

	Fecha de entrada en vigencia original: enero de 2013 Fecha de la última revisión: octubre de 2015 Fecha de entrada en vigencia de la revisión: enero de 2016	Página 1 de 11	Número de política CA-FIN-501
	Asunto: Atención médica caritativa y descuento de California Política de pago		Autorización: Vicepresidenta, Ciclo de ingresos

Propósito:

El propósito de esta política es establecer las políticas de atención médica de emergencia y de asistencia financiera de Providence Health & Services (PH&S), las cuales están diseñadas para promover el acceso a atención médicamente necesaria para aquellas personas que no tienen la posibilidad de pagar, y ofrecer un descuento sobre los cargos facturados a aquellos que solo pueden pagar una parte de los costos de su atención. Estos programas se aplican únicamente a emergencias y a otros servicios de atención de salud médicamente necesarios proporcionados por PH&S. Esta política y los programas de asistencia financiera descritos en este documento constituyen la Política de asistencia financiera oficial ("FAP", por sus siglas en inglés) y la política de atención médica de emergencia para cada hospital propiedad de PH&S dentro del estado de California o rentado u operado por PH&S dentro de dicho estado.

Hospitales de PH&S en California:

Providence Saint Joseph Medical Center, Providence Holy Cross Medical Center, Providence Little Company of Mary Medical Center San Pedro, Saint John's Health Center, Providence Tarzana Medical Center y Providence Little Company of Mary Medical Center Torrance.

Política:

PH&S es una organización católica de atención médica guiada por el compromiso con su misión y valores centrales, diseñada para revelar el amor de Dios hacia todos, especialmente los carenciados y vulnerables, a través de servicios humanitarios. Es parte de la filosofía y práctica de cada ministro de PH&S que los servicios de atención de salud médicamente necesarios estén disponibles para los miembros de la comunidad y para aquellas personas con necesidad médica emergente, sin demoras, sin importar su capacidad de pago. Para los fines de esta política, "asistencia financiera" incluye atención médica caritativa y otros programas de asistencia financiera ofrecidos por PH&S.

1. PH&S cumplirá con las leyes y reglamentaciones estatales y federales relacionadas con los servicios médicos de emergencia, asistencia financiera al paciente y atención médica caritativa.
2. PH&S proporcionará atención médica caritativa a pacientes elegibles que no cuenten con otras fuentes principales de pago para eximirlos de la totalidad o parte de sus obligaciones financieras relacionadas con servicios de atención de salud médicamente necesarios de PH&S.
3. De conformidad con sus valores centrales, PH&S brindará atención médica caritativa a pacientes elegibles de forma respetuosa, humanitaria, justa, consistente, efectiva y eficiente.
4. PH&S no discrimina por motivos de edad, raza, color, credo, etnia, religión, nacionalidad de origen, estado civil, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad, estado militar o condición de veterano, ni por cualquier otra razón prohibida por la legislación federal, estatal o local al realizar determinaciones de atención médica caritativa.
5. En circunstancias atenuantes, PH&S puede, según su criterio, aprobar asistencia financiera fuera del alcance de esta política. La caridad incobrable/presunta está aprobada debido, entre otros motivos, al diagnóstico social, falta de hogar, bancarrota, fallecimiento sin patrimonio, antecedente de incapacidad de pago por parte individuos que no son pacientes/garantes y por el motivo por el que la asignación de una agencia de recaudación no generaría la resolución de la cuenta.

6. Esta política debe interpretarse e implementarse de manera tal que cumpla plenamente el Proyecto de ley 774 de la Asamblea de California, codificado en la Sección del Código de Salud y Seguridad 127400 *et. seq.*, en vigencia a partir del 1.º de enero de 2007, de acuerdo con la revisión del Proyecto de ley 350 del Senado del estado de California, validez 1.º de enero de 2008, Proyecto de ley 1503 de la Asamblea, en vigencia a partir del 1.º de enero de 2011 y Proyecto de ley 1276 del Senado, en vigencia a partir del 1.º de enero de 2015. Todas las agencias de recaudación que representan a los centros de Providence Health and Services Southern California (PHSSC) deben cumplir con la Sección 127400 *et. seq.* del Código de Salud y Seguridad, según enmiendas y políticas aplicables de PHSS respectivo de las agencias de recaudación. Consulte la Política de la oficina comercial regional, GOV-107, Política de Normas y Prácticas de Recaudación de Deudas.

Definiciones:

7. **“Atención médica caritativa”** se refiere a la asistencia financiera completa para pacientes elegibles, para eximirlos completamente de sus obligaciones financieras relacionadas con servicios de atención médica electivos elegibles o médicamente necesarios (caridad total).
8. **“Pago con descuento”** se refiere a la asistencia financiera parcial para pacientes elegibles, para eximirlos parcialmente de sus obligaciones financieras relacionadas con servicios de atención médica opcionales electivos elegibles o médicamente necesarios (caridad parcial).
9. Los **cargos brutos** son los cargos totales respecto de las tarifas totales establecidas del centro para la provisión de servicios de atención del paciente antes de aplicar las deducciones sobre los ingresos. Los cargos brutos nunca se facturan a los pacientes que califican para recibir caridad parcial o descuentos sobre pagos privados.
10. **Descuento sobre pago privado** es un descuento otorgado a pacientes que no califican para recibir asistencia financiera y que no cuentan con un tercero pagador o cuyo seguro no cubre los servicios brindados o que han agotado sus beneficios. Consulte la Política de Descuento sobre Pago Privado, CA-FIN-5003.
11. **Médico de emergencia** se refiere a un médico y cirujano certificado de acuerdo con el Capítulo 2 (comenzando en la Sección 2000) del Código Comercial y de Profesiones que se encuentra autorizado por un hospital y empleado o contratado por el hospital para brindar servicios médicos de emergencia en el departamento de emergencias del hospital, excepto que un “médico de emergencia” no incluye a un médico especialista que se solicite en el departamento de emergencias de un hospital o que forme parte del personal o tenga privilegios en el hospital, fuera del departamento de emergencias. Los médicos de la sala de emergencias que brindan servicios médicos de emergencia a pacientes en los hospitales de PHSSC deben, de acuerdo con las leyes de California, otorgar descuentos a pacientes sin seguro o que tienen costos médicos muy elevados y que se encuentran en el 350 % o menos respecto del nivel federal de pobreza.
12. **Proveedores sujetos a la FAP de PH&S:** Además de cada hospital de PH&S aplicable, todos los médicos y demás proveedores que brindan atención a pacientes de PH&S durante una hospitalización están sujetos a estas políticas salvo especificación contraria. El apéndice A indica dónde los pacientes pueden obtener la(s) lista(s) de todos los proveedores que brindan atención en los departamentos de los hospitales de PH&S, y si están o no sujetos a la Política de asistencia financiera de PH&S. Esta lista se encuentra disponible en línea en www.providence.org y también de en formato impreso solicitándola al asesor financiero en el hospital.
13. **Servicios elegibles conforme a la política:** La política de atención médica caritativa y el pago con descuento se aplica a todos los servicios proporcionados a pacientes elegibles que reciben atención médicamente necesaria o de emergencia y atención electiva elegible, lo cual incluye pacientes que realizan pagos por cuenta propia y obligaciones de copago requeridas por terceros pagadores, que incluye los montos de costos compartidos de Medicare y Medi-Cal, en los que se determina que el paciente no tiene la capacidad financiera para pagar. La atención de salud médicamente necesaria incluye lo siguiente:
 - a. servicios de emergencia en el departamento de emergencias;
 - b. servicios para una afección que, si no se trata rápidamente, puede derivar en un cambio adverso en el estado de salud del paciente;
 - c. servicios no electivos proporcionados en respuesta a circunstancias potencialmente mortales fuera del departamento de emergencias (admisiones directas);
 - d. servicios médicamente necesarios proporcionados a beneficiarios de Medicaid que no son servicios cubiertos;
 - e. cualquier otro servicio médicamente necesario determinado caso por caso por PH&S.

14. La atención de salud electiva elegible incluye lo siguiente:

- a. Los pacientes y sus médicos pueden solicitar servicios de caridad para atención electiva diferible. La atención electiva se vuelve elegible para servicios de caridad y con descuento únicamente cuando se cumplen todos los requisitos mencionados a continuación.
 - i. Un miembro del personal médico de un centro de PH&S debe presentar la solicitud de servicios de caridad.
 - ii. El paciente ya es un paciente del médico solicitante y la atención es necesaria para la buena continuidad de la atención; los procedimientos estéticos no son elegibles para servicios caritativos.
 - iii. El médico brindará servicios con la misma tasa de descuento, de acuerdo con lo establecido por el hospital en las pautas de caridad de esta política, incluida la atención gratuita.
 - iv. El paciente vive dentro del área de nuestros servicios (de acuerdo con lo establecido por PH&S).
 - v. El paciente completa una solicitud de asistencia financiera y recibe aprobación por escrito de parte de PH&S antes de recibir la atención electiva.

15. La **elegibilidad para recibir caridad** quedará determinada por una incapacidad de pago definida en esta política basada en uno o más de los siguientes criterios:

- a. **Caridad presunta:** La evaluación individual determina que no se requiere la solicitud de asistencia financiera debido a los siguientes motivos:
 - i. El paciente no tiene dirección de residencia (por ejemplo, indigente).
 - ii. Los servicios considerados elegibles conforme a esta política, pero no cubiertos por un tercero pagador fueron proporcionados a un paciente que se encuentra inscrito en algún tipo de programa de Medicaid (Medi-Cal para residentes de California) o del Programa Estatal de Indigencia (por ejemplo, que recibe servicios fuera de la cobertura restringida de Medi-Cal), o bien se les negó a los servicios la autorización de tratamiento de Medi-Cal, ya que la elegibilidad financiera para estos programas implica no tener más que activos marginales y un costo compartido definido por Medi-Cal como la capacidad máxima para pagar.
 - iii. La incapacidad del paciente para pagar se identifica a través de una búsqueda de ingresos/activos por parte de una agencia de recaudación externa. Si la agencia determina que no se presentará una demanda, la cuenta quedará inactiva y una revisión mensual por parte de PH&S determinará qué medidas se tomarán, lo cual incluye la posible aceptación de caridad y la cancelación de la agencia y la eliminación del informe crediticio.
 - iv. La incapacidad del paciente para pagar es identificada por el personal de la oficina comercial regional a través de una búsqueda de ingresos/activos realizada usando una entidad externa.
- b. **Caridad:** La evaluación individual de incapacidad de pago requiere lo siguiente:
 - i. Completar una solicitud de asistencia financiera para el Programa Mary Potter para la Dignidad Humana para todos los centros en la región de PHSSC.
 - ii. Validar que el ingreso bruto de un paciente es menor a tres veces (300 %) lo establecido en las Pautas Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) aplicables al momento en que el paciente solicita la asistencia financiera. Un paciente con este índice de ingreso se considera elegible para recibir atención médica caritativa al 100 %.
 - iii. Validar que un ingreso bruto de un paciente se encuentra entre el 100 % y el 350 % de las FPG aplicables al momento en que el paciente solicita la asistencia financiera y que su situación financiera individual (costos médicos elevados, etc.) lo hace elegible para obtener posibles descuentos en los pagos (atención de caridad parcial) o atención médica de caridad al 100 %. El centro puede considerar el ingreso y los activos monetarios del paciente al evaluar la situación financiera individual del paciente. Los activos monetarios, sin embargo, no incluirán planes de jubilación o compensación diferida calificados conforme al Código de Rentas Internas o planes de compensación diferidos no calificados. Además, los primeros diez mil dólares (\$10,000) de los activos monetarios de un paciente no deben considerarse al determinar la elegibilidad, así como tampoco debe incluirse el 50 % de los activos monetarios de un paciente sobre los primeros diez mil dólares (\$10,000) al determinar la elegibilidad. La información obtenida sobre los ingresos y los activos monetarios, sin embargo, no debe utilizarse para actividades de recaudación.

- iv. Los pacientes con ingreso bruto del 350 % o menos respecto del FPG nunca deberán más del 100 % del monto de pago que podría esperar recibir el hospital, de buena fe, por brindar servicios de Medicare, Medi-Cal, Programa para Familias Saludables u otro programa gubernamental de beneficios de salud en el que participe el hospital donde se recibió el tratamiento, el que fuere mayor. Este monto debe verificarse al menos una vez al año. Si el hospital en el que se recibió el tratamiento proporciona un servicio para el cual no existe un pago establecido por parte de Medicare u otro programa gubernamental de beneficios de salud en el que participe el hospital, este deberá establecer el pago con descuento correspondiente. Un paciente con un ingreso bruto que excede el 350 % del FPG no adeudará más que la tasa de reembolso descontado correspondiente sobre el pago privado al paciente ambulatorio u hospitalizado, o el monto de copago establecido, el que fuere menor. Además, los pacientes no asegurados y asegurados con ingresos brutos del 350 % o menos respecto del FPG que incurran en gastos médicos totales superiores al diez por ciento (10 %) del ingreso bruto anual durante los 12 meses anteriores recibirán el beneficio de caridad al 100 %. Los costos elegibles para la deducción de caridad deben incluir únicamente los montos a cargo del paciente después de la facturación del seguro y la recaudación de los montos responsabilidad del seguro.

Nota: Los cargos brutos nunca se facturan a los pacientes que califican para recibir caridad parcial o descuentos sobre pagos privados. Una vez que los cargos brutos se ajustan a la tasa de pago correspondiente privada o de Medicare, la responsabilidad del paciente no se modifica aun si eventualmente se deriva a una agencia de recaudación.

16. Bases para el cálculo de los montos cobrados a los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera

- a. Las categorías de descuentos disponibles y las limitaciones de los cargos conforme a esta política incluyen las siguientes:
 - i. **Descuento del 100 %/Atención gratuita:** Cualquier paciente o garante con ingreso familiar bruto, adaptados al tamaño de la familia, del 300 % o menos con respecto al índice federal de pobreza (“FPL”) es elegible para recibir un descuento del 100 % sobre los cargos totales del hospital por atención de emergencia o médicamente necesaria, en la medida en que el paciente o garante no sean elegibles para recibir otra cobertura de salud pública o privada.
 - ii. **Descuentos del 75 % sobre cargos:** La escala de costos variables de PH&S establecida en el Apéndice B se utilizará para determinar el monto de asistencia financiera que se brindará en forma de descuento del 75 % para pacientes o garantes con ingresos de entre el 301 % y el 350 % respecto del índice federal de pobreza después de agotar todas las posibilidades de financiamiento disponibles para el paciente o garante, o de que estas hayan sido denegadas, y de revisar los recursos y activos financieros personales para determinar una potencial financiación para pagar los cargos facturados. La asistencia financiera puede ofrecerse a pacientes o garantes con ingresos familiares que superen el 350 % con respecto al índice federal de pobreza, cuando las circunstancias indiquen dificultades financieras graves o pérdida personal.
 - iii. **Limitación de cargos para todos los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera:** Limitación de cargos para todos los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera: Ningún paciente o garante elegible para recibir cualquiera de los descuentos mencionados anteriormente será responsable en forma personal de un importe que supere el porcentaje de los “montos frecuentemente facturados” (AGB, por sus siglas en inglés) de los cargos brutos, como se define en la Reglamentación del Tesoro, Sección 1.501(r)-1(b)(2), a través del hospital de PH&S correspondiente para la emergencia u otros servicios médicamente necesarios recibidos. PH&S determina los AGB multiplicando los cargos brutos del hospital para cualquier emergencia o atención médicamente necesaria por un porcentaje fijo que se basa en las reclamaciones permitidas conforme a Medicare. Las hojas de información que detallan los porcentajes de AGB utilizados por cada Hospital de PH&S y la forma en que se calculan, pueden obtenerse visitando www.providence.org, o bien llamando al: **1-866-747-2455** para solicitar una copia impresa. Además, el monto máximo que puede cobrarse en un período de 12 meses¹ por servicios de emergencia o de atención de salud médicamente necesarios brindados a pacientes elegibles para recibir asistencia financiera es del 20 % del ingreso familiar bruto del paciente, y se encuentra sujeto a la elegibilidad continua del paciente conforme a esta política.

¹ El período de 12 meses al que aplica el monto máximo debe comenzar el primer día, luego de la fecha de entrada en vigencia de esta política, en que un paciente elegible recibe los servicios de atención médica que se determinaron elegibles (por ejemplo, servicios médicamente necesarios).

17. La atención caritativa no es lo siguiente:

- a. **Una deuda incobrable:** Una deuda incobrable es el resultado de la falta de voluntad de pago de un paciente o del hecho de no calificar para recibir asistencia financiera que, de otra manera, probaría una incapacidad de pago.
- b. **Ajuste contractual:** La diferencia entre los cargos minoristas por servicios y el monto permitido por un pagador de atención administrada contratado o gubernamental para servicios cubiertos que se deducen.
- c. **Otros ajustes:**
 - i. Los **ajustes de recuperación de servicio** se realizan cuando el paciente identifica una experiencia de atención del paciente que no es óptima.
 - ii. **Ajuste de gestión de riesgos:** situación en la que se identifica una situación de responsabilidad de riesgo potencial y la gestión de riesgo de Providence elige absorber el costo de atención y no facturar al paciente.
 - iii. **Denegación del pagador:** situación en la que el centro no pudo obtener el pago debido a facturación inoportuna de acuerdo con los términos contractuales; o denegación retroactiva del servicio por parte de un pagador de atención administrada cuando la apelación no tiene éxito.

18. **Plan de pago razonable:** plan predeterminado requerido conforme al Proyecto de ley 1276 del Senado para pacientes que califican para recibir caridad parcial cuando no puede obtenerse un plan negociado. El Proyecto de ley 1276 del Senado define el plan como pagos mensuales que no superan el 10 % del ingreso mensual familiar de un paciente, sin incluir las deducciones por gastos de subsistencia esenciales.

- a. “**Gastos de subsistencia esenciales**” hace referencia, para los fines de esta subdivisión, a gastos por cualquiera de los siguientes motivos: renta o pago de una propiedad y mantenimiento, alimentos y suministros domésticos, servicios públicos y teléfono, vestimenta, pagos médicos y odontológicos, seguro, escuela o cuidado de niños, manutención infantil o de un cónyuge, gastos por transporte y automóvil, que incluye seguro, combustible y reparaciones. Pagos en cuotas, lavado y limpieza y otros gastos extraordinarios. Los médicos del departamento de emergencias y sus cesionarios pueden depender de la determinación de ingresos y gastos del hospital para establecer un plan de pago razonable.

Proceso de evaluación:

Los pacientes o garantes pueden solicitar asistencia financiera conforme a esta política a través de cualquiera de los siguientes medios: (1) indicando al personal de servicios financieros del paciente de PH&S al momento del alta, o antes, que se requiere asistencia y presentando un formulario de solicitud y cualquier documentación, si así lo requiere PH&S; (2) descargando un formulario de solicitud del sitio web de PH&S en www.providence.org y presentando el formulario junto con cualquier documentación requerida; (3) solicitando un formulario de solicitud por teléfono, llamando al **1-866-747-2455**, y presentando el formulario; o (4) mediante cualquier otro método especificado en la Política de Facturación y Recaudación de PH&S. PH&S colocará avisos e información sobre su política de asistencia financiera en las áreas de acceso adecuadas, las cuales incluyen, entre otras, el departamento de emergencias y las áreas de admisión.

Una persona que solicita médica atención caritativa deberá someterse a un examen de detección preliminar y si el examen determina que es elegible para recibir atención médica caritativa, se le proporcionará una solicitud con instrucciones para completarla. Como parte de este proceso de selección, PH&S evaluará si el garante ha agotado las fuentes de pago de terceros o no es elegible para estas. Si la identificación del garante como una persona indigente resulta obvia para PH&S, puede que se realice una determinación de elegibilidad a primera vista y, en estos casos, es posible que PH&S no requiera una solicitud o documentación de respaldo.

Un garante que pueda ser elegible para solicitar atención médica caritativa luego del examen de detección inicial deberá presentar a PH&S documentación suficiente para respaldar una determinación de elegibilidad hasta catorce (14) días después de que se realice la solicitud o doscientos cuarenta (240) días después de la fecha de envío al paciente de la factura posterior al alta, lo que suceda después. De acuerdo con la documentación proporcionada con la solicitud de caridad, PH&S determinará si se requiere más información o si se puede realizar una determinación de caridad. Si un garante no completa razonablemente los procedimientos de solicitud adecuados dentro de los períodos especificados anteriormente, PH&S tendrá motivos suficientes para iniciar acciones de recaudación.

Una determinación inicial de estado de patrocinio y elegibilidad potencial para recibir atención médica caritativa se llevará a cabo lo más cerca posible de la fecha de servicio.

PH&S notificará al garante sobre una determinación definitiva por escrito en el transcurso de diez (10) días hábiles, después de recibir la documentación necesaria.

El garante puede apelar una determinación de inelegibilidad para recibir atención médica caritativa proporcionando a PH&S más documentación relevante en el transcurso de treinta (30) días, después de la recepción del aviso de rechazo. Se revisarán todas las apelaciones y, si la determinación de la apelación confirma el rechazo, se enviará una notificación por escrito al garante y al Departamento de Salud, de conformidad con la ley estatal. El proceso de apelación definitiva terminará en el transcurso de treinta (30) días hábiles, después de que el solicitante reciba la apelación.

Otros métodos de calificación para recibir asistencia financiera pueden ser los siguientes:

- expiración del estado legal de las limitaciones de recaudación;
- fallecimiento del garante e inexistencia de propiedades o autenticación de testamento;
- presentación de bancarrota por parte del garante;
- presentación, por parte del garante, de registros financieros que hacen que este sea elegible para recibir asistencia financiera; o
- registros financieros que indican que el ingreso del garante no se incrementará en el futuro y, por lo tanto, no podrá pagar la deuda, por ejemplo, con garantes que tienen ingresos fijos de por vida.

Facturación y recaudación: Cualquier saldo pendiente adeudado por los pacientes o garantes después de la aplicación de descuentos disponibles, si corresponde, remitido a recaudación de acuerdo con las políticas de facturación y recaudación uniforme de PH&S. Para obtener información sobre las prácticas de facturación y recaudación de PH&S para montos adeudados por pacientes o garantes, consulte la Política de Facturación y Recaudación de PH&S, la cual se encuentra disponible sin cargo en cada mesa de admisión de los hospitales de PH&S, visitando www.providence.org. Asimismo, podemos enviarle esta política si así lo solicita llamando al **1-866-747-2455**.

REFERENCIA(S)/POLÍTICAS RELACIONADAS

Pautas de caridad de la Asociación Americana de Hospitales
Pautas de caridad de la Asociación Californiana de Hospitales
Pautas de servicios caritativos de Alianza de Asistencia Médica Católica de California
Pautas de compromiso con los pacientes sin seguro de Providence Health and Services
Ley de Atención Asequible y Protección del Paciente de 2010 (Norma de exención federal) Política de descuento sobre pago privado CA-FIN-5003
Política de Normas y Prácticas de Recaudación de Deudas de la oficina comercial regional, RBO-GOV-107

COLABORACIÓN

Esta política se desarrolló con la colaboración de los siguientes departamentos:

Departamento de Finanzas de PHSSC
Departamento de Asuntos Externos de Providence Health & Services

AUTORIZACIÓN:

Teresa Spalding

Vicepresidenta, Ciclo de ingresos

Firma que consta en el archivo

Fecha

APÉNDICE A
Proveedores del hospital no sujetos a la política de asistencia financiera y descuentos asociados de PH&S

Se encuentra disponible una lista de todos los proveedores que brindan atención en los hospitales de PH&S, en la que también se indica si están o no sujetos a la Política de asistencia financiera de PH&S. Esta lista se encuentra disponible en línea en www.providence.org y también de en formato impreso solicitándola al asesor financiero en el hospital. Si un proveedor no se encuentra sujeto a la Política de asistencia financiera, el proveedor emitirá facturas a los pacientes de forma independiente por cualquier servicio profesional que brinde durante una hospitalización, de conformidad con las pautas de asistencia financiera aplicables del proveedor, si corresponde.

APÉNDICE B

Escala de costos variables del porcentaje de atención médica caritativa de PH&S

En el caso de los garantes que cuenten con un ingreso y activos superiores al 300 % respecto del FPL, los ingresos del grupo familiar y los activos se tienen en cuenta para la determinación de la aplicabilidad de la escala de costos variables.

Los activos considerados para evaluación, cuentas de aportes jubilatorios, cuentas 403(b) y 401(k), están exentas conforme a esta póliza, a menos que el paciente realice extracciones de estas cuentas de forma activa. Para el resto de los activos, los primeros \$10,000 quedan exentos.

Ingresos y activos como porcentaje del índice de federal de pobreza	Porcentaje de descuento (cancelación) sobre cargos originales	Saldo facturado al garante
100-300 %	100 %	0 %
301-350 %	75 %	25 %

APÉNDICE C

AVISO DE PRÁCTICAS DE RECAUDACIÓN DERECHOS DEL PACIENTE RESPECTO DE LA RECAUDACIÓN DE DEUDAS POR SERVICIOS HOSPITALARIOS

La ley estatal y federal exige a los recaudadores de deudas tratar a las personas de manera justa y les prohíbe realizar declaraciones falsas o amenazas de violencia, utilizando lenguaje obsceno o soez, y entablar comunicaciones indebidas con terceros, incluido su empleador. Salvo en circunstancias inusuales, los recaudadores de deudas no podrán contactarlo antes de las 8:00 a. m. o después de las 9:00 p. m. En general, un recaudador no puede proporcionar información sobre su deuda a otra persona que no sea su abogado o cónyuge. Un recaudador de deudas puede comunicarse con otra persona para confirmar su ubicación o para ejecutar una resolución. Para obtener más información sobre las actividades de recaudación de deudas, puede comunicarse con la Comisión Federal de Comercio llamando al 1-877-FTC-HELP (382-4357) o en línea, www.ftc.gov.

Si cuenta con cobertura a través de seguro grupal o privado, u otro programa de tercero pagador, y desea que le facturemos a esa organización, debe proporcionarnos su información de inscripción. Para ello, debe presentar su tarjeta de seguro u otro documento adecuado que proporcione información sobre la póliza (y cobertura del dependiente, si corresponde). Si requiere asistencia para pagar esta deuda, puede ser elegible para obtener Medicare, Medi-Cal, el Programa para Familias Saludables, el Programa Servicios para Niños de California, el Programa de Compensación para Víctimas de Delitos Violentos de California, seguro médico para accidentes automovilísticos u otros programas de terceros, incluida la atención médica caritativa. Solicite en la admisión del hospital o al representante de la oficina comercial si desea conocer estas opciones. Las políticas de caridad y descuentos por pagos por cuenta propia del hospital pueden obtenerse solicitando asistencia en la admisión o a un representante de la oficina comercial, o visitando el sitio web del hospital para obtener un formulario descargable.

Los servicios de asesoría crediticia sin fines de lucro también pueden ser útiles. Consulte un directorio telefónico para obtener una lista de estos programas.

El paciente o la persona responsable deberán firmar las condiciones de admisión del hospital o del tratamiento ambulatorio. Ese documento incluirá un reconocimiento de responsabilidad financiera para el pago de servicios proporcionados por el hospital. El hospital facturará a cualquier tercero pagador para el que usted proporcione información de inscripción. Se le solicitará que pague copagos, como lo indiquen esos pagadores. Es posible que usted sea responsable de los servicios que esos programas no cubran. Se le facturará después de la finalización de su servicio, aunque se le pueden solicitar depósitos antes de recibir los servicios. Si la deuda continúa pendiente de pago, la cuenta se remitirá a una agencia de recaudación externa contratada por el hospital. La agencia de recaudación quedará sujeta a los principios de recaudación de deuda mencionados anteriormente. Si la deuda continúa pendiente de pago, la agencia recaudadora, en representación del hospital, detallará la deuda pendiente a agencias de informe crediticio y puede iniciar procedimientos legales, los cuales pueden generar el embargo del salario o un gravamen sobre un activo del paciente o la parte responsable. La política de caridad de Providence Health and Services establece que las personas con un ingreso bruto del grupo familiar inferior al 250 % con respecto a las Pautas Federales de Pobreza (FPG) son elegibles para obtener asistencia total luego de la presentación de una solicitud de asistencia financiera. Las personas con un ingreso bruto superior al 250 % también pueden ser elegibles para obtener asistencia total o parcial, según la información proporcionada en la solicitud.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, consulte con cualquier representante comercial o de admisión, o bien llame al 800 (ingresar el número de teléfono del hospital correspondiente).

Solicitud de asistencia financiera

I. Información del paciente						
NOMBRE DEL PACIENTE		APELLIDO		NOMBRE		
DIRECCIÓN		CALLE		CIUDAD		
ESTADO		CP		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		
FECHA DE NACIMIENTO		PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (PCP)			CIUDADANO DE ESTADOS UNIDOS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

II. Información del garante					
NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PAGO DE LA FACTURA					VÍNCULO
DIRECCIÓN		CALLE		CIUDAD	
ESTADO		CP		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
NÚMERO DE TELÉFONO		PARTICULAR		LABORAL	
CIUDADANO DE ESTADOS UNIDOS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		FECHA DE NACIMIENTO			

Marque este casillero si no ha recibido servicios y solicita la precalificación.

¿Ha sido aprobado por otra organización de atención médica para recibir asistencia financiera? SÍ NO

Si es así, proporcione el nombre de la organización _____

¿Lo ha remitido un médico o cirujano? SÍ NO

Si es así, proporcione el nombre y número de teléfono del médico _____

III. Información sobre su hogar. Mencione TODAS las personas que viven en su hogar, esto incluye al solicitante utilice otra hoja si es necesario
--

Mencione a cualquier persona que viva en su hogar (inclúyase). El ingreso incluye sueldos (antes de impuestos), ingreso por manutención, pensión alimentaria, ingreso por rentas, compensación por desempleo, beneficios de seguro social, asistencia pública/gubernamental, gastos por rentas o de la vida cotidiana a cambio de servicios brindados, etc.

INTEGRANTES DEL HOGAR	EDAD	VÍNCULO CON EL PACIENTE	FUENTE DE INGRESO O NOMBRE DEL EMPLEADOR	INGRESO BRUTO MENSUAL ANTERIOR A LA FECHA DEL SERVICIO	¿SE ENCUENTRA ASEGURADO? (marque sí o no) Si la respuesta es "Sí", mencione el seguro (es decir, Blue Cross, PHP, etc.)
1.					Sí o No
2.					Sí o No
3.					Sí o No
4.					Sí o No
5.					Sí o No
6.					Sí o No
7.					Sí o No
8.					Sí o No
9.					Sí o No

Continúa al reverso.

IV. Gastos y activos

Renta _____
Pago de hipoteca _____ Envíe evidencia
Saldo de la hipoteca _____ Envíe evidencia
Costo de servicios públicos _____
Saldo de la cuenta corriente _____
Saldo de la cuenta de ahorros _____
Pago de automóvil _____
Año y marca del vehículo _____
Vehículos recreativos _____
Primas del seguro de salud _____
Acciones, bonos, cuentas de jubilación, etc. _____
Atención pediátrica mensual _____
Bienes raíces distintos del hogar principal _____
Otros bienes _____

¿Es estudiante de tiempo completo? _____ Envíe un informe de préstamo estudiantil.
¿Recibe algún tipo de asistencia pública? (estampillas para alimentos, vivienda del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano, etc.)
_____ Si es así, envíe evidencia.
¿Cuáles fueron sus gastos médicos totales durante los 12 meses anteriores? (Proporcione comprobante de pago)

¿Recibe asistencia de su padre/madre u otra persona? Sí No
Si es así, proporcione la información fiscal y de ingresos de la persona que le proporciona asistencia.
Si necesita escribir una carta para explicar su situación personal, adjúntela a este formulario.

V. Información requerida: debe incluirse en esta solicitud

Asegúrese de haber incluido lo siguiente:

<input type="checkbox"/> Copia de la declaración fiscal del año pasado	<input type="checkbox"/> Copia de los extractos de cuenta de los últimos 3 meses	<input type="checkbox"/> Verificación de ingresos que muestra las ganancias o los talones de pago de todos los ingresos del año a la fecha
--	--	--

Si es un trabajador autónomo, incluya una copia de los estados de G y P de los últimos 12 meses y la declaración fiscal del año pasado. Es posible que se le solicite más información para procesar su solicitud. En tal caso, nos comunicaremos con usted.

VI. Autorización

Certifico que la información contenida en este cuestionario financiero es correcta y completa, a mi leal saber y entender. Autorizo a Providence Health & Services a verificar cualquier información proporcionada y comprendo que puede realizarse un informe crediticio como parte de este proceso de verificación.

X _____
FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE

FECHA

Providence Health & Services tiene como objetivo brindar servicios de excelencia para satisfacer sus necesidades de atención médica.