientativas y pueden estar sujetas a documentación, verificación y negociación.

 Procedimiento de Elegibilidad para Asistencia Financiera	Manual: Servicios Financieros para Pacientes
	Sección: Consejería Financiera
	Emitido por: Servicios Financieros para Pacientes
Fecha de aprobación inicial: 2/02	Página 1 de 3
Fechas de revisión: 3/03, 5/03, 3/04,7/05, 9/06, 6/07,12/07,10/08, 5/09, 12/11, 12/14, 1/16	Fechas de modificación: 5/03, 3/04, 6/04,7/05, 9/06, 12/06, 6/07, 5/09, 12/11,9/13, 5/14, 12/14, 1/16

A-PROCEDIMIENTO DE ELEGIBILIDAD

El objetivo de este procedimiento es asegurar la implementación justa y precisa de la Asistencia Financiera del Oroville Hospital y el cumplimiento del proyecto de ley 1276 del Senado. Se realizarán esfuerzos para asistir a todos los pacientes que puedan reunir los requisitos para los programas patrocinados por el gobierno, o la asistencia financiera del Hospital. La asistencia incluirá las solicitudes al Mercado de Beneficios de Salud de California y para incluir, en la información proporcionada a un paciente que no ha mostrado evidencia de cobertura de terceros, una declaración respecto de que el consumidor puede ser elegible para cobertura a través del Mercado de Beneficios de Salud de California u otros programas de cobertura de salud financiados por el estado o el condado.

B-PROCEDIMIENTO PARA DESCUENTOS POR SERVICIOS COMUNITARIOS Y ASISTENCIA FINANCIERA

- 1- A cualquier paciente no asegurado / que paga sus propios costos se le otorgará el descuento o los cargos de Cuidado Comunitario cuando se llegue a la determinación de que no tiene seguro o dentro del lapso de 30 días de la última fecha de prestación.
- 2- Cualquier paciente no asegurado, subasegurado o que pague su propio costo que indique su incapacidad para pagar será evaluado para determinar si corresponde el descuento de asistencia financiera por Cuidado Comunitario.
- 3- Cualquier paciente de “alto costo” también será evaluado para determinar si corresponde el descuento de Cuidado Comunitario o cuando el paciente solicite tal evaluación.
- 4- El proceso de selección tendrá lugar, de manera ideal, al momento de la prestación pero puede ocurrir en cualquier momento durante el proceso de cobranza, incluido después de la asignación a una agencia de cobranzas externa.
- 5- A cualquier paciente no asegurado o subasegurado que reciba servicios médicamente necesarios que son considerados no cubiertos por el seguro de salud, se le informará de los programas de descuento por servicio comunitario o Asistencia Financiera.
- 6- El descuento o la asistencia financiera a personas que no residan en la comunidad de Oroville podrá limitarse al 50% de los cargos facturados o los cargos por Cuidado Comunitario. Cualquier excepción a esta regla debe contar con la aprobación de la Administración. Todas las solicitudes que no sean de emergencia deben ser revisadas por la Administración para una determinación definitiva.

C-REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN

- 1- Solicitud: Excepto en los casos en que el hospital haya determinado que corresponde aplicar los requisitos mínimos de solicitud y documentación (como se describe más arriba), para calificar para recibir Asistencia Financiera, se deberá completar una Declaración Financiera Confidencial y podrá estar acompañada por la aceptación o el rechazo de Medi-Cal o CMSP u otro programa del gobierno.
- 2- Si no se obtiene un rechazo de otras fuentes de asistencia, el hospital podrá, a su discreción, aprobar la solicitud de asistencia financiera basándose en la Solicitud Financiera Confidencial completada por el paciente. Mientras esté pendiente completar dicha solicitud, se tratará al paciente como una cuenta de asistencia financiera para Cuidado Comunitario pendiente.

D-PACIENTES QUE NO COOPERAN

- 1- Se define a los pacientes que no cooperan y no cumplen con los requisitos a los pacientes o garantes que no están dispuestos a divulgar ninguna información financiera u otra información requerida según lo solicitado por Medi-Cal, CMSP, Mercado de Beneficios de Salud de California y cuidado comunitario o la determinación del descuento durante el proceso de selección. En estos casos, no se procesará la cuenta como asistencia financiera para Cuidado Comunitario y el descuento del hospital o clínica se limitará a los cargos de Cuidado Comunitario para no asegurados / pacientes que pagan su propio costo o al 50% de los cargos. No se dará ninguna consideración adicional a la asistencia financiera para Cuidado Comunitario.
- 2- Si la persona o el representante solicita cuidado de caridad o un pago con descuento y no cumple en presentar la información que es necesaria y razonable para que el hospital tome una determinación, el hospital puede considerar ese incumplimiento al tomar la determinación. El hospital puede limitar el descuento a los cargos de Cuidado Comunitario para pacientes sin seguro / que pagan sus propios costos o al 50% de los cargos, cuando no pueda determinar la elegibilidad a causa del incumplimiento del paciente en proporcionar la información.

E-INGRESOS Y BIENES Y VERIFICACIÓN DE GASTOS BÁSICOS DE SUBSISTENCIA

- 1- Se requerirá a los pacientes que verifiquen sus ingresos, bienes y gastos básicos de subsistencia.
- 2- **Documentación de ingresos:** Puede incluir un talón de cheque de paga actual, Formulario W-2 del IRS, estados de cuenta bancarios de salarios y ganancias, u otros indicadores adecuados de ingresos.
- 3- **Documentación de los bienes:** Puede incluir estados bancarios u otros indicadores de efectivo y bienes.
- 4- **Participación en un Programa de Beneficio Público:** Documentación que muestre la participación actual en un programa de beneficio público, que incluye la Seguridad Social, compensación de los trabajadores, beneficios del seguro de desempleo, Medi-Cal, programa de salud para indigentes del condado, asistencia en efectivo, cupones de alimentos, programa para mujeres, bebés y niños (WIC, por sus siglas in inglés) u otros programas de indigencia similares relacionados.
- 5- **Gastos básicos de subsistencia:** Documentación de la renta o pagos de la vivienda y su mantenimiento, alimentos y artículos domésticos, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, escuela o cuidado infantil, pensión alimenticia para el niño o el cónyuge, gastos de transporte y automóvil, incluidos seguro, gasolina y reparaciones, pagos en cuotas, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.

F-ACUERDOS DE PAGO

- 1- En aquellos casos en los que el paciente o el garante tenga una obligación conforme al programa de Descuentos de Cuidado Comunitario y cuando el paciente o garante así lo soliciten, el hospital negociará un plan de pagos mensuales con el paciente o garante.
- 2- Cualquier plan de pago extendido aceptado por el hospital para ayudar a los pacientes elegibles conforme a la política de Descuentos de Cuidado Comunitario, será sin intereses.
- 3- Por lo tanto, un plan de pagos no limita ni modifica la obligación del paciente de realizar pagos desde la primera fecha de vencimiento respecto de la obligación que mantiene con el Oroville Hospital en virtud de cualquier contrato o estatuto aplicables, en caso de que el paciente no cumpla con la obligación de realizar pagos durante 90 días, o de renegociar el plan de pagos. Los planes de pagos extendidos pueden ser declarados como que ya no están más en vigor cuando el paciente o garante no realice la totalidad de los pagos consecutivos debidos durante un periodo de 90 días.
- 4- Antes de declarar que el acuerdo ya no está más en vigor, el hospital o la agencia de cobranzas realizará un esfuerzo razonable por contactar al paciente por teléfono y, entregarle una notificación por escrito, respecto de que el plan de pagos extendido puede caducar, y de la oportunidad de renegociar el plan de pagos extendido.
- 5- Antes de que el hospital pueda declarar que el plan de pagos extendidos está caduco, debe intentar renegociar los términos del plan de pagos extendido que se ha incumplido, si así lo solicita el paciente o el garante. Ni el hospital ni la agencia de cobranzas podrán dar a conocer información adversa a una agencia de reportes de crédito antes de que el plan de pagos extendido haya sido declarado caduco.
- 6- Una agencia de cobranzas no reportará la información negativa a una agencia de informes de crédito del consumidor ni comenzará una acción civil contra el paciente por la falta de pago en cualquier momento anterior a los 150 días luego de la asignación inicial de la cuenta.
- 7- Se define al pago mensual razonable como el pago mensual que no sea superior al 10 por ciento de los ingresos de la familia del paciente para un mes, excluidas las deducciones por gastos básicos de subsistencia.

G-COMUNICACIÓN

- 1- El Oroville Hospital publica carteles en la oficina de administración, admisión y registro y el departamento de emergencias informando a los pacientes acerca de las políticas de asistencia financiera y la disponibilidad de descuentos para Cuidado Comunitario.
- 2- Además, las declaraciones para pacientes incluyen texto estándar para informar a los pacientes que pueden solicitar una evaluación financiera para determinar la elegibilidad para los descuentos por Cuidado Comunitario y cómo puede hacerse tal solicitud.
- 3- Todas las comunicaciones enviadas a los pacientes contienen un resumen en lenguaje sencillo de los derechos de paciente en virtud del SB1276 y el AB 774, y la Ley Rosenthal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas.
- 4- Una vez que se ha tomado la determinación sobre el descuento de Cuidado Comunitario, se comunica el resultado al paciente mediante una carta o llamada telefónica y se documenta en las notas de la cuenta del paciente.
- 5- La comunicación al paciente incluiría información de un centro local de asistencia al consumidor ubicado en las oficinas de servicios legales.

H-DURACIÓN DE LA ASISTENCIA FINANCIERA PARA CUIDADO COMUNITARIO

La Asistencia Financiera se considera válida únicamente para el caso individual. Se puede solicitar una nueva solicitud a discreción del hospital para cada servicio médico o fecha en que el paciente procure obtener la consideración para asistencia financiera.

I- CLASIFICACIÓN COMO ESTATUTARIA O NO ESTATUTARIA

La Asistencia Financiera para el Cuidado Comunitario se clasificará en dos categorías: estatutaria y no estatutaria.

1- ASISTENCIA FINANCIERA / CARITATIVA PARA CUIDADO COMUNITARIO ESTATUTARIO

- a- Cada paciente que resulte elegible para la determinación del descuento caritativo estatutario y que solicita tal determinación debe completar una Declaración Financiera Confidencial.
- b- Debe proporcionar documentación de respaldo a un consejero financiero según lo requerido y verificar su situación financiera.
- c- En general, el consejero financiero identificará los descuentos caritativos estatutarios al momento de la admisión o mientras el paciente esté internado, sin embargo, también puede identificarse después del alta o cuando un paciente declare su incapacidad de pago.

2- ASISTENCIA FINANCIERA / CARITATIVA POR CUIDADO COMUNITARIO NO ESTATUTARIO

- a- Se define el descuento de caridad no estatutario como un descuento de caridad para pacientes que se sabe cumplen con los criterios del descuento en general. La determinación de los descuentos no estatutarios se realizará en el momento de la admisión o mientras el paciente esté internado; sin embargo, esta determinación también podría hacerse después del alta o cuando un paciente declare su incapacidad de pago.
- b- A menos que el paciente reúna los requisitos para el procedimiento de selección abreviada, se realizarán todos los esfuerzos para obtener una solicitud firmada, pero puede que no sea posible en todos los casos.
- c- Los pacientes que declaren que no tienen hogar ni ingresos, a discreción del Director Financiero o Director de Servicios Financieros para Pacientes, no necesitarán completar la Declaración Financiera Confidencial. En cambio, las determinaciones de descuentos para Cuidado Comunitario se podrán tomar mediante la hoja de cálculo de elegibilidad que completa el consejero financiero.
- d- Los descuentos de caridad no estatutarios deben usarse para pacientes sin hogar que no tienen ingresos ni documentos que declarar.

J- APELACIONES

- 1- El paciente que desee discutir los cargos de una cuenta puede hacerlo hasta los 60 días de la fecha del servicio o del alta.
- 2- Los pacientes tienen el derecho de apelar las decisiones del descuento por Cuidado Comunitario o de asistencia financiera.
- 3- Los pacientes deben proporcionar apelaciones escritas que describan los motivos por los que creen que la determinación del descuento de Cuidado Comunitario o Asistencia Financiera fue incorrecta.
- 4- El Director Financiero o el Director de Servicios Financieros para Pacientes del lugar es responsable de revisar todas las apelaciones y tomar la determinación definitiva.
- 5- La determinación definitiva debe comunicarse al paciente por escrito.
- 6- **Todas las solicitudes por escrito deben enviarse a:**
 Oroville Hospital – Patient Financial Services
 Financial Assistance Reconsideration Dept.
 2767 Olive Hwy. Oroville, CA 95966

K- MATRIZ DE AJUSTE DE ASISTENCIA FINANCIERA POR CUIDADO COMUNITARIO:

<u>Matriz de aprobación de Asistencia Financiera por Cuidado Comunitario y ajuste de cuentas</u>	
Director General y/o Director Financiero	Más de \$10,000
Director de Servicios Financieros para Pacientes y /o Auditor	Hasta \$10,000
Gerente de Acceso al Paciente o Supervisores de PFS	Hasta \$5,000

 Asistencia Financiera Proceso de Revisión Oroville Hospital	Manual: Servicios Financieros para Pacientes
	Sección: Consejería Financiera
	Emitido por: Servicios Financieros para Pacientes
Fecha de aprobación inicial: 2/02	Página 1 de 1
Fechas de revisión: 3/03, 5/03, 3/04, 7/05, 9/06, 6/07, 12/07, 10/08, 5/09, 12/11, 12/14, 1/16	Fechas de modificación: 5/03, 3/04, 6/04, 7/05, 9/06, 12/06, 6/07, 5/09, 12/11, 9/13, 12/14, 1/16

A- PROCESO DE REVISIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA/CUIDADO DE CARIDAD

- 1- Los consejeros financieros realizarán todos los esfuerzos por asistir al paciente o los miembros de su familia a aplicar al Mercado de Beneficios de Salud de California o Medi-Cal u otro programa de salud del gobierno.
- 2- Los consejeros financieros o empleados de administración proporcionarán información a un paciente que no ha mostrado evidencia de cobertura de terceros en una declaración respecto de que el consumidor puede ser elegible para cobertura a través del Mercado de Beneficios de Salud de California u otros programas de cobertura de salud financiados por el estado o el condado.
- 3- Excepto en los casos en que el hospital haya determinado que corresponde aplicar los requisitos mínimos de solicitud y documentación, se deberá completar una Declaración Financiera Confidencial. La Solicitud Financiera Confidencial permite la recolección de información que sea necesaria para determinar la elegibilidad a la asistencia financiera. Mientras esté pendiente completar dicha solicitud, se tratará al paciente como un paciente de cuidado caritativo pendiente.
- 4- Cualquier paciente que solicite que su situación sea evaluada para obtener asistencia financiera, debe presentar junto con su Solicitud Financiera Confidencial una carta de aceptación o de rechazo de CMSP o Medi-Cal (el rechazo no puede ser relacionado con una falta de seguimiento por parte del paciente), o un talonario de cheque de paga actual para todos los miembros de la familia que trabajen, o la declaración más reciente del impuesto a la renta.
- 5- Si la Solicitud Financiera Confidencial está incompleta o si a la Solicitud Financiera Confidencial recibida le falta la información necesaria, se le enviará una carta a la persona que pide la asistencia financiera solicitándole la información faltante y la(s) cuenta(s) se pondrá(n) en espera durante treinta (30) días.
- 6- Al recibir la documentación completa, se revisará la situación financiera del paciente junto con las tablas de descuento o de asistencia financiera del Oroville Hospital y todos los descuentos/ajustes se aplicarán según sea adecuado.
- 7- Una vez que se haya tomado la determinación de cuidado de caridad, se comunicará el resultado al paciente mediante una carta o llamada telefónica y se documentará en las anotaciones en la cuenta del paciente.

B-PROCEDIMIENTO

- 1- Determinar el nivel federal de pobreza del paciente según el tamaño de la familia y los ingresos.
- 2- Usar la Tabla 2 del Hospital para determinar el nivel de descuento para el que calificaría el paciente.
- 3- Informar al paciente de su nivel de descuento y verificar el método de pago
- 4- A los pacientes no asegurados que paguen su propio costo se les otorgará un descuento o los cargos por Cuidado Comunitario.
- 5- A los pacientes que decidan no informar sus ingresos o recursos financieros o que no cumplan con los requisitos, se les podrá otorgar un descuento del 50% sobre los cargos brutos del hospital.

C-PROCEDIMIENTO PARA LA ESTIMACIÓN DE LOS DESCUENTOS PARA PACIENTES QUE PAGUEN SU PROPIO COSTO Y LOS CARGOS POR CUIDADO COMUNITARIO

- 1- A los pacientes no asegurados que paguen su propio costo se les ofrecerá los siguientes cargos de Cuidado Comunitario para no asegurados / pacientes que pagan su propio costo:
 - a. Procedimientos como paciente internado: \$3,000 por día
 - b. Procedimientos como paciente ambulatorio: 50% de descuento sobre los cargos brutos.
 - c. Los servicios de un profesional médico prestados en el entorno clínico o del hospital tendrán un descuento del 25% sobre los cargos brutos como descuento por Cuidado Comunitario.
 - d. Todos los demás descuentos se basarán en la documentación de la solicitud de asistencia financiera.