

Atención de Caridad de Barstow Community Hospital Política de Pagos

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:

La fecha de entrada en vigencia de la presente Política de Pagos de Atención de Caridad ("Política") es el 29 de abril de 2016.

PROPÓSITO:

1. Barstow Community Hospital ("Barstow" o el "hospital") tiene el compromiso de brindar a la zona de High Desert y a sus residentes servicios de hospitalización y ambulatorios, así como atención médica, quirúrgica y de emergencia.
2. El propósito de esta Política es definir los criterios de elegibilidad para los pacientes que solicitan asistencia financiera en forma de Atención de Caridad para cubrir los costos de su atención necesaria por razones médicas en Barstow.
3. Con esta Política, Barstow pretende esbozar el proceso para determinar la elegibilidad y solicitar la Atención de Caridad, comunicar de manera eficaz estos criterios y procesos a los pacientes necesitados, y garantizar que todas las políticas se apliquen de forma precisa y coherente.
4. Todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago, recibirán un trato equitativo, digno, respetuoso y compasivo. La disponibilidad y la concesión de la Atención de Caridad se basarán en una determinación individualizada de los ingresos familiares, y no tendrán en cuenta la edad, el sexo, la raza, la condición social o migratoria, la orientación sexual ni la religión.
5. Esta Política se establece en cumplimiento de los requisitos establecidos en el Código de Salud y Seguridad de California §§ 127400 *et seq.*

ALCANCE:

Esta Política se aplica a todo el personal de Barstow y rige sus interacciones con los pacientes que solicitan Atención de Caridad.

DEFINICIONES:

A efectos de la presente Política, los términos que figuran a continuación se definen del siguiente modo:

Solicitud: "Solicitud de Pagos Hospitalarios con Descuento y de Atención de Caridad".

Atención de Caridad: atención gratuita.

Pago con descuento: cualquier cargo por atención que se reduzca pero no sea gratuito.

Nivel Federal de Pobreza (NFP): las directrices de pobreza actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Paciente que cumple los requisitos económicos: un paciente que reúne las dos condiciones siguientes: (1) un paciente sin seguro/con pago por cuenta propia, o un paciente con gastos médicos elevados; y (2) un paciente cuyos ingresos familiares no superen el 400 % del Nivel Federal de Pobreza.

Atención necesaria por razones médicas: cualquier procedimiento razonablemente determinado (por un proveedor) como necesario para prevenir, diagnosticar, corregir, curar, aliviar o evitar el empeoramiento de cualquier afección, dolencia, lesión o enfermedad que ponga en peligro la vida, cause sufrimiento o dolor, provoque enfermedad o debilidad, amenace con causar o agravar una discapacidad, o cause una deformidad o disfunción física, o para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo malformada, si no se dispone de un tratamiento igualmente eficaz, más conservador o menos costoso. La atención necesaria por razones médicas no abarca los procedimientos electivos o estéticos.

Activos monetarios: activos convertibles en efectivo. Esto no abarca los planes de jubilación o de compensación diferida cualificados conforme al Código de Impuestos Internos, los planes de compensación diferida no cualificados ni los activos por debajo de la asignación máxima de recursos del cónyuge comunitario conforme a la Sección 1396r-5(d) del Título 42 del Código de los Estados Unidos.

Gastos médicos de bolsillo: cualquier gasto por atención médica que el seguro o programa de cobertura médica no reembolse, como los copagos de Medicare o la participación en los costos de Medi-Cal.

Paciente con gastos médicos elevados: paciente cuyo ingreso familiar es igual o inferior al 400 % del Nivel Federal de Pobreza. “Gastos médicos elevados” significa lo siguiente: (1) los gastos médicos de bolsillo anuales del paciente en el hospital, que ningún seguro o programa de cobertura médica reembolse y que superen el 10 % de los ingresos familiares actuales del paciente o de los ingresos familiares en los 12 meses anteriores, el que sea menor; o (2) los gastos médicos de bolsillo anuales del paciente en cualquier centro, que ningún seguro o programa de cobertura médica reembolse y que superen el 10 % de los ingresos familiares del paciente si este aporta documentación de los gastos médicos del paciente pagados por él o su familia en los 12 meses anteriores; o (3) un nivel inferior determinado por el hospital de acuerdo con esta Política.

Familia del paciente: para los pacientes de 18 años o más, la familia del paciente se define como su cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes menores de 21 años, o de cualquier edad si son discapacitados, vivan o no en la casa. En el caso de los menores de 18 años o de los hijos dependientes de 18 a 20 años, ambos inclusive, la familia del paciente se define como sus padres, los familiares que los cuidan y los demás hijos dependientes de los padres o familiares que los cuidan menores de 21 años, o de cualquier edad si son discapacitados.

Paciente con pago por cuenta propia o sin seguro: un paciente que no tiene cobertura de terceros a través de una aseguradora de salud, un plan de servicios de atención médica, Medicare o Medicaid/Medi-Cal, y cuya lesión no es una lesión indemnizable por indemnización laboral, seguro de automóvil u otro seguro (responsabilidad de terceros), según lo determinado y documentado por el hospital. Entre los pacientes con pago por cuenta propia se pueden incluir los pacientes de Atención de Caridad.

PROCEDIMIENTO

A. *Elegibilidad*

La Atención de Caridad está disponible para cualquier paciente que cumpla los requisitos económicos, es decir, un paciente cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 400 % del Nivel Federal de Pobreza, y que cumpla los siguientes requisitos:

1. Es un paciente sin seguro o con pago por cuenta propia; o
2. tiene gastos médicos elevados.

El hospital utiliza una solicitud única y unificada de asistencia financiera para los pacientes. El proceso está diseñado para dar a cada solicitante la oportunidad de recibir la máxima asistencia financiera a la que pueda optar.

Todo paciente que solicite asistencia financiera, que indique que puede ser un paciente que cumple los requisitos económicos o que indique su incapacidad económica para pagar la atención necesaria por razones médicas recibirá una solicitud. El personal del hospital puede acceder a copias de la solicitud para facilitárselas a los pacientes potencialmente elegibles para la Atención de Caridad comunicándose con nuestro director de admisiones al 760-957-3133. Los pacientes también pueden acceder directamente a la solicitud comunicándose con el director de admisiones al 760-957-3133.

B. *Proceso de solicitud y determinación de la elegibilidad*

La elegibilidad para la Atención de Caridad se determinará de acuerdo con los siguientes procedimientos:

1. La solicitud es solo para uso interno.
2. Se presume que los servicios prestados en el hospital son necesarios por razones médicas, a menos que el hospital certifique, antes de denegar a un paciente el derecho a acogerse al programa de Atención de Caridad, que los servicios hospitalarios en cuestión no eran necesarios por razones médicas.
3. El personal del hospital accederá a una copia de la solicitud y se la facilitará al paciente solicitante o que cumpla los requisitos necesarios. La solicitud está disponible en los principales idiomas del área de servicio. A los solicitantes que hablen otros idiomas, el hospital les proporcionará la asistencia de un intérprete para rellenar el formulario.

4. El paciente deberá rellenar la solicitud y aportar documentación de respaldo, que se tendrá en cuenta para que el hospital determine su elegibilidad:
 - a. Una declaración de impuestos reciente, es decir, una declaración de impuestos en la que se documenten los ingresos del paciente correspondientes al año en que se facturó por primera vez al paciente o a los 12 meses anteriores a la fecha en que se facturó por primera vez al paciente; y/o
 - b. Recibos de pago recientes, es decir, recibos de pago que se encuentren dentro del período de 6 meses anterior a que el hospital haya facturado por primera vez al paciente o, en el caso de preservicios, cuando se presente la solicitud, o una carta del empleador.

El hospital puede aceptar otras formas de documentación de ingresos, pero no debe exigir otros formularios. El hospital puede determinar presuntamente que un paciente es elegible para un pago con descuento a partir de información distinta a la proporcionada por el paciente o de una determinación de elegibilidad previa. El hospital no podrá tener en cuenta los activos monetarios de un paciente a la hora de determinar la elegibilidad en virtud de esta Política.

5. El hospital debe determinar si un paciente cumple los requisitos para recibir la Atención de Caridad en cualquier momento en que reciba la declaración de impuestos y los recibos de pago del paciente, o si determina presuntamente que un paciente cumple los requisitos para recibir la Atención de Caridad. El hospital no puede imponer plazos para solicitar la Atención de Caridad, ni denegar la elegibilidad en función del momento en que el paciente presente la solicitud.
6. Los requisitos de documentación figuran en la solicitud. El paciente debe hacer todos los esfuerzos razonables para facilitar al hospital la documentación que acredite sus ingresos. Si un paciente no facilita la información razonable y necesaria para que el hospital pueda determinar si cumple los requisitos, el hospital podrá tener en cuenta dicha omisión a la hora de determinar si cumple los requisitos. El paciente también debe certificar por escrito que la información que facilita al hospital es exacta.
7. El hospital puede eximir o reducir los montos de participación en los costos de Medi-Cal y Medicare como parte de su programa de Atención de Caridad. Al eximir o reducir los montos de participación en los costos de Medicare, el hospital puede tener en cuenta los activos monetarios del paciente en la medida necesaria para que el hospital reciba el reembolso del programa Medicare por deudas incobrables de Medicare sin intentar cobrar los montos de participación en los costos al paciente, tal y como exige la legislación federal.

8. Los pacientes cubiertos por Medicaid fuera del estado, cuando el hospital no sea un proveedor autorizado y la inscripción o el reembolso de Medicaid fuera del estado impida que el hospital se convierta en proveedor, podrán optar a la Atención de Caridad una vez comprobada la cobertura de Medicaid para las fechas de los servicios, ya que se considerarán no asegurados. No se exigirá ningún otro documento para aprobar la solicitud. El paciente no tendrá que presentar una solicitud formal de asistencia financiera/caridad. El hospital podrá presentar la solicitud y la verificación de la cobertura de Medicaid como prueba de elegibilidad.
9. La solicitud se enviará a la oficina administrativa para que el asesor financiero o el gerente de la oficina administrativa realicen la determinación financiera.
10. Si el asesor financiero determina, a través de la solicitud y la documentación complementaria, que el paciente cumple los requisitos para la Atención de Caridad, entregará la solicitud completada y aprobada al director de la oficina administrativa para la autorización de aprobación, antes de la condonación.
11. El asesor financiero se comunicará con cualquier proveedor que pueda estar trabajando en la cuenta para detener todos los esfuerzos de cobro de la cuenta, si los hubiere.
12. Una vez aprobada la asistencia financiera/Atención de Caridad, la cuenta se trasladará a la clase financiera correspondiente hasta que se procese el ajuste y se contabilice/aplique en la cuenta.
13. Si la solicitud está incompleta, será responsabilidad del asesor financiero comunicarse con el paciente por correo o por teléfono para obtener la información necesaria.
14. El director de la oficina administrativa, el subdirector de la oficina administrativa o el administrador de los servicios de acceso al paciente es responsable de revisar cada solicitud para asegurarse de que se adjunten los documentos requeridos, antes de presentarla al director financiero o al director ejecutivo para su revisión y aprobación. Todos los campos de la solicitud deben rellenarse correctamente. Tachar campos como el de ingresos no es apropiado. Si los ingresos son nulos, deben introducirse ceros.
15. Los pacientes de Medicaid que reciban servicios cubiertos de hospitalización y de la sala de emergencias que cumplan la necesidad médica de Medicare pero hayan agotado los límites de beneficios estatales (es decir, días de hospitalización limitados o visitas anuales limitadas a la sala de emergencias, por ejemplo), o tengan una cobertura limitada de Medicaid, como planificación familiar, no tendrán que presentar ningún documento de respaldo que verifique la cobertura de Medicaid para las fechas de servicio completadas.
16. El director financiero puede eximir de los requisitos de documentación y aprobar un caso para la Atención de Caridad a su entera discreción si

considera que el paciente cumple/debería cumplir los requisitos para la Atención de Caridad. La exención de los requisitos de documentación debe anotarse en la sección de comentarios de la cuenta del paciente, imprimirse y adjuntarse a la solicitud.

17. Una vez que se haya determinado la elegibilidad, los resultados se documentarán en la sección de comentarios de la cuenta del paciente, y la solicitud completada y aprobada se archivará adjunta a la hoja de ajuste y se conservará a efectos de auditoría. El director general, el director financiero y el gerente de la oficina administrativa darán su visto bueno a la condonación firmando al pie de la solicitud. Los requisitos de firma se basarán en la política financiera de Quorum Health Corporation para la aprobación de ajustes.
18. La información relativa al monto de la Atención de Caridad proporcionada por el hospital, basada en los ejercicios fiscales del hospital, se recopilará de forma agregada y se incluirá en el informe anual presentado al Estado. En estos informes también se incluirá información relativa a la prestación de atención médica a indigentes patrocinada por el Gobierno y otros beneficios del condado.
19. La revisión de la elegibilidad para la Atención de Caridad implicará cualquier otra cuenta pendiente del paciente que también pueda ser elegible para la asistencia financiera.
20. En caso de disputa respecto de la elegibilidad del paciente para la Atención de Caridad, el paciente puede solicitar una revisión al director de admisiones llamando al 760-957-3133, o al gerente de la oficina administrativa.
21. Los pacientes que deseen apelar la denegación de asistencia en virtud de esta Política deben incluir una explicación de la razón por la que debe reconsiderarse la solicitud. El gerente de la oficina administrativa revisará cualquier información adicional. Si la información sigue dando lugar a una denegación, el gerente de la oficina administrativa presentará la solicitud al director financiero, quien tomará la decisión final. La decisión del director financiero es definitiva.

C. Determinaciones de la Atención de Caridad

Cada solicitud se revisará individualmente, y los pacientes que cumplan los requisitos recibirán la asistencia financiera de Atención de Caridad. La determinación de la Atención de Caridad a la que puede optar un paciente debe confirmarse lo más cerca posible del momento de la prestación del servicio. El hospital hará todo lo posible por determinar si el paciente cumple los requisitos en un plazo de 30 días a partir de la recepción de toda la información y documentación solicitadas.

D. Elegibilidad supuesta para recibir Atención de Caridad

1. Puede haber circunstancias en las que se establezca que un paciente cumple los requisitos para recibir la Atención de Caridad sin necesidad de completar la solicitud formal y/o aportar los documentos necesarios y requeridos para su aprobación. El hospital puede utilizar otras fuentes de información para realizar una evaluación individual de la necesidad económica y determinar si el paciente cumple los requisitos para recibir la Atención de Caridad. Esta información permitirá al hospital tomar una decisión informada sobre la necesidad económica de los pacientes que no respondan utilizando las mejores estimaciones disponibles a falta de información facilitada directamente por el paciente.
2. La elegibilidad supuesta para la Atención de Caridad puede determinarse en función de circunstancias de vida individuales, entre las que se pueden incluir las siguientes:
 - a. la carencia de hogar o haber recibido atención en una clínica que atiende a personas sin hogar;
 - b. participación en programas de Mujeres, Bebés y Niños (WIC);
 - c. elegibilidad para recibir cupones de alimentos;
 - d. elegibilidad para programas de almuerzos escolares;
 - e. vida en una vivienda de ingresos bajos o subvencionada; y/o
 - f. paciente fallecido sin herencia, o fallecido y no se puede identificar el nombre o la dirección del paciente.

E. Disponibilidad de información sobre Atención de Caridad

1. Durante la preadmisión o el registro (o tan pronto como sea posible y después de la estabilización de la condición médica de emergencia del paciente en el caso de los servicios de emergencia), el hospital proporcionará a todos los pacientes información relativa a la asistencia financiera, que también incluye un resumen en lenguaje sencillo de la Política de Atención de Caridad.
2. El hospital también proporcionará a los pacientes la información de contacto de un empleado u oficina del hospital para obtener más información sobre la Atención de Caridad. La información facilitada estará en el idioma principal del área de servicio del hospital y será coherente con todas las leyes y reglamentos federales y estatales aplicables.
3. El hospital publicará de forma destacada información sobre la Atención de Caridad en la página web del hospital e incluirá un enlace a la propia Política en la página web del hospital.