

Políticas de atención caritativa parcial con descuento y atención caritativa total del Programa de asistencia económica, ABD-09

RIESGO:

Para cumplir la Ley de Precios Justos y el Proyecto de Ley 1020 de la Asamblea de California, los pacientes sin seguro o con costos médicos elevados que estén por abajo del 400 por ciento (400 %) del nivel federal de pobreza serán elegibles para solicitar participación bajo la política de atención caritativa o la política de pago con descuento de un hospital. Dar a los pacientes oportunidades de cobertura de asistencia económica para servicios de atención médica también es un elemento esencial para cumplir la misión del TFHD. El riesgo asociado a no ofrecer asistencia económica es que el sistema médico no cumpliría la Ley de Precios Justos y el Proyecto de Ley 1020 de la Asamblea de California. Tampoco estaríamos cumpliendo un elemento esencial en la misión del TFHD.

OBJETIVO:

- A. El Tahoe Forest Hospital District (en adelante, "TFHD") presta servicios de hospital y médicos relacionados a residentes y visitantes en los límites del distrito y la región circundante. Como proveedor regional de atención médica, TFHD se dedica a prestar servicios de atención médica económicamente sólidos, orientados al cliente y de alta calidad que cubran las necesidades de sus pacientes. Dar a los pacientes oportunidades de cobertura de asistencia económica para servicios de atención médica también es un elemento esencial para cumplir la misión del TFHD. Esta política define el Programa de asistencia económica de TFHD; sus criterios, sistemas y métodos.
- B. Los hospitales de atención de casos agudos de California deben cumplir la ley de "Políticas de precios justos para hospitales" en la Sección 127400 et seq. del Código de Salud y Seguridad (la "Ley de Precios Justos"), incluyendo los requisitos para las políticas escritas que dan descuentos y atención caritativa a pacientes económicamente calificados. Según la Ley de Precios Justos y el Proyecto de Ley 1020 de la Asamblea de California, los pacientes sin seguro o los pacientes con costos médicos elevados que estén en o por abajo del 400 por ciento (400 %) del nivel federal de pobreza serán elegibles para solicitar participar en la política de atención caritativa o la política de pago con descuento de un hospital. Esta política tiene por objeto cumplir plenamente todas las obligaciones legales dando atención caritativa y descuentos a los pacientes que califiquen según los términos y condiciones del Programa de asistencia económica de TFHD. Además, aunque la Ley de Precios Justos requiere que los hospitales den asistencia económica a ciertos pacientes calificados por los servicios que recibieron, no requiere que los hospitales presten servicios futuros. Sin embargo, TFHD ha permitido que las personas soliciten asistencia económica para servicios futuros bajo esta política. Sin embargo, toda persona que califique para dicha asistencia seguirá estando sujeta a criterios de admisión y otros criterios para recibir servicios y convertirse en pacientes, y tendrá que demostrar su capacidad para cumplir cualquier obligación financiera aplicable que no esté cubierta por ningún descuento u otra asistencia financiera dada.

- C. El departamento de finanzas es responsable de la política y los procedimientos de contabilidad generales. Este propósito incluye el deber de garantizar la consistencia en el tiempo, el registro y el tratamiento contable de las transacciones en TFHD. Esto incluye el manejo de las transacciones contables de los pacientes de una forma que respalde la misión y los objetivos operativos de TFHD.
- D. Por la presente, se notifica a los pacientes que un médico empleado o contratado para prestar servicios en el departamento de emergencias del hospital de TFHD en Truckee, California, también está obligado por ley a dar descuentos a pacientes sin seguro o pacientes con costos médicos elevados que estén en o por abajo del 400 por ciento (400 %) del nivel federal de pobreza.

DEFINICIONES:

- A. “Atención caritativa parcial con descuento” se refiere a cualquier cargo por atención que se reduzca pero no sea gratis. Una cantidad cobrada por servicios a un paciente que califica para recibir asistencia económica bajo el Programa de asistencia económica de TFHD, que se descuenta a la cantidad que Medicare pagaría por los mismos servicios o menos. Cuando se da a un paciente, la atención caritativa parcial con descuento en ningún caso eximirá a un tercero, o al paciente, de sus respectivas obligaciones de pago por los servicios prestados a dicho paciente.
- B. “Servicios electivos” se refiere a cualquier servicio que no sea médicamente necesario.
- C. “Servicios de emergencia” se refiere a los servicios necesarios para estabilizar la condición de un paciente prestados inicialmente en el departamento de emergencias de TFHD o clasificados de otro modo como “servicios de emergencia” según la Ley Federal EMTALA o el artículo 1317.1 et.seq. del Código de Salud y Seguridad de California, y que continúan hasta que el paciente esté médicamente estable y se le dé el alta, sea transferido o liberado del tratamiento.
- D. “Nivel federal de pobreza” o “FPL” se refiere a las directrices de pobreza actuales actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad de la subsección (2) del artículo 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos.
- E. “Programa de asistencia económica” se refiere al Programa de asistencia económica de TFHD establecido por esta política para dar atención caritativa completa o atención caritativa parcial con descuento (cada uno, según se define abajo) a pacientes calificados.
- F. “Atención caritativa completa” se refiere a atención gratis según lo permitido por las reglamentaciones en vigor. Servicios médicamente necesarios prestados por TFHD a un paciente que califica bajo el Programa de asistencia económica de TFHD que no están cubiertos por un tercero, y por los que el paciente es de otra manera responsable de pagar, por los que no se le facturará al paciente. Cuando se da a un paciente, la atención caritativa completa en ningún caso eximirá a un tercero de su obligación de pagar por los servicios prestados a dicho paciente.
- G. “Servicios médicamente necesarios” se refiere a servicios médicos en un hospital. Los servicios médicamente necesarios se determinan, con base en una evaluación médica, como necesarios para preservar la vida o la salud de un paciente.

- H. “Servicios que no son de emergencia” se refiere a servicios médicamente necesarios que no son servicios de emergencia.
- I. “Paciente” se refiere a una persona que ha recibido servicios de emergencia o servicios que no son de emergencia en un centro operado por TFHD y que solicita asistencia económica para dichos servicios.
- J. “La cantidad que Medicare habría pagado” se refiere a la cantidad que Medicare pagaría por los servicios prestados o, en caso de que no haya una cantidad específica que pueda determinarse que Medicare pagaría por dichos servicios, la cantidad más alta pagadera por dichos servicios por cualquier otro programa financiado por el estado diseñado para dar cobertura médica.
- K. “Seguro de terceros” se refiere a la cobertura de beneficios médicos por un programa público o privado, aseguradora, plan médico, empleador, fideicomiso de empleadores múltiples o cualquier otro tercero obligado a dar cobertura de beneficios médicos a un paciente.
- L. “Costos médicos elevados” se refiere a cualquier gasto de atención médica que no lo reembolse el seguro o un programa de cobertura médica, como los copagos de Medicare o los costos compartidos de Medi-Cal.

ALCANCE:

- A. Esta política se aplica a todos los pacientes de TFHD. Esta política no exige que TFHD acepte como paciente y preste servicios a cualquier persona que no califique para el tratamiento o la admisión bajo ninguna de las políticas, prácticas y procedimientos aplicables de TFHD, y no prohíbe a TFHD dar de alta o limitar de otro modo el alcance de los servicios prestados a cualquier persona según sus políticas, prácticas y procedimientos normales. Esta política no exige que TFHD preste a los pacientes ningún servicio que no sea médicamente necesario ni que dé acceso a servicios que no sean de emergencia o a servicios electivos.
- B. El hospital de atención de casos agudos operado por TFHD ofrece muchos servicios especializados para pacientes hospitalizados y ambulatorios. Además de los servicios prestados en el sitio principal del hospital, Tahoe Forest Hospital opera clínicas de atención primaria y de especialidades múltiples, atención médica a domicilio, de hospicio y programas de servicios de terapia en sitios de la misma comunidad pero que no están en el campus principal del hospital. Tahoe Forest Hospital también opera un centro de enfermería especializada separado. Solo los servicios médicamente necesarios prestados en los lugares listados en la licencia de atención aguda del Tahoe Forest Hospital están incluidos en el alcance de esta Política de asistencia económica. TFHD ha extendido esta política a los servicios prestados en Incline Village Community Hospital y en las clínicas y programas de servicios de terapia.
- C. Esta política se refiere a la asistencia económica que da TFHD. Todas las solicitudes de asistencia económica de los pacientes se tratarán según esta política.
- D. Durante una crisis de acceso a la atención médica, TFHD puede “flexibilizar” su política de asistencia económica a los pacientes para cubrir las necesidades de la comunidad en crisis. Debe proclamarlo la gerencia del hospital y adjuntarse a este documento de asistencia económica al paciente como apéndice. Una crisis de acceso a la atención

médica puede relacionarse con una situación emergente en la que se modifican las reglamentaciones estatales/federales para cubrir las necesidades de atención médica inmediatas de la comunidad del hospital durante la crisis de acceso a la atención médica. Estos cambios se incluirán en la política de asistencia económica al paciente como apéndice. Es posible que se den descuentos para pacientes relacionados con una crisis de acceso a la atención médica en el momento de la crisis, independientemente de la fecha de esta política (ya que es posible que la gerencia del hospital no pueda reaccionar con la suficiente rapidez para actualizar el lenguaje de la política para cubrir necesidades más urgentes durante la crisis de acceso a la atención médica).

Programas de servicios de hospital para pacientes hospitalizados, ambulatorios y de emergencia:

A. Introducción:

1. Esta política establece un programa para ayudar a los pacientes que no tienen seguro, o que tienen seguro insuficiente, a obtener asistencia económica para pagar su factura del hospital. Dicha asistencia económica puede incluir programas de cobertura patrocinados por el gobierno, atención caritativa completa y atención caritativa parcial con descuento.

B. Informes sobre atención caritativa total y atención caritativa parcial con descuento

1. TFHD reportará sobre la atención caritativa real (incluyendo la atención caritativa completa y la atención caritativa parcial con descuento) dada según los requisitos regulatorios del Departamento de Acceso e Información sobre Atención Médica de California (HCAI), como se incluye en el Manual de contabilidad e informes para hospitales, segunda edición. El hospital mantendrá documentación escrita sobre sus criterios de atención caritativa y, para pacientes individuales, documentación escrita sobre todas las determinaciones de atención caritativa. Según lo exige HCAI, la atención caritativa dada a los pacientes se registrará sobre la base de los cargos reales por los servicios prestados.
2. TFHD dará a HCAI una copia de esta Política de asistencia económica que incluye las políticas de atención caritativa completa y atención caritativa parcial con descuento en un solo documento. La Política de asistencia económica también contiene: 1) todos los procedimientos de elegibilidad y calificación de pacientes; 2) la solicitud unificada para la atención caritativa completa y la atención caritativa parcial con descuento; y 3) el proceso de revisión para la atención caritativa completa y para la atención caritativa parcial con descuento. Los formularios de estos documentos deberán entregarse a HCAI cada dos años o cuando haya un cambio sustancial.

C. Elegibilidad para la atención caritativa completa y con descuento: Proceso general y responsabilidades:

1. Cualquier paciente cuyo ingreso familiar sea inferior al 400 % del FPL, que no esté cubierto por un seguro de terceros o que, si está cubierto por un seguro de terceros, no pueda pagar la cantidad adeudada por la responsabilidad del paciente después de que el seguro pague su parte de la cuenta, es elegible para solicitar asistencia económica bajo el Programa de asistencia económica de TFHD.

2. El Programa de asistencia económica de TFHD usa una única solicitud de paciente unificada para la atención caritativa completa y para la atención caritativa parcial con descuento. El proceso está diseñado para darle a cada solicitante la oportunidad de solicitar el máximo beneficio de asistencia económica para el que pueda calificar. La solicitud de asistencia económica da información del paciente necesaria para determinar la calificación del paciente por el hospital, y dicha información se usará para determinar la cobertura máxima bajo el Programa de asistencia económica de TFHD para el que el paciente o la familia del paciente pueden calificar.
3. Los pacientes elegibles pueden solicitar asistencia económica bajo el Programa de asistencia económica de TFHD completando una solicitud siguiendo las instrucciones de solicitud, junto con la documentación y la información de cobertura de beneficios médicos suficiente para determinar la elegibilidad del paciente para la cobertura bajo el programa. La elegibilidad por sí sola no constituye un derecho a recibir asistencia económica bajo el Programa de asistencia económica de TFHD. TFHD debe completar un proceso de evaluación del solicitante y determinar, según esta política, si se dará asistencia económica.
4. El Programa de asistencia económica de TFHD depende de la cooperación de pacientes individuales para determinar quién puede ser elegible para recibir asistencia total o parcial. Para facilitar la recepción de información financiera precisa y oportuna del paciente, TFHD usará una solicitud de asistencia económica. A todos los pacientes sin una cobertura económica adecuada mediante un seguro de terceros se les dará la oportunidad de completar la solicitud de asistencia económica. A los pacientes sin seguro también se les dará información, asistencia y remisiones a programas patrocinados por el gobierno para los que puedan ser elegibles. Los pacientes asegurados que no pueden pagar sus obligaciones como pacientes después de que su seguro haya pagado, o quienes experimentan costos médicos elevados, también pueden ser elegibles para recibir asistencia económica. A cualquier paciente que quiera recibir ayuda económica se le pedirá que complete una solicitud de asistencia económica.
5. La solicitud de asistencia económica se da a todos los pacientes con estados de cuenta. También está disponible a solicitud del paciente.
6. En la medida que lo considere necesario, a su exclusivo y razonable criterio, TFHD puede requerir que un solicitante de asistencia económica presente información complementaria además de una solicitud de asistencia económica completa para dar:
 - a. Confirmación de la cobertura de ingresos y beneficios médicos del paciente;
 - b. Otra documentación necesaria para confirmar la calificación del solicitante para recibir asistencia económica; y
 - c. Documentación que confirme la decisión del hospital de dar asistencia económica, si se da dicha asistencia.
7. Sin embargo, es posible que no se requiera una solicitud de asistencia económica completa si TFHD determina, a su exclusivo criterio, que tiene suficiente información del paciente para tomar una decisión de calificación para asistencia económica.

PROCEDIMIENTOS:

A. Calificación: Atención caritativa completa y atención caritativa parcial con descuento

1. La elegibilidad para recibir asistencia económica se determinará según la capacidad de pago del paciente o de su familia y de otros factores establecidos en esta política. La elegibilidad para recibir asistencia económica no se basará de ninguna manera en la edad, el género, la orientación sexual, la etnia, el país de origen, la condición de veterano, la discapacidad o la religión.
2. El paciente o el representante de la familia del paciente que solicita ayuda para cumplir su obligación económica con TFHD deberá hacer todos los esfuerzos razonables para presentar la información necesaria para que TFHD pueda tomar una determinación de calificación para recibir ayuda económica. TFHD dará orientación y asistencia a los pacientes o sus representantes familiares, según sea razonablemente necesario, para facilitar la finalización de las solicitudes del programa. Es posible que se requiera completar la solicitud de asistencia económica y presentar toda o parte de la información complementaria requerida para establecer la calificación para el Programa de asistencia económica.
3. La concesión de asistencia económica se determinará después de que el paciente o el representante de la familia del paciente establezcan su elegibilidad bajo los criterios contenidos en esta política, según pueda modificarse ocasionalmente. Aunque no se dará asistencia económica de manera discriminatoria o arbitraria, TFHD conserva total discreción, según esta política, las leyes y las reglamentaciones, para determinar cuándo un paciente ha dado evidencia suficiente para establecer su elegibilidad para recibir asistencia económica y qué nivel de asistencia económica recibirá un paciente elegible.
4. Salvo que TFHD apruebe lo contrario, los pacientes o sus representantes de familia deben completar una solicitud para el Programa de asistencia económica para calificar para la elegibilidad. La solicitud y los documentos complementarios requeridos se envían al área de Orientación financiera en TFHD.
5. La elegibilidad para pagos con descuento o atención caritativa se determinará en cualquier momento y no hay límites de tiempo para presentar la solicitud. No se negará la elegibilidad de las solicitudes por el momento en que el paciente presente su solicitud.
6. TFHD destinará personal capacitado para revisar las solicitudes de asistencia económica, para verificar que estén completas y sean precisas. Las revisiones de las solicitudes se completarán lo más rápido posible considerando la necesidad del paciente de una respuesta oportuna.
7. La aprobación de una solicitud de asistencia económica a pacientes elegibles la hará únicamente personal aprobado de TFHD según los siguientes niveles de autoridad:
 - a. Consejero económico: Cuentas de menos de \$2,500
 - b. Director de acceso de pacientes: Cuentas de menos de \$10,000
 - c. Director financiero: Cuentas de menos de \$50,000
 - d. Director ejecutivo: Cuentas mayores a \$50,000

8. Los factores que se consideran para determinar si se debe dar asistencia económica a una persona bajo esta política pueden incluir (pero no se limitan a):
 - a. Alcance del seguro de terceros;
 - b. Ingresos familiares basados en declaraciones de impuestos o recibos de pago recientes;
 - c. La naturaleza y el alcance de los servicios para los que el paciente busca asistencia económica;
 - d. Para los pacientes mayores de 18 años, la familia incluye al cónyuge del paciente, su pareja de hecho registrada y sus hijos dependientes menores de 21 años, ya sea que vivan en casa o no. Para los pacientes menores de 18 años, la familia incluye a los padres del paciente, a los parientes cuidadores y a otros hijos menores de 21 años del padre o cuidador. Si un paciente indica que tiene un dependiente en su declaración de impuestos sobre la renta, según las reglas del Servicio de Impuestos Internos, esa persona puede considerarse un dependiente a los efectos de determinar la elegibilidad para recibir asistencia económica.
 - e. No podemos exigir que un paciente solicite Medicare, Medi-Cal u otra cobertura antes de que se lo evalúe o se le dé un pago con descuento. Sin embargo, requerimos que el paciente participe en la evaluación de elegibilidad para Medi-Cal y Medicaid.
 - f. Presupuesto de hospital para asistencia económica;
 - g. Otros criterios establecidos en esta política.
9. La asistencia económica se dará según la consideración de cada solicitud individual de asistencia económica, bajo el Programa de asistencia económica establecido en esta política.
10. Se puede dar asistencia económica para atención caritativa completa o atención caritativa parcial con descuento, según esta política del Programa de asistencia económica.
11. Una vez dada, la asistencia económica se aplicará únicamente a los servicios específicos y las fechas de servicio para los que TFHD haya aprobado la solicitud. En los casos de atención relacionada con el diagnóstico de un paciente que requiera servicios relacionados continuos y permanentes, el hospital, a su exclusivo criterio, puede tratar dicha atención continua como un caso único para el que la calificación se aplica a todos los servicios relacionados continuos prestados por el hospital. No se incluirán otros saldos de cuentas de pacientes preexistentes pendientes en el momento de la determinación de calificación por el hospital, a menos que TFHD los solicite y los apruebe según esta política.

B. Criterios de calificación para atención caritativa completa o atención caritativa parcial con descuento

1. Límite a la responsabilidad del paciente por los servicios prestados a pacientes elegibles para recibir asistencia económica:

Una vez completado el proceso de solicitud de asistencia económica, si se establece que el ingreso familiar del paciente es igual o inferior al 400 % del FPL actual, y el paciente cumple todos los otros requisitos de calificación del Programa de asistencia económica, la parte total de la factura correspondiente a la responsabilidad del paciente por los servicios prestados no será mayor que la cantidad que Medicare habría pagado por los servicios, neto de cualquier seguro de terceros (“el Descuento básico”). Esto se aplicará a todos los servicios de hospital para pacientes hospitalizados, ambulatorios y de emergencia médicamente necesarios prestados por TFHD.

2. Asistencia económica para servicios de emergencia

Si una persona recibe servicios de emergencia y solicita asistencia económica bajo el Programa de asistencia económica, se aplicará lo siguiente:

- a. Si el ingreso familiar del paciente es igual o inferior al 200 % o menos del FPL actual, y el paciente cumple todos los otros requisitos de calificación del Programa de asistencia económica, se le dará al paciente atención caritativa completa para los servicios de emergencia prestados.
- b. Si el ingreso familiar del paciente está entre el 201 % y el 400 % del FPL actual, y el paciente cumple todos los otros requisitos de calificación del Programa de asistencia económica, se le dará al paciente atención caritativa con descuento parcial para servicios de emergencia prestados según lo siguiente:
 - i. La atención del paciente no está cubierta por el seguro de terceros. Si los servicios no están cubiertos por un seguro de terceros, la obligación de pago del paciente será un porcentaje de la cantidad bruta que el programa Medicare habría pagado por el servicio si el paciente fuera beneficiario de Medicare. El porcentaje real pagado por cada paciente individual se basará en la escala variable que se muestra en la Tabla 1 abajo:

TABLA 1

Programa de pago de escala variable

Porcentaje familiar del FPL	Porcentaje de la cantidad a pagar de Medicare (sujeto a un descuento adicional si TFHD determina, a su entera discreción, que circunstancias inusuales justifican un descuento adicional).
201 – 215 %	10 %
216 – 230 %	20 %
231 – 245 %	30 %
246 – 260 %	40 %
261 – 275 %	50 %

276 – 290 %	60 %
291 - 305 %	70 %
306 - 320 %	80 %
321 – 335 %	90 %
336 – 400 %	100 %

- ii. La atención del paciente está cubierta por un seguro de terceros. Si los servicios están cubiertos por un seguro de terceros, pero dicha cobertura o responsabilidad es insuficiente para pagar los cargos facturados de TFHD, lo que deja al paciente responsable de una parte de los cargos facturados (incluyendo, sin limitación, cualquier deducible o copago aplicable), la obligación de pago del paciente será una cantidad igual a la diferencia entre la cantidad bruta pagada por el seguro de terceros y la cantidad bruta que Medicare habría pagado por el servicio si el paciente fuera un beneficiario de Medicare. Si la cantidad pagada por el seguro de terceros excede lo que hubiera pagado Medicare, el paciente no tendrá ninguna obligación de pago adicional. En ningún caso la obligación del paciente de pagar un porcentaje de la cantidad no pagada será mayor que los porcentajes de las cantidades que Medicare pagaría por los mismos servicios establecidos en la Tabla 1, arriba.
 - c. Si un paciente que cumple todos los otros requisitos del Programa de asistencia económica cuyo ingreso familiar es mayor al 400 % del FPL actual, o tiene un ingreso familiar menor al 400 % del FPL y busca un descuento para servicios de emergencia mayor que el descuento establecido arriba, entonces TFHD puede decidir, a su exclusivo criterio, si dará dicha asistencia económica y en qué medida será, si se dará. Cuando tome su decisión, TFHD podrá considerar los siguientes factores, sin limitación:
 - i. La necesidad del paciente de recibir asistencia económica.
 - ii. El alcance de los recursos caritativos limitados de TFHD y si se aprovechan mejor prestando estos servicios con un descuento adicional o si hay otros pacientes con mayor necesidad inmediata de la asistencia caritativa de TFHD.
3. Asistencia económica para servicios que no son de emergencia:
- Si un paciente solicita asistencia económica para servicios que no son de emergencia (con excepción de la clínica de atención primaria, clínica multidisciplinar de atención médica, atención médica a domicilio, hospicio o servicios de enfermería especializada, que están cubiertos como se describe abajo), se aplicará lo siguiente:
- Si el ingreso familiar del paciente es de menos del 400 % del FPL y cumple todos los otros requisitos de calificación del Programa de asistencia económica, al paciente se le dará el descuento básico. TFHD puede decidir, a su exclusivo criterio, si se dará asistencia económica adicional y en qué medida, por ejemplo, si se dará el nivel de asistencia que recibiría el paciente si hubiera recibido servicios de emergencia.

- a. TFHD decidirá, a su exclusivo criterio, si dará o no asistencia económica además del descuento básico y en qué medida. Solo se considerarán los servicios médicamente necesarios. Cuando tome su determinación, TFHD puede, además de cualquier otro criterio establecido en esta política y sin limitación, considerar los siguientes factores:
 - i. El grado de urgencia de que los servicios se presten con prontitud.
 - ii. Si los servicios deben hacerse en TFHD o si hay otros proveedores en el área geográfica del paciente que podrían prestar los servicios en cuestión.
 - iii. Si los servicios se pueden hacer de manera más eficiente en TFHD o si hay otros proveedores que podrían prestarlos de manera más eficiente.
 - iv. En qué medida, si la hubiera, los recursos caritativos limitados de TFHD se emplean mejor en la prestación del servicio solicitado y si hay otros con mayor necesidad inmediata de la asistencia caritativa de TFHD.
 - v. La necesidad del paciente de recibir asistencia económica.
 - vi. Cualquier otro hecho que, a exclusivo criterio de TFHD, sea apropiado tener en cuenta cuando se considere la solicitud de asistencia económica del paciente.

C. Reembolsos

Si se determina que un paciente es elegible para recibir asistencia económica por servicios para los que él/ella o su garante ha hecho un depósito o pago parcial, y se determina que al paciente se le debe un reembolso porque los pagos ya hechos exceden la responsabilidad del paciente bajo esta política, cualquier reembolso adeudado se procesará bajo la Política de Crédito y Cobranza de TFHD, que establece, en la parte pertinente, lo siguiente: “En el caso de que un paciente o el garante del paciente haya hecho un pago de depósito u otro pago parcial por servicios y posteriormente se determine que califica para recibir asistencia económica total o asistencia económica parcial con descuento, todas las cantidades pagadas que excedan la obligación de pago, si la hubiera, según lo determinado por el proceso del Programa de asistencia económica, se reembolsarán al paciente. Cualquier pago en exceso adeudado al paciente bajo esta obligación no podrá aplicarse a otras cuentas de saldo abierto o deudas que se deben a TFHD por el paciente o el representante de familia. Toda o cualquier cantidad adeudada deberá reembolsarse al paciente o al representante de familia en un período de tiempo razonable”. TFHD no está obligado a reembolsar a un paciente si: han pasado más de cinco años desde el último pago del paciente al hospital/comprador de la deuda, o la deuda del paciente se vendió antes del 1 de enero de 2022, según la ley en ese momento.

D. Clínicas de atención primaria y de especialidades múltiples

TFHD opera ciertas clínicas ambulatorias que pueden estar lejos del campus principal del hospital. Por el menor costo de estos servicios hechos en forma ambulatoria, a los servicios de consulta externa y honorarios profesionales prestados en estas clínicas ambulatorias se les aplicará lo siguiente:

1. Los pacientes de la clínica son pacientes del hospital y completarán el mismo formulario básico de solicitud de asistencia económica.
2. Los ingresos familiares del paciente se determinarán principalmente mediante recibos de sueldo.

3. No se requerirán declaraciones de impuestos como prueba de ingresos a menos que el área de Orientación financiera determine que es razonable y necesario por circunstancias inusuales.
4. Una carta de certificación del paciente se puede usar de forma limitada, cuando sea apropiado, para las circunstancias de un paciente individual.
5. Sujeto a la consideración de los factores establecidos en el párrafo 3 anterior para servicios que no sean de emergencia, que TFHD determinará a su exclusivo criterio, los pacientes pagarán una tarifa reducida según la escala variable mostrada abajo. Si el paciente está cubierto por una obligación de un tercero, la obligación del paciente será pagar la diferencia entre la cantidad pagada por el tercero y las cantidades de la escala variable, si los hubiera.

Escala variable de la clínica

<i>Calificación FPL del paciente/familia</i>	<i>Cantidad del pago adeudado por visita en la clínica</i>
Ingresos menores o iguales al 200 %	Tarifa fija de \$25 por visita
Ingresos entre 201 % y 400 %	Tarifas actuales de Medicare

E. Servicios de atención médica a domicilio y de hospicio

TFHD opera servicios de atención médica a domicilio y de hospicio que están fuera del campus del hospital y dan atención y servicios en las casas de los pacientes, según las directrices de Medicare y Medi-Cal/Medicaid. Por el menor costo relacionado con la prestación de atención en casa para pacientes confinados en sus domicilios, frente al costo adicional relacionado con el transporte y el seguimiento en la clínica ambulatoria o el hospital, se aplicará lo siguiente a los servicios prestados en el domicilio:

1. Los pacientes de atención médica a domicilio y de hospicio son pacientes de TFHD, y completarán el mismo formulario básico de solicitud de asistencia económica.
2. Los ingresos familiares del paciente se determinarán principalmente mediante recibos de sueldo.
3. No se requerirán declaraciones de impuestos como prueba de ingresos a menos que el personal de Orientación financiera o de Atención médica a domicilio y de hospicio determine que es razonable y necesario por circunstancias inusuales.
4. Una carta de certificación del paciente se puede usar de forma limitada, cuando sea apropiado, para las circunstancias de un paciente individual.
5. Sujeto a la consideración de los factores establecidos arriba para servicios que no sean de emergencia, que TFHD determinará a su exclusivo criterio, los pacientes pagarán una tarifa reducida según la escala variable mostrada abajo. Si el paciente está cubierto por una obligación de un tercero, la obligación del paciente será pagar la diferencia entre la cantidad pagada por el tercero y las cantidades de la escala variable, si los hubiera.

Escala variable de atención médica a domicilio y de hospicio

<i>Calificación FPL del paciente/familia</i>	<i>Cantidad del pago adeudado por visita a domicilio</i>
Ingresos menores o iguales al 200 %	50 % de la tasa de pago de Medicare
Ingresos entre 201 % y 400 %	Tarifas actuales de Medicare

F. Servicios de enfermería especializada de partes diferenciadas

1. Los servicios de enfermería especializada también son muy diferentes en naturaleza a los servicios de atención aguda para pacientes hospitalizados, ambulatorios y de emergencia. Los pacientes en un centro de enfermería especializada con frecuencia son residentes del hospital y requieren programas especiales diseñados para cubrir sus necesidades de atención de largo plazo.
2. Dada la naturaleza única de dar atención a pacientes de centros de enfermería especializada, se aplicarán los siguientes requisitos de asistencia económica:
 - a. Todos los pacientes de enfermería especializada o sus representantes de familia deberán completar la solicitud de asistencia económica de TFHD y presentar los documentos de respaldo, según lo requiera la solicitud estándar.
 - b. Los pacientes pagarán una tarifa reducida según la siguiente escala variable Escala variable de enfermería especializada de partes diferenciadas.

<i>Calificación FPL del paciente/familia</i>	<i>Cantidad del pago adeudado por servicios de enfermería especializada de partes diferenciadas</i>
Ingresos menores o iguales al 200 %	50 % de la tasa de pago de Medi-Cal
Ingresos entre 201 % y 400 %	100 % de la tasa de pago de Medi-Cal

G. Planes de pago

1. Cuando TFHD haya tomado la decisión de dar atención caritativa parcial con descuento, se le puede dar al paciente la opción de pagar parte o la totalidad de la cantidad pendiente mediante un plan de pago a plazo programado, como alternativa a un pago único de suma global.
2. TFHD hablará de las opciones de planes de pago con cada paciente que solicite hacer arreglos para pagos a largo plazo. Se organizarán planes de pago individuales según la capacidad del paciente para cumplir eficazmente los términos de pago. Como regla general, los planes de pago se estructurarán para que no duren más de tres (3) meses.

Además, TFHD trabaja con un proveedor externo si los pacientes necesitan plazos de plan de pago que excedan los tres (3) meses. Los términos del plan de pago están sujetos a los requisitos del proveedor. TFHD negociará de buena fe con el paciente; sin embargo, no hay una obligación de aceptar las condiciones de pago que ofrezca el paciente. No se cobrarán intereses a las cuentas de pacientes calificados por la duración de cualquier plan de pago acordado, según las disposiciones de la Política de asistencia económica.

3. Podemos exigir que un paciente o garante pague al hospital cualquier cantidad enviada directamente al paciente por terceros pagadores, incluso provenientes de acuerdos legales, sentencias o laudos.

H. Circunstancias especiales

1. Cualquier solicitud de asistencia económica por o en nombre de pacientes cubiertos por el Programa Medicare debe hacerse antes de que TFHD complete el servicio.
2. Si se determina que un paciente no tiene donde vivir, puede considerarse elegible para recibir atención caritativa, a exclusivo criterio de TFHD.
3. Los pacientes fallecidos que no tengan cobertura de terceros, un patrimonio identificable o para quienes no se hará una audiencia sucesoria, pueden considerarse elegibles para recibir atención caritativa, a exclusivo criterio de TFHD.
4. Los cargos por pacientes que reciben servicios de emergencia para quienes TFHD no puede emitir un estado de cuenta pueden cancelarse como atención caritativa completa. Todas estas circunstancias deberán identificarse en las notas de la cuenta del paciente como parte esencial del proceso de documentación.

I. Otras circunstancias elegibles

1. TFHD considera que esos pacientes que son elegibles para el programa de asistencia para personas de bajos ingresos patrocinado por el gobierno (p. ej., Medi-Cal/Medicaid y cualquier otro programa estatal o local de bajos ingresos aplicable) son elegibles según la Política de asistencia económica cuando se prestan servicios que no están cubiertos por el programa gubernamental. Por ejemplo, los servicios a pacientes que califican para Medi-Cal/Medicaid, y otros programas que atienden las necesidades de pacientes de bajos ingresos que el programa gubernamental no cubre, son elegibles para la cobertura del Programa de asistencia económica. Según la Política de asistencia económica de TFHD, estos saldos de cuentas de pacientes resultantes no reembolsados son elegibles para una cancelación total como atención caritativa completa. Se incluyen específicamente como atención caritativa los cargos relacionados con estancias denegadas, días de atención denegados y servicios no cubiertos. Todas las denegaciones de Solicitud de autorización de tratamiento (TAR) y cualquier falta de pago por servicios no cubiertos prestados a Medi-Cal/Medicaid y otros pacientes cubiertos por programas calificados para personas de bajos ingresos, y otras denegaciones (p. ej., cobertura restringida) deben clasificarse como atención caritativa si, en el momento en que se prestaron los servicios, TFHD creía que los servicios prestados eran médicamente necesarios.
2. La parte de las cuentas de pacientes de Medicare (a) por la que el paciente es financieramente responsable (cantidades de coseguro y deducible), (b) que no está

cubierta por el seguro ni ningún otro pagador, incluyendo Medi-Cal/Medicaid, y (c) que no reembolsa Medicare como una deuda incobrable, puede clasificarse como atención caritativa si:

- a. El paciente es beneficiario de Medi-Cal/Medicaid u otro programa que atiende las necesidades de atención médica de pacientes de bajos ingresos; o
- b. De lo contrario, el paciente califica para recibir asistencia económica bajo esta política y solo hasta el alcance de la cancelación prevista en esta política.

J. Consideraciones sobre atención catastrófica

1. No obstante, los pacientes que no califican para atención caritativa o atención caritativa parcial con descuento pueden ser elegibles para recibir asistencia económica en caso de una enfermedad o condición que califique como un suceso catastrófico. La determinación de un suceso catastrófico se hará caso por caso. La determinación de un suceso catastrófico se basará en la cantidad de la responsabilidad del paciente según los cargos facturados y la consideración de los ingresos y activos familiares de la persona, según lo informado en el momento del suceso. La gerencia podrá usar su discreción razonable caso por caso para determinar si una persona o familia es elegible para recibir asistencia económica en caso de un suceso catastrófico y en qué medida lo es. La asistencia económica se hará en forma de un descuento porcentual de algunos o todos los cargos mensuales aplicables. La Tabla de elegibilidad para sucesos catastróficos se usará como guía por la gerencia para determinar la elegibilidad y el nivel de cualquier asistencia económica. La Tabla de elegibilidad para sucesos catastróficos no garantiza que cualquier persona recibirá asistencia económica, ni el nivel de asistencia dada.

K. Criterios para la reasignación de deuda incobrable a atención caritativa

1. TFHD hará todos los intentos para considerar que los pacientes no son elegibles para recibir asistencia económica antes de enviar las cuentas a cobranzas. Las cuentas de pacientes solo se asignarán a cobranzas cuando estén muy atrasadas y los pacientes a) se hayan determinado como no elegibles para la asistencia económica b) no hayan respondido a los intentos de facturar u ofrecer asistencia económica durante 180 días.
2. Cualquier cuenta devuelta a TFHD por una agencia de cobranzas que haya determinado que el paciente o el representante de familia no tiene los recursos para pagar su factura, puede considerarse elegible para la atención caritativa. La documentación de la incapacidad del paciente o del representante de familia para pagar los servicios se mantendrá en la documentación de atención caritativa. También se podrá pedir una solicitud.

L. Determinación

1. Una vez que se determine la elegibilidad, se enviará una carta indicando el estado de la determinación al paciente o al representante de familia. La carta de estado de determinación indicará uno de los siguientes:
 - a. Aprobación: La carta indicará que se ha aprobado la asistencia económica, el nivel de asistencia y cualquier obligación pendiente o futura del paciente.

- b. Denegación: Si el paciente no es elegible para recibir asistencia económica por sus ingresos o tipo de servicio, se le explicarán las razones de la denegación de la elegibilidad. También se identificará cualquier cantidad pendiente de pago que tenga el paciente.
- c. Incompleto: Se informará al solicitante de por qué la solicitud de asistencia económica está incompleta. Se identificará toda la información pendiente y se solicitará que se presente al TFHD.

M. Reconsideración de la denegación de elegibilidad

1. Si un paciente impugna la determinación de elegibilidad de TFHD, el paciente puede presentar una solicitud por escrito de reconsideración ante TFHD en un plazo de 60 días después de recibir la notificación de elegibilidad. La solicitud escrita debe contener una explicación completa de la disputa del paciente y la justificación de la reconsideración. Cualquier documentación adicional relevante para respaldar el reclamo del paciente deberá adjuntarse a la apelación escrita.
2. Todas y cada una de las apelaciones las revisará el director financiero de TFHD. El director financiero o la persona que este designe considerará todas las declaraciones escritas de disputa y cualquier documentación adjunta. Después de completar una revisión de los reclamos del paciente, el director financiero deberá dar al paciente una explicación escrita de los resultados de la reconsideración de la elegibilidad del paciente. Todas las determinaciones del director financiero serán definitivas. No hay más apelaciones.
3. Todas las decisiones discrecionales de TFHD no estarán sujetas a revisión o reconsideración adicional.

N. Aviso público

1. TFHD publicará avisos informando al público sobre el Programa de asistencia económica. Dichos avisos se publicarán en áreas de servicio para pacientes hospitalizados y ambulatorios de gran volumen del hospital, incluyendo, entre otros, el departamento de emergencias, la oficina de facturación, las áreas de admisión de pacientes hospitalizados y de registro de pacientes ambulatorios u otras áreas de espera frecuentes para pacientes del hospital. También se colocarán avisos en cualquier lugar donde un paciente pueda pagar su factura. Los avisos incluirán información de contacto sobre cómo un paciente puede obtener más información sobre la asistencia económica, y dónde solicitar dicha asistencia. Los avisos también incluirán información sobre cómo obtener solicitudes para una posible cobertura mediante Covered California y Medi-Cal, e información de contacto de Health Consumer Alliance.
2. Estos avisos se publicarán en inglés, español y cualquier otro idioma que sea representativo del idioma principal de más del 5 % de los residentes en el área de servicio del hospital.
3. A los pacientes se les notifica en el momento del servicio que puede haber atención caritativa o asistencia económica disponible en la [Guía de facturación y asistencia económica](#).

4. Los pacientes recibirán una solicitud como parte del ciclo de facturación. Es posible que se solicite documentación adicional e información del paciente después de la solicitud inicial.
5. TFHD muestra un resumen de su programa de asistencia económica en su sitio web.
 - a. Una copia de esta Política de asistencia económica estará disponible para el público en forma razonable.

O. Confidencialidad

Se reconoce que la necesidad de asistencia económica es una cuestión delicada y profundamente personal para los destinatarios. Se mantendrá la confidencialidad de las solicitudes, la información y el financiamiento de todos los que busquen o reciban asistencia económica. La orientación y la selección del personal que implementará esta política debe estar guiada por estos valores.

P. Requisitos de buena fe

1. TFHD hace arreglos para dar asistencia económica a pacientes calificados de buena fe y confía en el hecho de que la información presentada por el paciente o el representante de familia sea completa y precisa.
2. La prestación de asistencia económica no elimina el derecho a facturar, ya sea de manera retroactiva o en el momento del servicio, todos los servicios de atención caritativa completa o de atención caritativa con descuento parcial cuando el paciente o el representante de familia haya ocultado información intencionalmente o haya dado información inexacta, en la medida en que dicha información inexacta u ocultada afecte la elegibilidad del paciente para recibir asistencia económica o cualquier asistencia económica dada a discreción de TFHD. Además, TFHD se reserva el derecho de buscar todos los recursos, incluyendo, entre otros, recursos civiles y penales de esos pacientes o representantes de familia que hayan ocultado o dado intencionalmente información inexacta para calificar para el Programa de asistencia económica de TFHD.

Referencias:

Ver Actas de las reuniones de la Junta Directiva del TFHD del 26 de enero de 2015 y del 24 de mayo de 2011;

La Ley de Protección al Paciente y Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio, Ley Pública 111–148 (124 Est. 119)

(2010) artículo 9007; Código de Salud y Seguridad, artículos 127360-127360; Código de Salud y Seguridad, artículos 127400-127440