



Plan de atención de caridad

BO-2A

Fecha de origen: 01/07
Última revisión: 03/22
Última revisión: 03/22
Enviado por: CFO

APROBACIÓN

Junta Directiva 05/04/22

Página 1 de 7

PROPÓSITO

La misión de Colledge Hospital Costa Mesa es desarrollar, administrar y promover un continuo de servicios de atención médica para satisfacer las necesidades médicas y de comportamiento de sus comunidades.

Esta política de caridad es un medio a través del cual Colledge Hospital Costa Mesa trabajará para satisfacer las necesidades médicas y de comportamiento de sus pacientes al ofrecer servicios médicos sin cargo o con un costo nominal para pacientes calificados. Si bien el gobierno del condado tiene la responsabilidad de brindar servicios a los indigentes, Colledge Hospital ayuda a cumplir con esa responsabilidad. Ayudar a satisfacer las necesidades de las personas sin seguro y con seguro insuficiente es un elemento importante de nuestro compromiso con la comunidad.

QUIÉN PUEDE REALIZAR/RESPONSABLE

Servicios de Acceso, Oficina Comercial, Contabilidad de Pacientes

POLÍTICA

Los criterios que seguirá el hospital para calificar pacientes o programas con fines benéficos se proporcionan en esta política. El hospital ha desarrollado estas políticas por escrito y las aplicará de manera uniforme a todos los pacientes.

I. Proceso general y responsabilidades

- A. Aquellos pacientes que actualmente no pagan sus facturas médicas debido a la falta de un seguro de terceros y/o por la imposibilidad de pagar de otra manera están cubiertos por esta póliza. La misión general del hospital se demuestra expresamente en esta política de caridad ya través de sus prácticas diarias. La Junta Directiva, demostrando a través de su liderazgo y afirmación de nuestra misión, ha adoptado la política en este documento.
- B. A todos los pacientes que no puedan pagar sus facturas médicas se les pedirá que completen una Solicitud de asistencia financiera. Este formulario está disponible en inglés y español. Nuestro objetivo es que se evalúe la capacidad de pago de todas las admisiones electivas. La solicitud se enviará a cada paciente con la primera carta de notificación indicando el saldo adeudado por el paciente. Todos los pacientes, incluidos aquellos que se consideran elegibles para Medi-Cal, Víctimas de delitos o cualquier otra cobertura de terceros, pero que actualmente no están aprobados para la cobertura, aún deben completar el formulario de Solicitud de asistencia financiera si es posible.
- C. Completar este formulario:
 1. Permite al hospital determinar si el paciente ha declarado ingresos y/o bienes que le dan la capacidad de pago por los servicios de atención médica que recibe;
 2. Otorga permiso explícito al hospital para completar una verificación de crédito para esta persona;



Plan de atención de caridad

BO-2A

Fecha de origen: 01/07
Última revisión: 03/22
Última revisión: 03/22
Enviado por: CFO

APROBACIÓN

Junta Directiva 05/04/22

Página 2 de 7

3. Proporciona un documento para ser revisado por el personal de la Oficina Comercial después de que el paciente sea dado de alta para determinar la asignación de clase financiera; y
 4. Proporciona una pista de auditoría para documentar el compromiso del hospital de brindar atención caritativa.
- D. A todos los pacientes cuyas cuentas no estén cubiertas por un seguro de terceros se les solicitará un depósito en efectivo del paciente o del tutor del paciente. El depósito se basará en las tarifas de pago privadas establecidas y aprobadas aplicables durante el período de tiempo de los servicios prestados. Los pacientes asegurados que indiquen que no pueden pagar las obligaciones del paciente pueden ser examinados en el momento de la admisión, con seguimiento después de que se produzca la facturación del seguro. Contabilidad del paciente puede proporcionar a los pacientes que no estuvieron sujetos a una evaluación financiera en el momento de la admisión o durante su estadía el formulario financiero después del alta.
- E. Antes de determinar que un paciente no tiene la capacidad de pago, el proceso de evaluación financiera requiere que el personal del hospital haga un esfuerzo de buena fe para recopilar la siguiente información:
1. Ingreso individual o familiar.
 2. Patrimonio neto individual o familiar que incluye activos, tanto líquidos como no líquidos, menos pasivos y derechos sobre activos. También se considerará la elegibilidad para Medi-Cal una vez que se agoten algunos activos.
 3. Estado de Empleo. Esto se considerará en el contexto de la probabilidad de que las ganancias futuras sean suficientes para cubrir el costo de pagar estos servicios de atención médica dentro de un período de tiempo razonable. Los planes de pago se limitarán a aquellos que puedan liquidarse razonablemente en un plazo de 12 meses. En circunstancias inusuales y con el permiso de la gerencia de la Oficina Comercial, se pueden implementar planes a más largo plazo.
 4. Gastos o pasivos inusuales.
 5. Tamaño de la familia. Esto se utiliza para determinar el punto de referencia para la caridad 100 %, si los ingresos son iguales o inferiores a los niveles de ingresos establecidos.
- F. Esta política indica que la información se basará en una declaración firmada por el paciente o la familia del paciente, la verificación a través de verificaciones de crédito y/u otra documentación proporcionada por el paciente o la familia del paciente. Es posible que se requiera información adicional solo en circunstancias especiales o según lo determine la gerencia. A los pacientes que no sean de emergencia se les pedirá que proporcionen un comprobante de ingresos durante la evaluación previa a la admisión. Se entiende que en algunos casos esta información no estará disponible y, por lo tanto, el personal de Acceso de Pacientes lo indicará en los formularios de evaluación y los colocará dentro de la carpeta del paciente.



Plan de atención de caridad

BO-2A

Fecha de origen: 01/07
Última revisión: 03/22
Última revisión: 03/22
Enviado por: CFO

APROBACIÓN

Junta Directiva 05/04/22

Página 3 de 7

- G. El formulario adjunto se utilizará en el proceso de selección financiera:
1. Formulario 1: Formulario de asistencia financiera (este formulario también da permiso para obtener información crediticia).
 - i. El Formulario de asistencia financiera estará disponible en los principales idiomas que se hablan en el área comunitaria del hospital, incluidos inglés y español.
- H. No se proporcionarán cartas de aprobación o denegación, ya que la notificación de las obligaciones de pago, la asignación de caridad en su totalidad o en parte, y las opciones del plan de pago ocurrirán automáticamente con la asignación de clasificación financiera. Cualquier estado de cuenta al paciente indicará el monto cancelado a la caridad. Las carpetas de la cuenta del paciente incluirán formularios completados, copias impresas de verificación de crédito y notas de seguimiento.
- I. Esta política se basa en las pautas del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) más actuales. Con base en la demografía del hospital y la misión de satisfacer las necesidades de atención médica de su comunidad, los niveles principales de calificación se basan en el 400 % de las pautas federales de pobreza. En años posteriores, este porcentaje será evaluado y modificado en caso necesario.
- J. Para calificar para la atención de caridad para la factura del hospital completa o una parte de la factura del hospital, se deben cumplir los siguientes criterios:
1. Cobertura: los servicios que se brindan no están cubiertos/reembolsados por Medi-Cal o cualquier otro tercero, el paciente paga por cuenta propia, el paciente tiene gastos médicos que superan el 10 % de los ingresos familiares y/o el paciente tiene ingresos familiares. en o por debajo del 400% del FPL.
 2. Nivel de ingresos: si los ingresos del paciente son del 400 % o menos del FPL, se cancelará toda la factura del hospital, independientemente del valor neto o el monto de la factura.
 3. Nivel de ingresos: si los ingresos del paciente están entre el 402 % y el 450 % del FPL, una parte de la factura del hospital se cancela según una escala móvil, independientemente del valor neto o el monto de la factura, de la siguiente manera:
 - a. 401 % - 425 % = 80 % de cancelación, con una responsabilidad máxima de \$5,000 (anualmente en el caso de hospitalizaciones múltiples).
 - b. 426 % - 450 % = 60 % de amortización, con una responsabilidad máxima de \$7500 (anualmente en el caso de hospitalizaciones múltiples).

II. Determinación de caridad, formularios y mantenimiento de registros

- A. El formulario utilizado para la evaluación financiera se adjunta a la política de atención caritativa. El formulario solicita ingresos anuales (más verificación de ingresos) y otra información relevante. También se solicita tamaño de familia y circunstancias



Plan de atención de caridad

BO-2A

Fecha de origen: 01/07
Última revisión: 03/22
Última revisión: 03/22
Enviado por: CFO

APROBACIÓN

Junta Directiva 05/04/22

Página 4 de 7

especiales. Toda la información solicitada se utilizará para determinar si un paciente es elegible para una cancelación total o parcial de su factura del hospital.

- B. Los registros financieros del hospital incluirán el registro de los servicios de atención médica con cargos completos para la documentación de ingresos, ajustando estos montos por pagos de individuos u otros terceros. Las cuentas que se han registrado indebidamente como saldos de deudas incobrables se reclasificarán como cancelaciones de caridad después de que las cuentas se restablezcan al estado de cuentas por cobrar o se registren ajustes contables especiales. La documentación relacionada con la elegibilidad para el estado de atención caritativa se mantendrá en los registros del paciente.

III. Clasificación y Determinación de Déficit de Pago

- A. Se han establecido muchos programas gubernamentales (Medi-Cal, Short Doyle y Medicare) y otros programas de cobertura de terceros para proporcionar o sufragar los costos de atención médica para personas que también pueden considerarse necesitadas. En el caso de que los acuerdos de pago al hospital requieran que el hospital acepte el monto del pago como pago total, los saldos de estas cuentas cancelados debido a la diferencia entre los cargos del hospital y las tasas de pago son atribuibles a ajustes contractuales y no se considerarán cuidado de caridad. En los casos en que estos programas requieran que los pacientes paguen copagos o deducibles y los pacientes no tengan la capacidad de pago; estas cantidades tendrán la consideración de asistencia de caridad.
- B. La determinación de caridad se otorgará sobre la base de "total, parcial o nada". Para aquellos que se determine que no son elegibles para la atención caritativa, se les notificará que pueden apelar su decisión enviando una solicitud por escrito al Director de Mejora de la Calidad/Gestión de Riesgos.
- C. Hay una categoría de pacientes que califican para Medi-Cal, pero no reciben pago por toda su estadía. Según la definición de la política de atención caritativa, estos pacientes son elegibles para cancelaciones de atención caritativa. Además, el hospital incluye específicamente como caridad los cargos relacionados con estadías denegadas, días de atención denegados y servicios no cubiertos. Estas denegaciones de solicitudes de autorización de tratamiento (TAR), cualquier falta de pago por servicios no cubiertos proporcionados a pacientes de Medi-Cal y otras denegaciones se clasificarán como caridad. Estos pacientes están recibiendo el servicio y no tienen la capacidad de pagarlo.
- D. Los pacientes de Medicare que tienen cobertura de Medi-Cal para su coseguro/deducibles, para los cuales Medi-Cal no realiza pagos y Medicare finalmente no proporciona reembolso de deudas incobrables también se incluirán como caridad.



Plan de atención de caridad

BO-2A

Fecha de origen: 01/07
Última revisión: 03/22
Última revisión: 03/22
Enviado por: CFO

APROBACIÓN

Junta Directiva 05/04/22

Página 5 de 7

Estos pacientes indigentes reciben un servicio por el cual no se reembolsa una parte de la factura resultante.

- E. Los ajustes administrativos han incluido históricamente cancelaciones por quiebra u otras circunstancias especiales que indican la incapacidad del paciente para pagar. Estos ajustes y cancelaciones se reclasificarán como atención caritativa ya que cumplen con los criterios del hospital para atención caritativa.
- F. Los pacientes que son atendidos pero que no han proporcionado al personal del hospital ninguna información financiera antes de su salida del hospital pueden ser dados de baja para la atención benéfica, según la experiencia histórica con esta población de pacientes. Los pacientes que se sabe que no tienen hogar también serán elegibles para la atención caritativa completa.
- G. Los informes de la agencia de cobranza pueden identificar ciertas cuentas de pacientes devueltas al hospital después de que la agencia de cobranza haya determinado que el paciente no tiene los recursos para pagar su factura. La Oficina Comercial puede considerar que estas cuentas son cuentas de atención de caridad. Estos informes se utilizarán en lugar del Formulario de asistencia financiera. Se incluirá una nota que haga referencia al informe de la agencia de cobranza específica (por fecha) en el archivo del paciente, así como en el archivo central. La Oficina Comercial realizará las transacciones correspondientes para revertir los ajustes por deudas incobrables y reclasificar estas cuentas a atención caritativa.

IV. Proceso de Determinación de Caridad

Función del Departamento de Access: Access establecerá programas que conduzcan a la evaluación financiera del 100 % de todos los pacientes hospitalizados que pagan por su cuenta. El personal debe solicitar un depósito a los pacientes que indiquen que no tienen cobertura de seguro. El hospital continuará intentando ubicar a los pacientes indigentes en una instalación del condado.

- A.
 - 1. Si un paciente no proporciona a Access la información adecuada para que Contabilidad del paciente haga un seguimiento del proceso de cobro (por ejemplo, domicilio, número de teléfono de contacto) y se verifica que el paciente no tiene cobertura de Medi-cal o Medicare, este paciente será financieramente clasificado como Indigente.
 - 2. Si un paciente ha proporcionado información adecuada a Access pero no tiene cobertura a través de Medi-cal o Medicare, este paciente se clasificará como un pago privado para una evaluación adicional por parte de un trabajador de elegibilidad de Medi-cal o el personal de Contabilidad de pacientes.
- B. El Departamento de Admisión garantizará la codificación correcta de las clases financieras y enviará la información del paciente a los departamentos correctos para su seguimiento.



Plan de atención de caridad

BO-2A


Fecha de origen: 01/07
Última revisión: 03/22
Última revisión: 03/22
Enviado por: CFO

APROBACIÓN

Junta Directiva 05/04/22

Página 6 de 7

1. Generar un informe diario de pacientes indigentes y de pago propio para un trabajador de Elegibilidad de Medi-Cal y/o la solicitud de beneficios de PE de Medi-Cal se completará con el paciente. El empleado de admisiones entregará un formulario de asistencia financiera a todos los pacientes que paguen por cuenta propia para que lo completen y lo envíen a Contabilidad del paciente antes del alta. El personal de la unidad ayudará al paciente a completar este formulario según sea necesario.
- C. Rol de contabilidad del paciente
1. El código de cancelación de atención caritativa siempre se asignará cuando los niveles de ingresos basados en el tamaño de la familia sean iguales o inferiores a los niveles de ingresos establecidos según las pautas federales de pobreza, junto con el complemento por cada dependiente adicional. Si se justifica una cancelación parcial de la factura en función de la evaluación financiera inicial, se asignará el código de transacción de cancelación de atención caritativa para esa parte de la factura del hospital.
 2. La verificación de ingresos se realizará mediante la recepción de talones de cheques de pago, declaraciones de impuestos recientes y/o formularios W-2, según lo solicite el personal del hospital. Si el único ingreso del paciente es General Relief, no se solicita una copia impresa de verificación. Se obtendrá un informe de crédito basado en el Número de Seguro Social del paciente en todas las situaciones donde sea necesario para confirmar la información proporcionada.
 3. El personal de Contabilidad de Pacientes se comunicará con los pacientes designados por Access Services como autopagos y que no cumplan con los criterios de atención caritativa, en función de los niveles de ingresos establecidos, y se les pedirá que completen una solicitud de plan de pago o proporcionen más información. información que no se obtuvo durante el proceso de selección financiera inicial. A aquellos pacientes que se determine que tienen la capacidad de pagar parte o la totalidad de su factura se les solicitará que hagan un depósito basado en el monto esperado de la factura y se les ofrecerá un plan de pago por un plazo de un año o menos. Si se establece un descuento o un plan de pago, se considerará cancelar una parte de la factura como caridad cuando las circunstancias lo justifiquen. El personal aprobará el estado de atención caritativa, con la aprobación adecuada de la gerencia, cuando sea consistente con las pautas discutidas anteriormente en esta política.
 4. Se debe ofrecer un plan de pago razonable a todos los pacientes que cumplan con los requisitos de elegibilidad, incluso cuando no se pueda llegar a un acuerdo sobre el monto del plan de pago entre el hospital y el paciente. Este plan de pago requerirá que los pagos mensuales no excedan el 10 % de los ingresos familiares de un paciente durante un mes, sin incluir las deducciones por gastos básicos de subsistencia (es decir, alquiler, alimentos, servicios públicos). Cualquier agencia de cobro externa utilizada por el hospital para el cobro de deudas cumplirá con las pautas anteriores

	Plan de atención de caridad	BO-2A
Fecha de origen: 01/07 Última revisión: 03/22 Última revisión: 03/22 Enviado por: CFO	APROBACIÓN <i>Junta Directiva 05/04/22</i>	Página 7 de 7

con respecto al plan de pago razonable.

V. Política de caridad en comparación con el proceso de determinación de caridad

A. Los puntos clave de esta política incluyen:

1. La identificación de posibles pacientes benéficos lo más cerca posible del momento de la admisión.
2. Se utilizará el formulario de evaluación financiera y se realizará una verificación de crédito para la mayoría de los pacientes que pagan por cuenta propia, siempre que sea posible.
3. Los ingresos se verificarán de forma rutinaria para los pacientes que pagan por cuenta propia que no sean de emergencia y se utilizarán en todas las circunstancias para determinar el estado de caridad.
4. Las determinaciones reales de atención caritativa se realizarán con base en los criterios expresados en esta política de atención caritativa.
5. La determinación de caridad se otorgará sobre la base de "total, parcial o nada".

REFERENCIAS

Código de salud y seguridad de California, sección 127435
SB 1276, Capítulo 758
AB 532
AB 1020

ARCHIVOS ADJUNTOS

[Formulario de asistencia financiera](#)