



# CHINESE HOSPITAL

845 JACKSON STREET, SAN FRANCISCO, CA 94133

## RESUMEN DE LA POLÍTICA/INTENCIÓN

El propósito de esta política es garantizar el cumplimiento del Proyecto de Ley 774, que se convirtió en ley en California y entró en vigencia el 1 de enero de 2007, el Proyecto de Ley Senatorial 350 que se convirtió en ley en California y entró en vigencia el 1 de enero de 2008, el Proyecto de Ley 1503 que se convirtió en ley en California y entró en vigencia el 1/1/2011, y el Proyecto de Ley Senatorial 1276, que se convirtió en ley en California y entró en vigencia el 1/1/2015.

Los mandatos contenidos en AB 774, SB 350, AB 1503 y SB 1276 deben ser realizados por el Hospital como una condición de la licencia y serán aplicados por el Departamento de Servicios de Salud del Estado de California. La intención de esta política es cumplir con todas las reglamentaciones federales, estatales y locales. Si alguna reglamentación, actual o futura, entra en conflicto con esta política, la reglamentación reemplazará esta política.

## RESPONSABILIDAD

Es responsabilidad del Director del Ciclo de Ingresos del Hospital, con la aprobación del Director de Finanzas del Hospital, desarrollar procedimientos para implementar esta Política.

## POLÍTICA: CUMPLIMIENTO - ELEMENTOS CLAVE

Es la política de Chinese Hospital (el "Hospital") brindar atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. El Hospital no está obligado a brindar atención médica que no sea de emergencia; sin embargo, si el Hospital elige aceptar pacientes para atención que no es de emergencia, esos pacientes pueden ser elegibles para un descuento por atención de caridad como lo requiere AB774.

Se debe evaluar a los pacientes sin seguro o los pacientes con altos costos médicos que indican una incapacidad para pagar para la posible asistencia de caridad. La evaluación de la asistencia de beneficencia solo se realizará una vez que se hayan agotado todos los demás recursos posibles. El Hospital debe obtener información sobre si el paciente puede ser elegible para el Intercambio de Beneficios de Salud de California e incluir en la información que se le proporciona a un paciente que no ha presentado prueba de cobertura de terceros una declaración de que el consumidor puede ser elegible para cobertura a través del Intercambio de Beneficios de Salud de California u otros programas de cobertura de salud financiados por el estado o el condado. El proceso de evaluación se realizará de manera óptima en el momento del servicio, pero puede ocurrir en cualquier momento durante el proceso de recolección, incluida la asignación posterior a una agencia de cobranza externa.

Para ser calificado financieramente según las leyes caritativas de California, un paciente debe pagarse sus propias prestaciones o tener altos costos médicos y no tener un ingreso familiar que supere el 350% del Nivel Federal de Pobreza. Un paciente que paga sus propias prestaciones se define como un paciente que no tiene cobertura de terceros de una aseguradora de salud, plan de servicios de atención médica, Medicare o Medicaid, y cuya lesión no es una lesión compensable a los fines de compensación laboral, seguro automotor, u otro seguro según lo determine y documente el Hospital. Los pacientes que pagan sus propias prestaciones puede incluir a los pacientes de atención de caridad. Altos costos médicos se define como cualquiera de los siguientes:

1. Costos de bolsillo anuales incurridos por el individuo en el Hospital que exceden el 10% del ingreso familiar del paciente en los 12 meses anteriores.
2. Gastos de bolsillo anuales que superan el 10% del ingreso familiar del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos pagados por el paciente o la familia del paciente en los 12 meses anteriores.
3. Un nivel más bajo determinado por el Hospital de acuerdo con la política de caridad del Hospital.

La AB 1503 que modificó la AB 774 y que entró en vigencia el 1/1/11 requiere que los médicos de sala de emergencia que brindan servicios médicos de emergencia en un hospital de cuidados intensivos generales desarrollen políticas de atención de caridad y de pagos con descuentos para limitar el pago esperado de pacientes elegibles que no tienen seguro o tienen altos costos médicos que están en o por debajo del 350% del nivel federal de pobreza. Los pacientes que no tienen seguro o que tienen altos costos médicos e ingresos iguales o inferiores al 350% del nivel de pobreza federal y reciben una factura de un médico de sala de emergencias deben comunicarse con el consultorio médico de dicho médico y solicitar asistencia de caridad. La SB 1276 impone requisitos nuevos a los médicos de salas de emergencia similares a los requisitos establecidos para el Hospital. Los honorarios de los médicos de salas emergencias se incluirán en la FAP para Chinese Hospital.

El Hospital puede desarrollar procedimientos abreviados de evaluación para aquellas áreas de servicio donde los cargos son bajos, tales como clínicas, clínicas de salud rurales, departamentos de emergencia y áreas auxiliares para pacientes ambulatorios (definidos a continuación). Como mínimo, el Hospital documentará el tamaño de la familia y el ingreso familiar bruto y se obtendrá un informe crediticio. En aquellas áreas de servicio donde los cargos son más altos, como la cirugía para pacientes internados y ambulatorios, el Hospital llevará a cabo una evaluación financiera completa y requerirá la verificación de ingresos del paciente.

#### DURACIÓN

Los descuentos por atención de caridad aprobados se consideran válidos para todas las cuentas existentes y por un período adicional de 90 días después de la aprobación.

#### DESCUENTOS DE ATENCIÓN DE CARIDAD CATASTRÓFICA

De acuerdo a la situación financiera completa de los pacientes, cuando el monto de la responsabilidad del paciente excede el 50% del ingreso familiar anual total, los montos superiores al 50% de los ingresos pueden cancelarse con un descuento para atención de caridad.

#### CLASIFICACIÓN COMO ESTATUTARIO O NO ESTATUTARIO

Los descuentos por atención de caridad se clasificarán en dos categorías: estatutarios y no estatutarios.

## DESCUENTOS ESTATUTARIOS DE ATENCIÓN DE CARIDAD

Los descuentos estatutarios de atención de caridad quedarán definidas por la participación del Hospital en varios programas federales, estatales y/o del condado de atención médica para indigentes. Los criterios deben cumplir con las pautas gubernamentales y/o las reglamentaciones estatales o del condado.

Cada paciente aparentemente elegible para un descuento estatutario de atención de caridad y que solicita dicha determinación debe completar una Declaración Confidencial de Información Financiera (anexo A en inglés y chino). Además, él/ella debe proporcionar documentación de respaldo al asesor financiero según sea necesario para verificar su situación financiera. Los descuentos estatutarios de atención de caridad generalmente se identificarán en el momento de la admisión o mientras el paciente sea ingresado por el asesor financiero del Hospital, sin embargo, también se los puede identificar después del alta o cuando el paciente declare su incapacidad para pagar.

## DESCUENTOS NO ESTATUTARIOS DE ATENCIÓN DE CARIDAD

Un descuento no estatutario de atención de caridad se define como un descuento por atención de caridad para pacientes que cumplen con los criterios generales de descuento. La determinación de los descuentos no estatutarios se realizará en el momento de la admisión o mientras el paciente esté ingresado; sin embargo, esta determinación también podría hacerse después del alta o siempre que el paciente declare la imposibilidad de pagar.

A menos que el paciente califique para el procedimiento de evaluación abreviado, se hará todo lo posible para asegurar una solicitud firmada, pero esto puede no ser posible en todos los casos. Los pacientes que declaran que no tienen hogar y no tienen ingresos no tendrán que completar una Declaración Confidencial de Información Financiera, a discreción del Director del Ciclo de Ingresos. En cambio, las determinaciones de descuento por atención caridad se pueden realizar luego de que el asesor financiero complete el formulario de elegibilidad. Los descuentos no estatutarios de atención de caridad deben usarse para pacientes sin hogar que no tienen ingresos o documentación para informar. Además, los descuentos por atención caridad se utilizarán para cancelar las cuentas de los pacientes que han fallecido y la investigación ha demostrado que no hay patrimonio u otro pariente responsable y no hay posibilidad de cobranza adicional. Finalmente, los descuentos por atención de caridad se utilizarán para cancelar cuentas de pacientes para quienes el tribunal ha emitido un fallo definitivo de bancarrota y no hay posibilidad de cobranza adicional.

## ELEGIBILIDAD PARA OTROS PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

El Hospital hará todos los esfuerzos razonables para obtener del paciente o de su representante información sobre si el seguro médico privado o público o el patrocinio pueden cubrir total o parcialmente los cargos por la atención prestada a un paciente. Incluyendo, pero no limitado a, cualquiera de los siguientes:

1. Seguro de salud privado, incluida la cobertura ofrecida a través del Intercambio de Beneficios de Salud de California;
2. Medicare; y/o
3. El programa Medi-Cal, el Programa Healthy Families, el programa Servicios para Niños de California u otros programas financiados por el estado diseñados para proporcionar cobertura de salud.

Si el Hospital le factura a un paciente que no proporcionó comprobante de cobertura por un tercero en el momento en que se brinda la atención o al momento del alta, el Hospital deberá proporcionar al paciente una notificación clara y visible que incluya todo de los siguientes como parte de esa facturación:

1. Una declaración de los cargos por los servicios prestados por el Hospital.
2. Una solicitud para que el paciente informe al Hospital si el mismo tiene cobertura de seguro médico, Medicare, programa Healthy Families, Medi-Cal u otra cobertura.
3. Una declaración de que, si el consumidor no tiene cobertura de seguro médico, puede ser elegible para Medicare, el programa Healthy Families, Medi-Cal, cobertura ofrecida a través del Intercambio de Beneficios de Salud de California, el Programa de Servicios para Niños de California, otra cobertura de salud financiada por el estado o condado, o atención de caridad.
4. Una Declaración que indique cómo un paciente puede obtener solicitudes para el programa Medi-Cal y el programa Healthy Families, cobertura ofrecida a través 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 proporcionará estas solicitudes. El Hospital también proporcionará a los pacientes una remisión a un centro de asistencia al consumidor local ubicado en las oficinas de servicios legales. Si el paciente no indica cobertura de terceros o solicita un descuento en el precio o atención caritativa, el Hospital deberá presentar una solicitud para el programa Medi-Cal, el programa Healthy Families u otros programas de cobertura de salud financiados por el estado o el condado. Esta solicitud se proporcionará antes del alta si el paciente ha sido admitido o si los pacientes reciben atención de emergencia o ambulatoria.
5. Información sobre la solicitud de atención de caridad y para pacientes calificados financieramente, que incluye lo siguiente:
  - a. Una declaración que indique que si el paciente carece de un seguro inadecuado o cumple con ciertos requisitos de ingresos bajos y moderados, el paciente puede reunir los requisitos para un pago con descuento o atención de caridad.
  - b. El nombre y el número de teléfono de un empleado o consultorio del Hospital de quien o del cual el paciente puede obtener información sobre el pago con descuento del Hospital y las políticas de atención de caridad, y cómo solicitar esa asistencia.
  - c. Si un paciente solicita, o tiene una solicitud pendiente, para otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo que solicita un programa de atención de caridad o un programa de pago con descuento del Hospital, ninguna de las solicitudes impedirá la elegibilidad para el otro programa.

#### DENEGACIONES DE MEDICAID

Se presume que un paciente que califica para Medicaid también califica para un descuento para atención de caridad completo. Cualquier cargo por días o servicios cancelados (excluyendo la puntualidad de facturación, registros médicos, facturas faltantes o problemas de elegibilidad) como resultado de una denegación de Medicaid (como la denegación de TAR) deben cancelarse a atención no estatutaria de caridad. El monto total de los cargos no cubiertos se debe enviar a instituciones de atención de caridad, incluido el monto contractual de Medicaid y el monto de pago esperado. No debería haber nada cancelado en Medicaid contractual por los cargos no cubiertos

#### COBERTURA RESTRINGIDA DE MEDICAID

Algunos planes de Medicaid ofrecen cobertura para una lista limitada o restringida de servicios. Si un paciente es elegible para Medicaid, cualquier cargo por días o servicios no cubiertos debe cancelarse a caridad no estatutaria y no requiere una Declaración Confidencial de Información Financiera completa. Esto no incluye los montos de costo compartido (SOC, por sus siglas en inglés), ya que el Estado determina que el SOC es una cantidad que el paciente debe pagar antes de ser elegible para Medicaid.

#### PACIENTES QUE NO COOPERAN

Los pacientes que no cooperan se definen como pacientes o garantes que no están dispuestos a divulgar la información financiera necesaria según lo solicitado para Medicaid y/o la determinación de descuento por atención de caridad durante el proceso de selección. En estos casos, la cuenta no se procesará como caridad. Se informará al paciente que a menos que cumpla y proporcione la información, no se dará consideración adicional para el procesamiento de descuento por atención de caridad, y comenzará el seguimiento estándar de AIR.

Los pacientes no conformes se definen como que no cumplen con toda la documentación requerida para la evaluación de Medicaid/Medi-Cal, pero califican para un descuento para atención de caridad. En estos casos, el asesor financiero puede procesar la cuenta para un descuento para atención de caridad, y la cuenta permanecerá en la clase financiera pendiente de caridad hasta que el hospital procese un ajuste por cancelación de caridad.

## ATENCIÓN DE CARIDAD PARCIAL

### NIVELES DE DESCUENTO

El Monto Generalmente Facturado (AGB, por sus siglas en inglés) es la cantidad máxima que se puede facturar a una persona elegible para recibir asistencia financiera según esta Política de Asistencia Financiera. El cargo máximo para un paciente está limitado a no más que el porcentaje de AGB multiplicado por los cargos brutos del hospital por los servicios elegibles prestados al paciente. Chinese Hospital determinó un 30% de AGB basado en reclamaciones anteriores permitidos por Medicare y seguros privados (el "método de revisión"). Los pacientes pueden obtener información adicional sobre el porcentaje de AGB de Chinese Hospital y sobre cómo se calculó poniéndose en contacto con el departamento de finanzas del hospital llamando al 415-677-2485.

El Hospital limitará el pago esperado por los servicios que brinda a cualquier paciente que se ubique en el 350 por ciento o menos del nivel federal de pobreza según se define en la subdivisión (b) de la Sección 124700 del Código de Salud y Seguridad, elegible según su política de pago con descuento con respecto al monto de pago que el Hospital esperaría recibir de buena fe por la prestación de servicios de Medicare, Medi-Cal, Healthy Families o cualquier otro programa de beneficios de salud patrocinado por el gobierno en el que participe el Hospital, el que sea mayor.

Si el Hospital elige incluir activos financieros como parte de la evaluación financiera y el proceso de determinación de elegibilidad para atención de caridad, la SB 1276 restringirá su capacidad de hacerlo, lo que requiere que los primeros \$10000 de activos monetarios no se contabilicen. Además, SB 1276 estipula que solo el 50% de los activos monetarios después de los primeros \$10000 se pueden contabilizar para la elegibilidad.

Los descuentos para atención de caridad se otorgarán según los siguientes niveles de ingresos. El hospital PUEDE ofrecerle al paciente descuentos mayores (menores responsabilidades del paciente) que los establecidos a continuación si lo aprueba el director de finanzas del Hospital y se documenta en el manual de procedimientos del Hospital. Es posible que el Hospital NO proporcione descuentos menores (mayores responsabilidades) a pacientes calificados.

Servicios de emergencia (incluyendo admisiones de emergencia y otra atención médicamente necesaria):

#### Nivel de ingreso:

#### Responsabilidad del paciente:

#### Pacientes que pagan por sí mismos con ingreso familiar:

>200% al 300% del Nivel Federal de Pobreza

50% del Monto Permitido por Medicare

>300% al 400% del Nivel Federal de Pobreza

75% del Monto Permitido por Medicare

>400% del Nivel Federal de Pobreza

Responsabilidad de pago de uno mismo

#### Pacientes con seguro comercial o planes de atención administrada sin contrato y costos médicos elevados (como se define anteriormente) y con ingresos familiares:

350% o menos del Nivel Federal de Pobreza

la cantidad que Medicare permitiría por el mismo servicio MENOS la cantidad pagada por la compañía de seguros del paciente. Si la compañía de seguros pagó el monto permitido de Medicare

o superior, la responsabilidad del paciente es cero.

Todos los demás servicios restantes proporcionados por el hospital (no relacionados a la atención de emergencia):

Nivel de ingreso:

Responsabilidad del paciente:

Pacientes que pagan por sí mismos con ingreso familiar:

200% o menos del Nivel Federal de Pobreza

50% del Monto Permitido por Medicare

>200% al 350% del Nivel Federal de Pobreza

Monto Permitido por Medicare

>350% al 400% del Nivel Federal de Pobreza

75% de la responsabilidad de pago de uno mismo

>400% del Nivel Federal de Pobreza

Responsabilidad de pago de uno mismo

Pacientes con seguro comercial o planes de atención administrada sin contrato y costos médicos elevados (como se define anteriormente) y con ingresos familiares:

350% o MENOS del Nivel Federal de Pobreza

la cantidad que Medicare permitiría por el mismo servicio MENOS la cantidad pagada por la compañía de seguros del paciente. Si la compañía de seguros pagó el monto permitido de Medicare o superior, la responsabilidad del paciente es cero.

El Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) se refiere a las estadísticas producidas por el Gobierno Federal cada año que establecen las cantidades de ingresos que definen los niveles de pobreza por estado. Estas estadísticas se publican anualmente a fines de enero, febrero o marzo. El Hospital siempre usará la información de nivel de pobreza publicada más actual, pero NO está obligado a retroceder y cambiar una determinación de atención de caridad cuando se emite un nuevo FPL. Los FPL son efectivos cuando son recibidos por el Hospital y no dependen de la fecha del servicio. Los Servicios Financieros para Pacientes proporcionarán nuevos datos de FPL a cada Hospital AH tan pronto como se reciban.

**ACUERDOS DE PAGO:**

En los casos en que el paciente o el garante del paciente tenga una responsabilidad bajo el programa de atención caridad y cuando así lo solicite el paciente o garante, el Hospital debe negociar con el paciente o el garante un plan de pago mensual razonable. Un plan de pago razonable significa pagos mensuales que no representan más del diez por ciento del ingreso familiar de un paciente durante un mes, excluyendo las deducciones por gastos esenciales. Los gastos de vivienda esenciales significan los gastos comprendidos entre cualquiera de los siguientes: alquiler o mantenimiento de la casa, alimentos y artículos domésticos, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguros, escolaridad o cuidado de niños, manutención de

niños o cónyuges, transporte y gastos automotores, incluidos seguros, gasolina y reparaciones, pagos en cuotas, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios. Cualquier plan de pago extendido acordado por el Hospital para ayudar a los pacientes elegibles bajo la política de atención de caridad del Hospital, la política de pago de atención de caridad con descuento o cualquier otra política adoptada por el Hospital para ayudar a pacientes de bajos ingresos sin seguro médico o altos costos médicos para poder cancelar las facturas del Hospital vencidas serán sin intereses. Los planes de pago extendidos pueden declararse inoperativos cuando el paciente o el garante no realicen todos los pagos consecutivos vencidos durante un período de 90 días. Antes de declarar el acuerdo como inoperante, el Hospital o agencia de cobranza hará un intento razonable de comunicarse telefónicamente con el paciente y de notificar por escrito que el plan de pago extendido puede quedar sin efecto, y la oportunidad de renegociar el plan de pago extendido. Antes de que el Hospital pueda declarar inoperativo el plan de pago extendido, deben intentar renegociar los términos del plan de pago extendido incumplido, si así lo solicita el paciente o su garante. Ni el Hospital ni la agencia de cobro pueden reportar información adversa a una agencia de informes crediticos antes de que el plan de pago extendido haya sido declarado inoperativo.

Si el plan de pago extendido se declara inoperativo debido a intentos fallidos de restablecer un acuerdo de pago establecido o cuando las renegociaciones fallen, se avanzará con los esfuerzos de cobranza. Las cuentas se colocarán en el primer paso de la cobranzas y recibirán una carta final de pre-cobranza que dará 30 días para pagar la cuenta en su totalidad. Si transcurre el período de 30 días sin resolución, la cuenta se enviará a los servicios J y L para comenzar con los servicios externos de cobranza.



## ATENCIÓN DE CARIDAD TOTAL

Todos los servicios proporcionados por el Hospital (incluyendo admisiones de emergencia y otra atención médicamente necesaria):

Nivel de ingreso:

Responsabilidad del paciente:

Pacientes que pagan por sí mismos con ingreso familiar:

200% o menos del Nivel Federal de Pobreza

Cero

El Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) se refiere a las estadísticas producidas por el Gobierno Federal cada año que establecen las cantidades de ingresos que definen los niveles de pobreza por estado. Estas estadísticas se publican anualmente a fines de enero, febrero o marzo. El Hospital siempre usará la información de nivel de pobreza publicada más actual, pero NO está obligado a retroceder y cambiar una determinación de atención de caridad cuando se emite un nuevo FPL. Los FPL son efectivos cuando son recibidos por el Hospital y no dependen de la fecha del servicio. Los Servicios Financieros para Pacientes proporcionarán nuevos datos de FPL a cada Hospital AH tan pronto como se reciban.

Si el Hospital elige incluir activos financieros como parte de la evaluación financiera y el proceso de determinación de elegibilidad para atención de caridad, la SB 1276 restringirá su capacidad de hacerlo, lo que requiere que los primeros \$10000 de activos monetarios no se contabilicen. Además, SB 1276 estipula que solo el 50% de los activos monetarios después de los primeros \$10000 se pueden contabilizar para la elegibilidad.

## ELEGIBILIDAD

### REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN

Solicitud: Excepto en aquellos casos en que el Hospital haya determinado que se aplican requisitos mínimos de solicitud y documentación (como se describe a continuación), para calificar para la atención de caridad, se debe completar una Declaración Confidencial de Información Financiera. La Declaración Confidencial de Información Financiera permite la recopilación de información. A continuación se definen los requisitos de ingreso y documentación. A la espera de la finalización de dicha solicitud, el paciente debe ser tratado como un paciente pendiente de atención de caridad de acuerdo con las políticas del Hospital y la clase financiera correspondiente registrada para reflejar este estado.

Familiares: Los pacientes deberán proporcionar la cantidad de familiares en el hogar

- Personas de 18 años de edad y mayores: los miembros de la familia incluyen cónyuge, pareja doméstica según se define en la sección 297 del Código de Familia y niños dependientes menores de 21 años de edad, ya sea que vivan en el hogar o no.
- Personas menores de 18 años de edad: los miembros de la familia incluyen a los padres, parientes encargados del cuidado y otros niños menores de 21 años de edad, ya sea que vivan en el hogar o no.

Cálculo de ingresos: Los pacientes deberán proporcionar el ingreso anual bruto anual del hogar.

- Adultos: El término "ingreso anual" en la Declaración Confidencial de Información Financiera significa la suma del ingreso bruto anual total del paciente y el cónyuge del paciente.

- Menores: Si el paciente es menor de edad, el término “ingreso anual” en la Declaración Confidencial de Información Financiera significa ingresos del paciente, la madre y/o el padre y/o tutor legal del paciente y cualquier otro dependiente.

## VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Los pacientes deberán verificar los ingresos establecidos en la Declaración Confidencial de Información Financiera de acuerdo con los requisitos de documentación identificados a continuación en los casos en que la documentación esté disponible. Cualquiera de los siguientes documentos es apropiado para verificar los ingresos:

- Documentación de ingresos: La documentación de ingresos puede incluir el formulario W-2 del IRS, extractos bancarios de salarios y ganancias u otros indicadores de ingresos apropiados.
- Participación en un Programa de Beneficios Públicos: Documentación que muestra la participación actual en un programa de beneficios públicos que incluye Seguridad Social, Compensación a Trabajadores, Beneficios del Seguro por Desempleo, Medicaid, Salud para Indigentes del Condado, AFDC, Cupones para Alimentos, WIC u otros programas similares relacionados con la indigencia.

## DOCUMENTACIÓN NO DISPONIBLE

En los casos en que el paciente no puede proporcionar la documentación de verificación de ingresos, se deben seguir los siguientes procedimientos:

- Obtener la testificación escrita del paciente: Hacer que el paciente firme la Solicitud de Asistencia Financiera atestiguando la exactitud de la información proporcionada sobre ingresos; u
- Obtener la testificación oral del paciente: El Asesor Financiero que está completando la Declaración Confidencial de Información Financiera puede proporcionar una certificación escrita de que el paciente verificó verbalmente el cálculo de ingresos. En todos los casos, se deben realizar y documentar al menos dos intentos para obtener la verificación de ingresos apropiada.
- Pacientes caducados: Los pacientes caducados pueden considerarse sin ingresos a efectos del cálculo financiero. Aunque no se requiere documentación de ingresos para los pacientes caducados, se debe completar un proceso de verificación de activos para garantizar que sea apropiado un ajuste de atención de caridad.

## PROCESO DE SOLICITUD ABREVIADO

El Hospital puede establecer una solicitud abreviada y un proceso de verificación para aquellos servicios para los cuales determinaron que el nivel típico de los cargos no es alto, como las clínicas, los departamentos de emergencia y las áreas auxiliares para pacientes ambulatorios. En estas áreas de servicio, el departamento de registro o el asesor financiero debe documentar como mínimo el tamaño de la familia y el ingreso bruto familiar total para determinar el nivel de descuento por atención de caridad, si corresponde. En lugar de la documentación de ingresos, el Hospital debe, como mínimo, obtener un informe crediticio para asegurarse de que el paciente o el garante del paciente parezca tener una calificación crediticia inmejorable con sus ingresos informados. Por ejemplo, si el paciente reporta \$1000 de ingreso bruto por mes pero está haciendo un pago de hipoteca grande junto con varios pagos con tarjeta de crédito, el Hospital debería requerir una verificación de

ingresos adicional. Si no hay un informe crediticio disponible, documente ese hecho en las notas del paciente. No se requieren esfuerzos adicionales.

## COMUNICACIÓN

Se requiere que el Hospital coloque letreros en la oficina comercial, las áreas de admisión y registro y en el departamento de emergencias que informen a los pacientes sobre sus políticas de asistencia financiera y la disponibilidad de descuentos para atención de caridad. Además, las declaraciones de los pacientes deben incluir un lenguaje estándar que informe a los pacientes que pueden solicitar una evaluación financiera para determinar la elegibilidad para descuentos para atención de caridad y cómo se puede hacer esa solicitud. Finalmente, el Hospital debe publicar de manera destacada sus políticas de asistencia financiera/caridad en sus sitios web. Estas comunicaciones deben estar en el idioma principal del paciente en la medida de lo posible.

Antes de comenzar cualquier actividad de cobranza contra un paciente, el Hospital debe proporcionar un resumen en lenguaje sencillo de los derechos del paciente de conformidad con AB 774 y la Ley Rosenthal de Prácticas Justas de Cobro de Deudas. El lenguaje resumido será suficiente si aparece considerablemente de la siguiente forma: las leyes estatales y federales exigen que los cobradores de deudas lo traten de manera justa y prohíben que los cobradores hagan declaraciones falsas o amenazas de violencia, utilicen lenguaje obsceno o profano y hagan comunicaciones inapropiadas ante terceros, incluido su empleador. Excepto en circunstancias inusuales, los cobradores de deudas no pueden comunicarse antes de las 8:00 a.m. o después de las 9 p.m. En general, un cobrador de deudas puede ponerse en contacto con otra persona para confirmar su paradero o hacer cumplir un juicio. Para obtener más información sobre las actividades de cobranza de deudas, puede comunicarse con la Comisión Federal de Comercio por teléfono llamando al 1-877-FTC-HELP (382-4357) o en línea en [www.ftc.gov](http://www.ftc.gov). También debe incluir una declaración de que en el área puede haber disponible servicios de asesoramiento crediticio sin fines de lucro. La redacción anterior se incorporará en un archivo adjunto de correo de datos y se incluirá en el correo de datos inicial para todas las responsabilidades del paciente.

Una vez que se haya realizado una determinación de atención de caridad, se debe comunicar el resultado al paciente. Esa comunicación debe realizarse enviando al paciente el Anexo A (inglés o chino).

## APELACIONES

Los pacientes tienen el derecho de apelar las decisiones de atención de caridad del Hospital. Los pacientes deben presentar apelaciones por escrito que describan las razones por las que creen que la determinación de atención de caridad fue incorrecta. El Director de Finanzas del Hospital es responsable de revisar todas las apelaciones y tomar una determinación final. El Director Financiero puede delegar esta autoridad en el Director del Ciclo de Ingresos del Hospital. Se debe comunicar la determinación final al paciente por escrito.

## INFORMES A LA OSHPD

Según la Sección 127435 del Código de Salud y Seguridad, el Hospital debe proporcionar a la OSHPD una copia de los documentos que se detallan a continuación. Los informes a la OSHPD serán responsabilidad del departamento de Servicios Financieros para Pacientes.

- Política de atención de caridad
- Política de pago con descuento (atención de caridad parcial o escala tarifaria progresiva)
- Procedimientos de elegibilidad para estas políticas

- Proceso de revisión
- Formulario de solicitud

Los documentos deben entregarse al menos cada dos años el 1 de enero o cuando se realice un cambio significativo. Si no se realizó ningún cambio significativo en la política ya que la información se proporcionó previamente, puede notificar a la OSHPD de la falta de cambio para satisfacer este requisito. La OSHPD tiene la autoridad para exigir el envío electrónico y se le exige que ponga toda la información a disposición del público.

**Declaración Confidencial de Información Financiera (solicitud)**

Nombre del paciente:	Fecha de servicio:
Número del paciente:	

**Parte responsable**

Nombre	Estado civil	Número de Seguro Social
Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal	Hace cuánto que reside en esta dirección	Teléfono del hogar
Nombre y dirección del empleador		Teléfono laboral
Puesto/Cargo	Ingreso mensual - Bruto	Ingreso mensual - Neto
Hace cuánto que está en el empleo actual		

**Cónyuge**

Nombre	Número de Seguro Social	
Nombre y dirección del empleador	Teléfono laboral	
Puesto/Cargo	Ingreso mensual - Bruto \$	Ingreso mensual - Neto \$
Hace cuánto que está en el empleo actual		

**Dependientes**

Nombre y año de nacimiento de todos los dependientes del hogar	Número total de dependientes	¿Alguna otra persona aporta? (Sí/No)  Si la respuesta es Sí, monto: \$
--	------------------------------	---

**Ingresos por mes y bienes**

Dividendos, Intereses	\$	Manutención de niños/Cuota alimentaria	\$
Asistencia Pública/Cupones para Alimentos	\$	Ingreso de alquileres	\$
Seguro Social	\$	Subsidios	\$
Compensación a trabajadores	\$	IRA	\$
Ahorros	\$	Otro	\$

**Gastos por mes**

Hipoteca / Pago de alquiler	\$	¿Es propietario de su hogar? (Sí/No):
-----------------------------	----	---------------------------------------

Saldo de la hipoteca	\$		
Alimentos	\$	Médico / Dental	\$
Servicios públicos	\$	Médico - Nombre	\$
Electricidad	\$	Médico - Nombre	\$
Gas	\$	Médico - Nombre	\$
Agua / Alcantarillado	\$	Tarjetas de crédito	\$
Residuos	\$	Visa Límite	\$
Teléfono	\$	MasterCard Límite	\$
TV por cable	\$	Discover Límite	\$
Pagos automotor	\$	Otra Límite	\$
Gastos automotor	\$	Cuotas de préstamos	\$
Seguro	\$	Manutención de niños / Cuota alimentaria	\$
Seguro automotor	\$	Gastos varios	\$
Seguro de vida	\$		
Seguro médico	\$		
SOLO PARA USO DE LA OFICINA		A mi leal saber y atender, la información provista arriba es verdadera. Autorizo que el Hospital o su agente obtenga un Informe de la Oficina de Créditos para verificar mi situación financiera.	
Ingresos brutos _____			
Ingresos netos _____			
Gastos totales _____			
Ingresos netos totales/(pérdida) _____			
		_____	_____
		FIRMA	DEL PACIENTE/GARANTE
			FECHA

Anexo A



**CHINESE HOSPITAL**

845 JACKSON STREET, SAN FRANCISCO, CA 94133

Chinese Hospital  
845 Jackson Street  
San Francisco, CA 94133

Fecha

Nombre del garante  
Dirección del garante

Ref.: Número de cuenta:  
Nombre del paciente:  
Fechas de servicio:  
Saldo de la cuenta:

- Se ha revisado su cuenta para posible asistencia de caridad. Después de revisar toda su documentación financiera presentada, se ha determinado que cumple con las pautas de elegibilidad para la asistencia completa de caridad en esta cuenta.
- Se ha revisado su cuenta para posible asistencia de caridad. Después de revisar toda su documentación financiera presentada, se ha determinado que no cumple con las pautas de elegibilidad para la asistencia completa de caridad en esta cuenta.
- Se ha revisado su cuenta para posible asistencia de caridad. Después de revisar toda su documentación financiera presentada, se ha determinado que cumple con las pautas de elegibilidad para la asistencia parcial de caridad en esta cuenta. La porción restante es (saldo de la cuenta), la cual es su responsabilidad pagar.

Si considera que esta decisión es errónea, tiene derecho a presentar una apelación. Debe presentar su apelación por escrito, estar dirigida al Director de Servicios Financieros para Pacientes y ser enviada por correo a la dirección que figura en esta carta.

Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nosotros llamando al 415-982-2400 durante el horario de atención normal.

Departamento de Servicios Financieros para Pacientes  
Chinese Hospital  
415-982-2400