


	Departamento Política de Hospital Policy/Manual de Procedimiento								
	Sección: Políticas y Procedimientos, Todo el Hospital								
	Título: Ayuda Financiera/Beneficiencia								
	Número: 8610.03040			Page 1 of 14					
<input checked="" type="checkbox"/>	Todo el Hospital	<input type="checkbox"/>	Interdepartmental	<input type="checkbox"/>	Departamento	<input type="checkbox"/>	Atención de Paciente	<input checked="" type="checkbox"/>	No es Atención de Paciente
Historia de Política				Aprobación:		Fechas			
Fecha de Vigencia: 10/01 Fecha de Revisión: 1/05, 2/05, 5/06, 12/07, 1/08, 1/11, 2/12, 2/13, 11/16 Fecha(s) de Revisión: 7/08, 1/09, 8/10, 1/11, 7/11, 1/13, 9/14				Aprobación: EMG: 9/01 Comité Financiera: 2/05, 5/06, 2/09, 9/10, 3/11, 2/12, 2/13 Comité Ejecutivo Médico: 8/08, 8/11, 9/11 Comité de Control de Calidad: 8/11, 12/14					

	Department: Hospital Policy/Procedure Manual								
	Section: Policies and Procedures, Hospitalwide								
	Title: Financial Assistance/Charity								
	Number: 8610.03040			Page 1 of 14					
<input checked="" type="checkbox"/>	Hospitalwide	<input type="checkbox"/>	Interdepartmental	<input type="checkbox"/>	Department	<input type="checkbox"/>	Patient Care	<input checked="" type="checkbox"/>	Non- Patient Care
Policy History				Approval:		Dates			
Effective Date: 10/01 Revision Date(s): 1/05, 2/05, 5/06, 12/07, 1/08, 1/11, 2/12, 2/13, 12/16 Review Date(s): 7/08, 1/09, 8/10, 1/11, 7/11, 1/13, 9/14				Approval: EMG: 9/01 Finance Committee: 2/05, 5/06, 2/09, 9/10, 3/11, 2/12, 2/13 Medical Executive Committee: 8/08, 8/11, 9/11 Quality Management Committee: 8/11, 12/14					

PROPÓSITO:

La presente política define el Programa de Ayuda Financiera de SARH, incluyendo los criterios, sistemas y métodos.

Los hospitales de atención intensiva sin fines lucrativos deberán cumplir con la Ley de Cargos Justos Hospitalarios de California (codificada en Artículo 127400 de Código de Salud y Seguridad de California) y en el Artículo 501(r) del Código de Rentas Internas los cuales requieren de políticas escritas que proporcionen descuentos y ayuda benéfica a pacientes financieramente calificados. Esta política dispone de atención benéfica tanto como descuentos para las personas que reúnen los requisitos según los términos y condiciones de este Programa de Ayuda Financiera.

El Departamento Financiero de SARH se encarga de la política y procedimientos de contabilidad general. Parte de dicho encargo es el deber de asegurar la sincronización coherente, registro y contabilidad de transacciones. El personal de Acceso del Paciente y Contabilidad del Paciente es responsable de ayudar al paciente con la solicitud de ayuda financiera, de ser necesario.

POLÍTICA:

SARH se compromete a proveer ayuda financiera a las personas que necesitan atención de salud si carecen de seguro, no tienen suficiente seguro, no son elegibles para programas del gobierno o de otra manera no pueden pagar la atención medicamentosa necesaria por motivo de su situación financiera única. SARH proveerá, sin discriminar, atención en casos de condiciones médicas de urgencia a las personas sin importar su elegibilidad para ayuda financiera o ayuda del gobierno. Personas designadas de la gerencia examinan casos individuales para averiguar la elegibilidad del paciente para ayuda financiera y definen el descuento para el cual califica el paciente. Se responde a toda petición de ayuda de pacientes, familiares, médicos o el personal hospitalario de acuerdo con la presente política.

- I. Según esta política escrita:
 - A. Cada paciente registrado recibe un aviso por escrito de la Política de Ayuda Financiera del Hospital escrita en lenguaje sencillo según IRC 501(r).
 - B. A petición, se proveen, gratis, copias impresas en papel de la Política de Ayuda Financiera, el formulario de solicitud de Ayuda Financiera y un resumen en lenguaje sencillo de la Política de Ayuda Financiera en la Oficina del Cajero de SARH, la Oficina de Acceso de Paciente, el Registro de la Sala de Urgencias o en oficinas externas de Servicios Financieros al Paciente. Estos artículos también están disponibles en el sitio Web de SARH en https://www.sarh.org/patients_and_visitors/billing/
 - C. Siempre que sea posible, durante el proceso de registro, se evalúan a los pacientes sin seguro para averiguar su elegibilidad para programas patrocinados por el gobierno y/o el programa de Ayuda Benéfica del hospital;
 - D. Los avisos al público están colocados en todo el hospital para avisar al público de la ayuda financiera para los que califican.
 - E. Los estados de cuenta de garante llevan información para ayudar al paciente a obtener cobertura patrocinada por el gobierno y/o ayuda financiera provista por el Hospital.
 - F. SARH facilitará una lista de proveedores no empleados proporcionando atención medicamente necesaria en el plantel hospitalario no cubiertos por la presente Política de Ayuda Financiera. La lista está disponible en línea en https://www.sarh.org/patients_and_visitors/billing/
- II. La presente política trata definiciones, criterios de la elegibilidad financiera, criterios de calificación para descuentos de ayuda financiera, la presentación de solicitudes y el proceso de repaso, la metodología de descuentos benéficos parciales, reportes y disposiciones de facturación general.
 - A. **Cantidades Generalmente Facturadas (AGB):** La cantidad que el hospital generalmente cobra por servicios de emergencia y otros servicios medicamente necesarios para pacientes que cuentan con el seguro de salud.
 - B. **Gastos de Vida Esenciales:** Gastos por cualquiera de las siguientes cosas: renta, pago de casa (incluyendo el costo de mantenimiento), comida, suministros hogareños, servicios públicos, teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, escuela o cuidado de niños, manutención de niños o de cónyuge, gastos de transporte o de automóvil (incluyendo seguro, combustible y reparaciones), pagos a plazos, gastos de lavandería y tintorería, u otros gastos extraordinarios.
 - C. **Beneficencia Completa:** El descuento del 100% de los cobros facturados si el paciente no tiene seguro y equivalente al deducible, coaseguro y/o copago no pagados del paciente si éste tiene seguro.
 - D. **Ingresos:** La suma de sueldos, salarios, ganancias, pagos de intereses, rentas y otras clases de ganancias recibidas por todos los familiares del paciente en el

plazo de un año. Esto incluye los ingresos brutos menos el costo de bienes vendidos con respecto a familiares que trabajan por su cuenta.

- E. **Servicios Necesarios:** Atención médica de internación, ambulatoria o de urgencia que un médico cree que son médicamente necesarias. Los servicios necesarios no incluyen servicios completamente opcionales para la comodidad y/o facilidad del paciente, incluyendo pero no limitándose a lentes cosméticos implantados durante una cirugía de cataratas.
- F. **Tamaño de la Familia del Paciente:** Depende de la edad del paciente de acuerdo con lo siguiente:
1. Para los pacientes de 18 años de edad o más, la familia del paciente incluye al cónyuge, compañero/a doméstico/a e hijos dependientes menores de 21 años de edad, sin importar que vivan, o no, en casa.
 2. Para los pacientes menores de 18 años de edad, la familia del paciente incluye a los padres del paciente, parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años de edad.

Procedimiento

1. La elegibilidad para ayuda financiera está basada en la capacidad de pagar del paciente según la determine los Ingresos Familiares del Paciente relacionados con el Nivel Federal de Pobreza actual. Las clasificaciones principales de elegibilidad son:
 - A. El paciente no está asegurado, la responsabilidad del paciente no es un Costo Compartido de Medi-Cal o deducible no pagado; coaseguro y/o copago relacionado con la cobertura subvencionada que proporciona un plan de salud calificado de Covered California (California Cubierta) u otro plan parecido.
 - B. El paciente no reúne los requisitos para otra cobertura a prueba de medios/a base de los ingresos que cubra el gobierno. Una solicitud pendiente para otro programa de cobertura de salud no elimina la elegibilidad para ayuda financiera según la presente política. No obstante, la aprobación definitiva de ayuda financiera podría aplazarse hasta que se tramite la solicitud pendiente y se determine la elegibilidad.
 - C. El paciente llena completamente y presenta la Solicitud de Ayuda Financiera. El paciente presenta todo documento requerido y pedido y responde a toda pregunta que surja de la Solicitud de Ayuda Financiera.
2. Al paciente determinado elegible para ayuda financiera o cualquier otro descuento según la presente política, no se le cobra más por servicios de emergencia o servicios médicamente necesarios que lo que por lo general se le cobra (AGB) a personas con seguro cubriendo tal atención.

3. Una vez establecida la elegibilidad, la cantidad descontada y/o el saldo descontado se determinan según lo definido en las siguientes secciones de esta política a base de la clasificación de elegibilidad del paciente y los ingresos familiares del paciente.

Beneficencia Presunta para Ayuda Financiera

- I. SARH entiende que ciertos pacientes a lo mejor no respondan al proceso para solicitar ayuda financiera. En tales casos, SARH podría usar otras fuentes de información para evaluar de manera individual la necesidad financiera. Tal información capacita a SARH a tomar una decisión informada sobre la necesidad financiera de los pacientes que no responden al usar los mejores estimados disponibles si el paciente no provee información directamente.
- II. SARH podría hacer uso de terceros aprobados por el Estado para repasar electrónicamente la información del paciente a fin de evaluar la necesidad financiera. Dicho repaso utiliza un modelo reconocido en la industria de atención de salud basado en las bases de datos de los registros públicos. Dicho modelo predictivo está diseñado para evaluar a cada paciente con las mismas normas que tiene el proceso de solicitudes tradicional.
- III. Se hará uso de la tecnología electrónica antes de hacer asignaciones de deudas incobrables habiéndose agotado todo esfuerzo de cobro interno y todas las demás fuentes de elegibilidad y pago. Este proceso permite a SARH evaluar a todo paciente respecto a la ayuda financiera antes de recurrir a cualquier acción de cobro extraordinaria. Los datos revelados por el repaso electrónico de elegibilidad son suficientes para documentar la necesidad financiera a tenor de la presente política.

Criterios para el Descuento de Beneficencia Completa

- I. La sola determinación calificando a un paciente para atención benéfica se hace de acuerdo con los niveles de ingresos brutos comparados con el Índice Federal de Pobreza publicado anualmente en enero en el Boletín Federal. El tamaño de la unidad familiar incluye al paciente, cónyuge, y todo dependiente por el cual el paciente tiene obligaciones financieras. Las familias con ingresos de hasta el 300% del Índice Federal de Pobreza (FGP) reciben servicios hospitalarios sin ningún costo para el paciente.

Criterios para el Descuento de Beneficencia Parcial

- I. El Descuento de Atención Benéfica por servicios hospitalarios para los pacientes elegibles está basado en las siguientes normas:
 - A. Los ingresos familiares del 301% a 400% del Índice Federal de Pobreza reciben una reducción gradual del costo de "Cantidades

Generalmente Cobradas” por servicios hospitalarios médicamente necesarios. Sigue la gradación:

FPG	% de Descuento
Menos o = al 300%	100%
301% - 325%	75%
326% - 350%	50%
351% - 375%	25%
376% - 400%	10%

- II. Los pacientes que no alcanzan el percentil 400° del Índice Federal de Pobreza, no pagarán más de lo que típicamente pagan otras personas que tienen seguro que cubre el mismo de servicio. El Artículo 501(r) del Código de Rentas Internas (IRS) agregado a la Ley de Atención de Salud Asequible, dispone de dos metodologías para determinar las “Cantidades Generalmente Cobradas”, el “Método Retrospectivo” o el “Método Prospectivo”.
- III. Se escogió el “Método Retrospectivo” para facilitar la administración lo cual permite al personal de apoyo calcular u cotizar al paciente a base de un porcentaje de los cargos. El pago esperado se actualiza cada año a más tardar para el 31 de enero y resume las reclamaciones pagadas completamente por Medicare por el año calendario anterior. La cantidad de reembolso se calcula al dividir el total de las cantidades cobradas por las reclamaciones pagadas completamente durante el año calendario anterior, entre el total de las cantidades cobradas por reclamaciones definitivamente determinadas por Medicare. La cantidad calculada se redondea al 5/100^a de un por ciento más cercano. La cantidad de reembolso de cada año calendario se documenta en el Apéndice A y se actualiza cada año. También se puede hallar en línea en https://www.sarh.org/patients_and_visitors/billing/

Fechas de Servicio Incluidas en la Solicitud

- I. Cuando el hospital determina que un paciente califica para Ayuda Financiera, dicha determinación corresponde a servicios y fechas de servicio específicos para los cuales el paciente o su representante familiar presentan la solicitud.
- II. En casos de atención continua relacionada con diagnósticos de paciente que requieren de servicios continuos relacionados, el hospital trata la atención continua como un solo caso, por lo cual la solicitud corresponde a todo servicio continuo relacionado que el hospital proporciona. A petición del paciente, otros saldos de cuenta preexistentes con fechas de servicios dentro de los 180 días anteriores a la calificación son elegibles para la cancelación según los criterios de elegibilidad anteriores.

Otras Circunstancias Elegibles para la Beneficencia: Reasignación por Deuda Incobrable a la Beneficencia

- I. Toda cuenta regresada al hospital por una agencia de cobros que ha determinado que el paciente o representantes familiares no cuentan con los recursos para pagar la cuenta, puede considerarse elegible para Atención Benéfica.
- II. La documentación sobre la incapacidad del paciente o representantes familiares de pagar los servicios se conserva en el expediente de Atención Benéfica.

Planes de Pago

- I. Cuando el hospital toma una determinación de un descuento de beneficencia parcial, el paciente tiene la opción de pagar cualquiera o toda cantidad debida con una sola suma global o por medio de un plan de pago a plazos. Se negocian los planes individuales entre el hospital y el paciente a base de la capacidad del paciente de cumplir eficazmente con los términos de pago. Como norma general, los planes de pago se estructuran por no más de 12 meses. El hospital negocia de buena fe con el paciente; no obstante, no está obligado a aceptar los términos de pago ofrecidos por el paciente. Si el paciente y el hospital no llegan a un acuerdo sobre los términos de pago negociados, el hospital le ofrecerá al paciente el plan de pago predeterminado. El pago del paciente no superará el 10% de los ingresos mensuales familiares del paciente, excluyendo deducciones por "gastos esenciales de vida", según lo definido anteriormente.
- II. A los pacientes elegibles se les ofrece un plan extendido y razonable. Si no se llega a un acuerdo, una fórmula de pago razonable parecida a la fórmula de pago del hospital definida en la sección de Planes de Pago en la presente política debe usarse para determinar el pago mensual. El paciente puede obtener más información sobre la política de descuentos de médicos de urgencia al comunicarse con el servicio de cobros de Mountain View Physicians al (877) 484-3035.

Solicitud para Ayuda Financiera

- I. El Programa de Ayuda Financiera de SARH utiliza una solicitud unificada sencilla tanto para la Atención Benéfica Completa como para el Descuento de Atención Benéfica Parcial. El proceso está diseñado para dar a cada solicitante la oportunidad de recibir el beneficio máximo de ayuda financiera para el cual podría calificar. La solicitud de ayuda financiera provee información de paciente necesaria para determinar la calificación del paciente. Esta información se usa para calificar al

paciente o al representante familiar para la cobertura máxima según el Programa de Ayuda Financiera de SARH. Se debe llenar completamente la solicitud de ayuda financiera tan pronto como se indique que el paciente podría necesitar ayuda financiera. El formulario de solicitud puede llenarse antes del suministro de servicio, durante la estadía hospitalaria o después de la finalización de servicios y el alta del paciente. Una copia de la solicitud se encuentra en línea en https://www.sarh.org/patients_and_visitors/billing/

Las solicitudes se deben enviar a:
San Antonio Regional Hospital
Attn.: Financial Assistance
8301 Elm Ave., #300
Rancho Cucamonga, CA 91730

- II. De ser necesario, el hospital puede guiar y/o ayudar directamente al paciente o a su representante familiar a llenar completamente las solicitudes del programa. Los asesores financieros, los oficiales de enlace para servicios de elegibilidad y/o representantes de cuentas de paciente pueden proveer asesoramiento telefónicamente o reunirse en persona.
- III. La solicitud cubre todo saldo de garante no pagado al momento de completarse la solicitud. Podría ser necesario que el paciente solicite ayuda financiera nuevamente por lo menos cada 180 días.
- IV. Se aceptan solicitudes hasta 240 días después del primer aviso de cobro dado después del alta.

Documentación Requerida

- I. El paciente elegible puede calificar para el Programa de Ayuda Financiera de SARH al seguir las indicaciones de solicitud que siguen y hacer todo esfuerzo razonable para proporcionar al hospital toda la documentación e información de cobertura de beneficios de salud para que el hospital pueda determinar si el paciente califica, o no, para cobertura a través del programa. La elegibilidad por sí solo no da derecho a cobertura por medio del Programa de Ayuda Financiera de SARH. Para determinar la elegibilidad y maximizar la cantidad calificada de ayuda/descuento, se requiere de la siguiente documentación, si corresponde:
 - A. Solicitud de ayuda financiera completada y firmada.
 - B. Talones de cheque de pago actuales de los últimos dos períodos de pago o, si trabaja por su cuenta, un estado de ganancias y pérdidas actual del año hasta la fecha para determinar los ingresos actuales.
 - C. Cartas de concesión del Seguro Social, SSI, Discapacidad, Desempleo, Ayuda General, Pensión Alimenticia, etc.

- D. Para la beneficencia completa, la declaración impositiva (declaración de impuestos) presentada por el último año con todo anexo requerido (por ejemplo, el formulario W-2).
- E. Para la beneficencia completa solamente, copias del 1099 del año previo por ingresos devengados de intereses, dividendos, ganancias de capital, etc.

Al completarse la Solicitud de Ayuda Financiera, se proporciona:

- I. Información necesaria para que el hospital determine si el paciente tiene suficientes ingresos para pagar los servicios.
- II. Documentación útil para determinar si califica para ayuda financiera.
- III. Un registro de auditoría documentando el compromiso del hospital para proveer ayuda financiera.

Proceso de Aprobación

- I. El paciente o el representante del paciente deben presentar la solicitud de ayuda financiera y los documentos supletorios requeridos al departamento de Servicios Financieros del Paciente (PFS) de SARH. La información de contacto del Departamento de Servicios Financieros del paciente se identifica claramente en las instrucciones de solicitud.
- II. El personal de PFS de SARH analizará las solicitudes de ayuda financiera en cuanto a su integridad y precisión. El repaso de la solicitud se realiza lo antes posible ya que el paciente precisa de una respuesta oportuna.
- III. Al recibir la solicitud de ayuda financiera completada, el personal asignado de Servicios Financieros del Paciente preparará un formulario de "Petición de Cancelación Benéfica" anexando toda documentación justificativa según lo definido en la presente política y la presentará al administrador correspondiente a base de la cantidad del descuento pedido según lo definido a continuación.
- IV. En las circunstancias definidas a continuación que no requieren la presentación de una solicitud de ayuda financiera, el personal preparará un formulario de "Petición de Cancelación Benéfica" que indique por qué no se preparó una solicitud y anexará un informe crediticio si está disponible un número de seguro social válido.
- V. Solamente el personal hospitalario aprobado determina la ayuda financiera de acuerdo con los criterios de elegibilidad específicas del paciente y la cantidad de ayuda financiera pedida. La ayuda financiera no se proporciona de manera discriminatoria o arbitraria. El hospital tiene la plena discreción, consecuente con las leyes y reglamentos, de establecer

los criterios de elegibilidad y decidir que el paciente ha provisto suficientes pruebas para calificar para ayuda financiera.

Razones por la Denegación de Ayuda

- I. El Programa de Ayuda Financiera de SARH depende de la cooperación de pacientes individuales que pueden ser elegibles para ayuda plena o parcial. Se puede denegar la Ayuda Financiera si no se presenta la documentación requerida que corresponde.
- II. El hospital podría denegar ayuda financiera por motivos incluyendo pero no limitándose a los siguientes:
 - A. El paciente no es elegible para atención descontada de beneficencia parcial en base a la cantidad de sus ingresos.
 - B. El paciente no coopera o no responde, lo cual no permite que el hospital determine su elegibilidad y calificación para ayuda financiera.
 - C. No se considera medicamente necesario el servicio proporcionado al paciente de atención de beneficencia completa.
 - D. La solicitud no está completa.
 - E. El saldo del paciente resultó porque se ha retenido un pago de seguro al hospital.
 - F. El paciente califica para cobertura patrocinada por el gobierno a base de los ingresos pero el paciente no solicitó/o cooperó con el proceso de solicitud.
 - G. La ayuda se pidió por un servicio proporcionado a más de 180 días después de la aprobación de petición de ayuda más reciente.
 - H. La responsabilidad del paciente es una parte del costo de Medi-Cal o gastos de bolsillo relacionados con cobertura a prueba de medios y/o cobertura a base de ingresos tal como un plan de salud calificado subsidiado de los planes Covered California (California Cubierta).
- III. La solicitud de ayuda financiera debería llenarse completamente tan pronto como se indique que el paciente podría necesitar ayuda financiera. El formulario de la solicitud puede llenarse antes del servicio, durante la estadía del paciente o después de la finalización de los servicios y el alta del paciente.
- IV. En casos de solicitudes de ayuda financiera incompletas, SARH proporcionará un aviso por escrito al solicitante explicándole la información que falta y el teléfono y dirección de PFS donde puede recibir ayuda para llenar la solicitud.

Excepciones de Solicitud

- I. Es posible que no se necesite una solicitud de ayuda financiera completada en ciertas circunstancias. Se limitan éstas a situaciones en las que SARH cree que tiene suficiente información financiera del paciente para determinar la elegibilidad y calificación para ayuda financiera. Ejemplos de circunstancias que no requieren una solicitud de asistencia financiera incluyen, pero no están limitadas a:
 - A. El paciente es indigente sin hogar.
 - B. El paciente reside en un albergue incluyendo pero no limitándose a prototipos y el Centro Americano de Recuperación.
 - C. La dirección del paciente es la dirección del Departamento de Servicios Sociales Públicos.
 - D. Se desconoce al paciente.
 - E. El paciente recibe General Relief (Ayuda General), Cal WORKS o Cal Fresh (documentación requerida)
 - F. El paciente calificó para Medi-Cal sin una parte del costo (SOC) durante parte de su internación o después de su alta/visita (comprobante de elegibilidad requerido).
 - G. Servicios no cubiertos y/o denegados fueron proporcionados a pacientes elegibles para Medi-Cal.

Proceso de Apelaciones

- I. Si el paciente no acepta la determinación del hospital referente a la calificación, puede presentar una apelación por escrito de la siguiente manera pidiendo que el hospital lo reconsidere:
 - A. La apelación escrita deberá llevar una explicación completa de la disputa del paciente y su razonamiento para la reconsideración. Toda documentación pertinente justificando la reclamación debe anexarse a la apelación escrita.
 - B. El Director del PFS del hospital examina toda apelación. El Director considera toda declaración escrita de disputa y toda documentación adjunta. Después de completar su repaso de la reclamación del paciente, el Director dará al paciente una explicación por escrito de su decisión y determinación.
 - C. Si el paciente cree que todavía existe una disputa después de que el Director de PFS considere la apelación, el paciente puede pedir por escrito al Funcionario Financiero Principal (CFO) que la repase. El CFO repasará la apelación escrita y la documentación del paciente, y también la decisión tomada por el Director de PFS. El CFO tomará su decisión y explicará la decisión por escrito al paciente. Toda determinación del CFO es definitiva. No hay más apelaciones.

Estados de Cuenta

- I. Consecuente con el Artículo 127420 del Código de Salud y Seguridad, SARH incluye la siguiente información clara y conspicua en la factura del paciente:
 - A. Una declaración de los cargos por servicios proporcionados por el hospital;
 - B. Una petición al paciente que le avise al hospital de su cobertura de seguro de salud, Medicare, Medi-Cal, u otra cobertura, si la tiene;
 - C. Una declaración al consumidor que, si no tiene cobertura de seguro de salud, podría ser elegible para la cobertura ofrecida por el Intercambio de Beneficios de Salud de California (Covered California), Medicare, Medi-Cal, el Programa de Servicios para Niños de California (California Children's Services Program) o atención benéfica;
 - D. Una declaración indicando cómo el paciente puede obtener solicitudes para el programa de Medi-Cal, cobertura ofrecida por medio del Intercambio de Beneficios de Salud de California, u otros programas de cobertura de salud financiados por el estado o condado, y que el hospital provee dichas solicitudes. Si el paciente no indica que hay cobertura de un pagador terciario o pide un precio descontado o atención benéfica, entonces el hospital le provee una solicitud del programa de Medi-Cal, u otros programas financiados por el estado o condado. La solicitud se provee al paciente antes de su alta si está internado o al momento de darle atención de urgencia ambulatoria. El personal del hospital provee al paciente una remisión al centro de ayuda al consumidor local ubicado en la oficina de servicios legales;
 - E. Información sobre el paciente calificado financieramente y la solicitud de atención benéfica, incluyendo lo siguiente:
 1. Una declaración que indica que el paciente podría calificar para un pago descontado o atención benéfica, si dicho paciente carece de seguro, o tiene un seguro insuficiente, o cumple con ciertos requisitos de ingresos bajos o módicos;
 2. El nombre y número telefónico de un empleado del hospital u oficina que puede dar información al paciente sobre las políticas de pago descontado o atención benéfica del hospital, y cómo solicitar tal ayuda;
 3. Si el paciente solicita otro programa de seguro de salud o tiene pendiente una solicitud para lo mismo, al mismo tiempo que solicita un programa del hospital para atención benéfica o pago descontado, ninguna de las dos solicitudes elimina elegibilidad para el otro programa.

Esfuerzos de Cobranza

- I. Se usan las presentes normas para mantener un nivel aceptable de cuentas por cobrar y establecen criterios de cobro generales por cantidades no pagadas a fin de mantener las deudas incobrables al nivel más bajo posible.
 - A. Seguimiento de Pago Propio:
 1. Se proveerá un estado de cuenta pormenorizado para toda cuenta de pago propio;
 2. El sistema automáticamente seguirá enviando por lo menos 5 estados de cuenta aproximadamente cada 30 días;
 3. Se le puede avisar al garante también por cartas de demanda electrónicas del saldo vencido no pagado a base de cantidades y situaciones individuales;
 4. Las cuentas con “correo devuelto” para las cuales SARH no logra comunicarse con el paciente, pueden ser enviadas a una agencia de cobros externa inmediatamente;
 5. Normalmente, las cantidades vencidas no pagadas del paciente deben pagarse dentro de 90-120 a partir de la fecha de servicios a menos que el paciente haya hecho arreglos específicos con el hospital;
 6. Si no se recibe ningún pago o denegación, y la cuenta tiene 120 días o más de morosidad, puede ser enviada a una agencia de cobros;
 7. Todas las cuentas deben pasar por todo el ciclo de la Declaración de Garante antes de hacerse elegible para la transferencia a deudas incobrables.
 8. Un Aviso Final de 30 Días se enviará por lo menos 30 días antes de la asignación a una agencia de cobros.
 9. El equipo administrativo del Departamento de Servicios Financieros del Paciente se encuentra responsable de aprobar toda cuenta enviada a una agencia de cobros y de verificar que todo esfuerzo razonable se ha hecho para determinar la elegibilidad para ayuda financiera antes de realizar actividades de cobro externas en contra de alguien.

Reportes a Agencias de Informes Crediticios

- I. SARH sólo reporta saldos no pagados a las agencias principales de informes crediticios después de haber tomado las siguientes medidas además de los esfuerzos de cobro mencionados anteriormente:
 - a. Se le mandará una carta al paciente por lo menos 30 días antes de hacer el reporte. La carta le avisa al paciente que podría estar disponible ayuda financiera y SARH avisará a las agencias crediticias del saldo moroso. Incluiremos un resumen en lenguaje sencillo de la política de ayuda financiera.

- b. SARH hará esfuerzos razonables para avisar verbalmente al paciente de la disponibilidad de ayuda financiera a más tardar 30 días antes del reporte.
- c. El reporte se efectúa por lo menos 120 días contados de la fecha del primer estado de cuenta expedida después del alta.
- d. SARH avisa a los receptores presuntos de atención benéfica parcial de la decisión de ayuda financiera, le indica de qué manera se solicita ayuda adicional y les da a los receptores un plazo razonable para solicitar ayuda más amplia.
- e. Si la solicitud de ayuda financiera se recibe durante el transcurso de los 240 días posteriores al primer estado de cuenta expedido después del alta, o en el transcurso de los primeros 30 días posteriores al aviso tanto escrito como oral, lo que ocurra después, SARH no reportará a las agencias de informes crediticios antes de la determinación de elegibilidad. Si se determina que el solicitante califica para ayuda financiera, SARH proporcionará un estado de cuenta actualizado, reembolsa toda cantidad pagada por el paciente que exceda la cantidad vencida y elimina los pagos morosos del informe crediticio del paciente.

Aviso al Público

- I. Toda comunicación con el paciente se acata a las normas de la EMTALA – Emergency Medical Treatment and Labor Act (Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo). SARH proveerá, sin discriminación, cuidados para condiciones médicas de emergencia a individuos sin importar si califican para asistencia financiera bajo esta política. SARH no tomará medidas que desanimen a individuos de buscar cuidados médicos de emergencia, por ejemplo, exigir que los pacientes en la sala de urgencias paguen antes de recibir tratamiento por condiciones médicas de urgencia o permitir actividades de cobro que impidan el suministro de atención de urgencia sin discriminación.
- II. SARH colocará avisos avisando al público del Programa de Ayuda Financiera. Tales avisos se colocan en áreas de mayor concurrencia de pacientes internos y ambulatorios, incluyendo pero no limitándose a la Sala de Urgencias, la Admisión de Pacientes Internos y el Registro de Pacientes Ambulatorios, u otras áreas comunes de espera para pacientes en el hospital. Los avisos también deberán ser colocados en cualquier área donde los pacientes pagan sus cuentas. Los avisos incluyen información de cómo el paciente puede obtener más información sobre la ayuda financiera y dónde solicitarla.

- III. Estos avisos se dan en inglés y español y en cualquier otro idioma que refleje el 5% o 1000 integrantes de la comunidad en el área de servicio del hospital. El aviso deberá decir lo siguiente:

“San Antonio Regional Hospital ofrece programas de pago descontado o atención benéfica a pacientes que califican financieramente. Si usted paga su propia cuenta, o si tiene altos gastos médicos y cree que podría ser candidato para uno de los programas del hospital, comuníquese, por favor, con el Coordinador de Ayuda Financiera al (909) 980-9511.”

Acceso a la Política de Ayuda Financiera

- I. Están disponibles copias de la presente Política de Ayuda Financiera y un Resumen en Lenguaje Sencillo en el sitio web del hospital en https://www.sarh.org/patients_and_visitors/billing/
- II. Una copia impresa de la política está disponible en la Oficina del Cajero de SARH, la Oficina de Acceso del Paciente, el Registro de la Sala de Urgencias o en el Departamento Externo de Servicios Financieros para Pacientes.

Reportes a OSHPD

- I. SARH reporta la Atención Benéfica proporcionada de acuerdo con los requisitos reglamentarios de la Oficina Estatal de Planificación y Desarrollo de Salud (OSHPD) expuestas en el Manual de Contabilidad e Informes para Hospitales.
- II. Para cumplir con los requisitos correspondientes, el hospital lleva documentación escrita sobre sus criterios de Atención Benéfica. Para pacientes individuales, el hospital mantendrá documentación escrita de toda determinación de Atención Benéfica.
- III. Según lo requerido por la OSHPD, la Atención Benéfica proveída a los pacientes se registra a base de los cargos reales por el suministro de servicios.
- IV. Para cumplir con los reglamentos de la OSHPD aprobados por la Oficina de Derecho Administrativo el 8 de Agosto de 2007 (Título 22, Artículos 96040-96050), el CFO presenta una copia digital de las políticas de pago descontado y atención benéfica, procedimientos de elegibilidad y proceso de repaso (según lo definido y documentado en una sola Política del Programa de Ayuda Financiera comprensiva) y la Solicitud de Ayuda Financiera a la OSHPD para el 1º de enero por lo menos bienalmente, o siempre que se haga un cambio significativo en la política.

Disposiciones Generales:

I. Igualdad de Oportunidades

- A. SARH se compromete a respetar las múltiples leyes a nivel federal y estatal que prohíben la discriminación en base a raza, género, edad, religión, origen nacional, estado civil, orientación sexual, discapacidades, servicio militar o cualquier otra clasificación protegida por la ley federal, estatal, o local.

II. Confidencialidad

- A. Se reconoce que la necesidad de ayuda financiera para los que la reciben es algo muy sensible y sumamente personal. Se respeta la confidencialidad de peticiones, información y financiamiento para todos los que buscan ayuda financiera o la reciben. Dichos valores deben guiar la capacitación y selección del personal que implementa la presente política. El personal involucrado en actividades de cobros no repasa ni accede a la documentación de Atención Benéfica.

III. Buena Fe

- A. SARH hace las gestiones de ayuda financiera de buena fe para pacientes calificados basándose en la integridad y precisión de la información presentada por el paciente o su representante familiar.
- B. El suministro de ayuda financiera no elimina el derecho de cobrar, retrospectivamente o al momento de servicio, todo servicio si el paciente o su representante familiar proveen información fraudulenta o intencionalmente imprecisa. Además, SARH se reserva el derecho de buscar todo recurso, incluyendo pero no limitándose a daños civiles y penales, si el paciente o su representante familiar dan información fraudulenta o intencionalmente imprecisa a fin de calificar para el Programa de Ayuda Financiera de SARH.

Aprobación de Política

- I. La Política de Ayuda Financiera no puede ser cambiada o modificada sin la aprobación por escrito de la Mesa Directiva de SARH.

FIN