



CHINESE HOSPITAL

POLICY & PROCEDURE # 60.22
SECTION: Financial Services
DATE OF ORIGIN: 06/20
REVISED _____

HOSPITAL CHINO POLÍTICA DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

I. POLÍTICA:

Para gestionar sus recursos de manera responsable y permitir que el Hospital Chino preste asistencia a las personas necesitadas, chinese Hospital establece esta política con respecto a la facturación de los pacientes por los servicios prestados por el Hospital Chino y el cobro de facturas de pacientes no remunerados. El proceso utilizado por el Hospital Chino para facturar a los pacientes y cobrar deudas no pagadas reflejará los valores del Hospital Chino de dignidad humana y administración, así como la responsabilidad personal de los pacientes de contribuir al costo de los servicios de atención médica que reciben del Hospital Chino.

II. FINALIDAD:

El propósito de esta política es establecer las pautas del Hospital Chino con respecto a la facturación y cobro de los pacientes que reciben servicios del Hospital Chino, incluyendo las prácticas de facturación y cobro de los proveedores que prestan servicios para el Hospital Chino.

III. DEFINICIONES:

Período de aplicación

El posterior de: (i) 360 días a partir del alta del paciente del hospital o la fecha del Servicio Elegible del paciente, o (ii) 240 días a partir de la fecha de la factura inicial posterior al alta para el Servicio Elegible.

Proveedor autorizado

Un Vendedor Autorizado es un proveedor externo autorizado por el Hospital Chino para realizar diversas funciones para el Hospital Chino, incluyendo, pero no limitado a, la facturación de pacientes y el cobro de facturas de pacientes no pagados.

Cuidado de la caridad

Charity Care es asistencia financiera completa a pacientes calificados que libera al paciente y a su garante de toda su obligación financiera de pagar por los Servicios Elegibles. Charity Care no reduce la cantidad, si la hubiera, que un tercero puede estar obligado a pagar por los Servicios Elegibles proporcionados al paciente.

Cuidado con descuentos

La Atención Con descuento es asistencia financiera parcial a los pacientes calificados para aliviar al paciente y a su garante de una parte de su obligación financiera de pagar por los Servicios Elegibles (como se define a continuación). La atención con descuento no reduce la cantidad, si la hubiera, que un tercero puede estar obligado a pagar por los Servicios Elegibles proporcionados al paciente.

Agencia de Recaudación

Un Vendedor Autorizado que participa en actividades de cobro de deudas después de que el paciente no ha pagado, o hacer arreglos aceptables para el Hospital Chino para pagar, una factura emitida como parte del ciclo de facturación normal del hospital. El término Agencia de Cobro no incluye a un Vendedor Autorizado que lleve a cabo la función normal de facturación del Hospital Chino.

Atención médicamente necesaria/Servicios elegibles

La atención médica necesaria se define como cualquier atención médica necesaria para hospitalismo, ambulatorio o emergencia que si no se trata con prontitud resultaría en un cambio adverso en el estado de salud y no es totalmente electiva para la comodidad y/ o conveniencia del paciente. Los honorarios profesionales que no son facturados por el Hospital Chino no estarán cubiertos por esta Política de Asistencia Financiera, excepto según lo previsto en otras políticas o contratos.

Atención médica de emergencia

Atención médica de emergencia significa atención proporcionada por un centro hospitalario para:

a Una afección médica que se manifieste por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) de tal manera que se pueda esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata dé lugar a:

- (i) Poner en grave peligro la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo por nacer);
- (ii) Deterioro grave de las funciones corporales, o
- (iii) Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo;

O

b Una mujer embarazada que está teniendo contracciones, cuando

- (i) No hay tiempo suficiente para realizar un traslado seguro a otro hospital antes del parto, o
- (ii) Esa transferencia puede suponer una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del feto.

Gastos de vida esenciales

Los gastos de vida esenciales incluyen cualquiera de los siguientes: alquiler o pago de la casa y mantenimiento, alimentos y suministros para el hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, cuidado escolar o infantil, manutención infantil o conponsal, gastos de transporte y automóviles, incluyendo seguros, gas y reparaciones, pagos a plazos, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.

Acciones extraordinarias de cobro (TA) Los FA incluyen lo siguiente:

- (a) Vender la deuda de una persona con otra parte, excepto según lo dispuesto expresamente por la ley federal;
- (b) Informar de información adversa sobre la persona a las agencias de crédito al consumo;
- (c) Aplazar o negar, o exigir un pago antes de proporcionar, Atención Médicamente Necesaria debido al impago de una persona de una o más facturas por la atención previamente proporcionada cubierta por la Política de Asistencia Financiera de la instalación hospitalaria; y
- (d) Ciertas acciones que requieren un proceso legal o judicial según lo especificado por la ley federal, incluyendo algunos gravámenes, ejecuciones hipotecarias sobre bienes raíces, embargos / incautaciones, iniciar una acción civil, hacer que una persona sea sujeta a una orden de apego, y embargar los salarios de una persona.

Los TCE no incluyen ningún gravamen que un hospital tenga derecho a afirmar en virtud de la legislación estatal sobre el producto de una sentencia, acuerdo o compromiso adeudado a una persona (o su representante) como resultado de lesiones personales por las que un hospital prestó atención.

Nivel Federal de Pobreza

La FPL se define por las directrices sobre pobreza actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos. Se puede hacer referencia a las directrices actuales de FPL en <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Política de Asistencia Financiera

La Política de Asistencia Financiera es la política que Chinese Hospital ha establecido para la prestación de Atención de Caridad y Cuidado Con Descuento para pacientes elegibles, que se conocen colectivamente en esta y otras políticas como "Asistencia Financiera".

Ingresos

Ingreso Bruto Ajustado Modificado (MAGI, por susntado, por susntado por el IRS).

Atención médicamente necesaria

Servicios y suministros hospitalarios y otros servicios de atención médica necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, enfermedad o sus síntomas y que cumplan con las normas de práctica aceptadas. La atención médicamente necesaria no incluye el cuidado relacionado con procedimientos cosméticos que están destinados únicamente a mejorar el atractivo estético de una parte del cuerpo que funciona normalmente.

Familia del Paciente

La familia de un paciente incluye al paciente y:

- (a) Para personas de 18 años o más, cónyuge, pareja doméstica, tal como se define en la Sección 297 del Código de Familia y los hijos dependientes menores de 21 años, ya sea que vivan en casa o no.

(b) Para personas menores de 18 años de edad, un padre, parientes 21 años de edad que son hijos del padre o pariente del cuidador.

Ingresos Familiares del Paciente

Los ingresos anuales obtenidos por la familia del paciente en los 12 meses anteriores a la fecha en que se proporcionó el servicio del Hospital Chino.

Paciente con altos costos médicos

Un paciente que tiene cobertura de salud, y que también cumple con uno de los siguientes dos criterios:

- (a) Los costos anuales de su bolsillo incurridos por el paciente en el centro hospitalario exceden el 10% de los Ingresos Familiares del Paciente (definidos anteriormente) en los 12 meses anteriores; o o
- (b) Los gastos médicos anuales de su bolsillo exceden el 10% de los Ingresos Familiares del Paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos del paciente pagados por el paciente o la Familia del Paciente en los 12 meses anteriores.

Determinación presunta de elegibilidad

La determinación presunta de elegibilidad es el proceso de determinar la elegibilidad de un paciente para la Asistencia Financiera basada en información que no sea la proporcionada por el paciente, como la calificación en otros programas basados en el bienestar, el estatus de personas sin hogar, o basado en una determinación de elegibilidad de Asistencia Financiera previa. (Tenga en cuenta que las referencias a "Elegibilidad presunta" en esta Política de Facturación y Cobro del Paciente se refieren a Elegibilidad Presunta para Asistencia Financiera y no se refieren a la Elegibilidad Presunta del Hospital Medi-Cal a menos que se especifique lo contrario.) El Hospital Chino puede utilizar un proceso de Determinación de Elegibilidad Presunta para proporcionar Cuidado de Caridad o Cuidado Con Descuento con respecto a cualquier categoría de Asistencia Financiera. Al hacer una determinación de elegibilidad presunta, Chinese Hospital puede basarse en la información incluida en las bases de datos disponibles al público y en la información proporcionada por terceros proveedores que utilizan bases de datos disponibles públicamente para estimar si un paciente tiene derecho a asistencia financiera. Este proceso de detección está diseñado para emular la Solicitud de Asistencia Financiera del Hospital Chino y la información devuelta a través del proceso de detección constituirá documentación adecuada cuando el paciente no disponga de información adicional. El proceso proporciona una estimación de los ingresos y el tamaño del hogar del paciente y analiza otros factores relacionados con la necesidad financiera del paciente.

Plan de Pago Razonable

Un Plan de Pago Razonable es un plan de pago extendido en el que los pagos mensuales no son más del 10% de un Ingreso Familiar del Paciente durante un mes neto de deducciones por Gastos de Vida (como se definió anteriormente).

Paciente no asegurado

Un paciente no asegurado es un paciente que no tiene cobertura de salud de una aseguradora de salud, plan de servicio de atención médica, programa de atención médica patrocinado por el gobierno (por ejemplo, Medicare o Medicaid), y cuya lesión no es una lesión compensable para propósitos de compensación de trabajadores, seguro de automóvil u otro seguro o pagador de terceros según lo determinado y documentado por el hospital. Los pacientes identificados como personas sin hogar, o que están cubiertos por otro programa estatal de Medicaid pueden considerarse elegibles para el Cuidado de Caridad.

IV. DEPARTAMENTOS PRINCIPALMENTE AFECTADOS:

Todas las entidades del Hospital Chino que proporcionan Servicios Elegibles.

V. ORIENTACIONES

A. Avisos requeridos en todos los estados de cuenta

El Hospital Chino hará todos los esfuerzos razonables para proporcionar a todos los pacientes que reciban atención (ya sea de emergencia, hospitalizado o ambulatorio) desde un centro del Hospital Chino y pueden ser facturados por esa atención con una notificación escrita visible en cada estado de cuenta que incluya lo siguiente:

1. Información sobre la disponibilidad de la Política de Asistencia Financiera del Hospital Chino y otros descuentos disponibles en el Hospital Chino;
2. Información sobre la elegibilidad para asistencia financiera y otros descuentos;
3. Información de contacto (*es decir*, número de teléfono) para un empleado u oficina del hospital de la que la persona puede obtener más información sobre la Política de Asistencia Financiera del Hospital Chino y otros descuentos; y
4. El sitio web directo donde se pueden obtener copias de la Política de Asistencia Financiera, el formulario de solicitud de Asistencia Financiera y el resumen en lenguaje claro de la Política de Asistencia Financiera.

B. Aviso adicional a los pacientes que no han proporcionado prueba de salud Cobertura

Si un paciente no ha proporcionado una prueba de cobertura de salud por parte de un tercero en el momento en que se proporciona la atención o en el momento en que el paciente es dado de alta, la primera factura post-alta del Hospital Chino proporcionará al paciente una factura que contiene un aviso claro y visible que incluye la siguiente información:

1. Una declaración de cargos por los servicios prestados;

2. Una solicitud de que el paciente informe al hospital si el paciente tiene cobertura para los cargos a través del seguro de salud, un plan de servicio de salud, un programa de salud patrocinado por el gobierno u otra cobertura;
3. Una declaración de que, si el paciente no tiene cobertura de seguro de salud para los cargos, el paciente puede ser elegible para (i) un programa de atención médica patrocinado por el gobierno, como Medicare, Medicaid o CHIP, (ii) cobertura ofrecida a través de un Intercambio de Beneficios de Salud, (iii) cobertura a través de otros programas de salud financiados por el estado o el condado (por ejemplo, el programa de Servicios para Niños de California) o (iv) Asistencia Financiera del Hospital Chino bajo su Política de Asistencia Financiera;
4. Una declaración que indique cómo los pacientes pueden obtener solicitudes para los programas enumerados en (3) arriba y que el hospital proporcionará las solicitudes;
5. La siguiente información sobre la elegibilidad para la asistencia financiera en el Hospital Chino y la Solicitud de Asistencia Financiera del Hospital Chino:
 - (a) Una declaración si el paciente carece, o tiene un seguro inadecuado y cumple con los requisitos de elegibilidad del Hospital Chino, incluyendo los requisitos de ingresos bajos y moderados, el paciente puede calificar para atención con descuento o atención benéfica; y
 - (b) El nombre y el número de teléfono de un empleado u oficina del hospital donde el paciente puede obtener información sobre la Política de Asistencia Financiera del Hospital Chino, una solicitud de Asistencia Financiera y cómo solicitar esa asistencia.
 - (c) Una declaración de que si un paciente solicita, o tiene una solicitud pendiente para otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo que solicita Asistencia Financiera, ninguna de las solicitudes impedirá la elegibilidad para el otro programa.
6. Un aviso que describe el descuento del paciente no asegurado del hospital chino.

C. Estimación de cargos y solicitud de asistencia financiera a petición de Pacientes no asegurados

A petición de un Paciente No Asegurado, el Hospital Chino proporcionará al paciente: (1) una estimación por escrito de la cantidad que el hospital requerirá que el paciente pague por los servicios de atención médica, procedimientos y suministros que se espera razonablemente que el hospital proporcione al paciente, sobre la base de una duración media de la estancia y los servicios proporcionados para el diagnóstico del paciente y (2) una solicitud de Asistencia Financiera. Esta disposición no se aplica a un paciente que recibe Atención de Emergencia.

D. Aviso antes de iniciar los ECA

Al menos 30 días antes de iniciar ECAs, Chinese Hospital o su Vendedor Autorizado hará todo lo siguiente:

1. Proporcione al paciente un aviso por escrito ("Aviso de la CEPA") que:

- (a) Indique que la Asistencia Financiera está disponible para personas elegibles;
- (b) Identificar las CEPA que el centro hospitalario o el Vendedor Autorizado tiene la intención de iniciar para obtener el pago de la atención;
- (c) indicar un plazo después del cual podrán iniciarse tales TCE que no sea anterior a 30 días después de la fecha en que se notifique la notificación por escrito del TCE;
- (d) Incluya la siguiente declaración o cualquier otra declaración requerida por una enmienda al Código de Salud y Seguridad de California n.o 127430: "Las leyes estatales y federales requieren que los cobradores de deudas lo traten de manera justa y prohíben a los cobradores de deudas hacer declaraciones falsas o amenazas de violencia, usar lenguaje obsceno o profano, y hacer comunicaciones inadecuadas con terceros, incluido su empleador. Excepto en circunstancias inusuales, los cobradores de deudas no pueden comunicarse con usted antes de las 8:00 a.m. o después de las 9:00 p.m. En general, un cobrador de deudas no puede dar información sobre su deuda a otra persona, que no sea su abogado o cónyuge. Un cobrador de deudas puede comunicarse con otra persona para confirmar su ubicación o para hacer cumplir una sentencia. Para obtener más información sobre las actividades de cobro de deudas, puede comunicarse con la Comisión Federal de Comercio por teléfono al 1- 877-FTC-HELP (382-4357) o en línea en www.ftc.gov";
- (e) Incluir una declaración de que los servicios de asesoramiento crediticio sin fines de lucro pueden estar disponibles en el área.

2. Proporcione al paciente el resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera del Hospital Chino con el Aviso de la TCE escrito descrito en la sección V.D.1 anterior.

3. Haga un esfuerzo razonable para notificar oralmente al paciente sobre la Política de Asistencia Financiera del Hospital Chino y cómo el paciente puede obtener asistencia para presentar una solicitud de Asistencia Financiera.

E. Traducciones

Todos los avisos de facturación y cobro, junto con las comunicaciones legalmente requeridas con respecto a dichos avisos, se traducirán a los idiomas principales hablados en la comunidad que la instalación sirve y las traducciones estarán disponibles bajo petición.

F. Proveedores autorizados

Chinese Hospital puede utilizar Proveedores Autorizados para producir y enviar cartas, avisos y/o facturas u otras declaraciones a los pacientes con respecto a las cantidades adeudadas por el paciente y para contactar a los pacientes con respecto al pago de sus facturas no pagadas. Todos los Proveedores Autorizados cumplirán con esta Política de Facturación y Cobro y los procedimientos estándar del Hospital Chino relacionados con todas esas comunicaciones.

G. Interés

El Hospital Chino cobrará intereses sobre las facturas no pagadas a partir de que las cuentas hayan sido remitidas a una Agencia de Recaudación. El cobro de intereses sobre cualquier factura impagada no es un TCE y no se considera una acción de cobro sujeta a las restricciones descritas a continuación.

H. Acciones extraordinarias de recaudación (TA)

Chinese Hospital o sus Proveedores Autorizados pueden emplear los siguientes ECA, sujeto a las restricciones descritas a continuación:

1. Informes de crédito.

(a) Para los pacientes elegibles para asistencia financiera bajo la Política de Asistencia Financiera del Hospital Chino, ni el Hospital Chino ni ninguno de sus Proveedores Autorizados reportarán información adversa a una agencia de informes de crédito al consumo para que no sean pagos en cualquier momento antes de 150 días después de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta.

2. Acciones civiles (por ejemplo, litigios, exámenes de deudores).

(a) Para pacientes no asegurados o pacientes con altos costos médicos (según se define en la Política de Asistencia Financiera del Hospital Chino), ni el Hospital Chino ni ninguno de sus Proveedores Autorizados iniciarán acciones civiles por falta de pagos en cualquier momento antes de 150 días después de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta.

(b) Esta restricción no impide que las instalaciones del Hospital chino persigan el reembolso de acuerdos de responsabilidad de terceros, a los tortfeasors u otras partes legalmente responsables.

(c) Los costos, incluidos los honorarios de abogados, asociados con cualquier acción legal que el Hospital Chino o sus Proveedores Autorizados estén obligados a tomar también pueden ser responsabilidad del paciente.

3. Renovación de sentencias existentes.

4. Gravámenes de propiedad.

(a) El Hospital Chino y sus Vendedores Autorizados que sean afiliados o subsidiarias del Hospital Chino no colocarán gravámenes en la residencia principal de un paciente elegible para Asistencia Financiera bajo la Política de Asistencia Financiera como medio de cobrar facturas hospitalarias no pagadas.

(b) Los Vendedores Autorizados que no sean afiliados o subsidiarias del Hospital Chino no notarán ni llevarán a cabo una venta de la residencia principal de un paciente elegible para Asistencia Financiera bajo la Política de Asistencia Financiera como un medio de cobrar facturas hospitalarias no pagadas.

5. Embargos salariales.

(a) El Hospital Chino o sus Vendedores Autorizados que sean afiliados o subsidiarias del Hospital Chino no presentarán una orden de embargo contra un paciente elegible para Asistencia

Financiera bajo la Política de Asistencia Financiera como un medio de cobrar facturas hospitalarias no pagadas.

(b) Los Vendedores Autorizados del Hospital Chino que no sean afiliados o subsidiarias del Hospital Chino no presentarán una orden de embargo contra un paciente elegible para asistencia financiera bajo la Política de Asistencia Financiera, a menos que dicha orden sea por orden del tribunal tras una moción nota, respaldada por una declaración presentada por el movimiento que identifica la base para la cual cree que el paciente tiene la capacidad de hacer pagos sobre la sentencia bajo el embargo salarial.

(c) Los montos salariales no excederán los límites permitidos por las leyes estatales.

I. Cronología de facturación y cobros

1. El Hospital Chino y sus Proveedores Autorizados enviarán a cada paciente o garante una factura por cargos hospitalarios no pagados que cumpla con los requisitos descritos anteriormente después del alta. El Hospital Chino también puede enviar declaraciones de seguimiento periódicamente a partir de entonces.

2. 120 días después de la fecha de la primera factura posterior a la baja (para el episodio más reciente de atención, si hay varios episodios cubiertos por una sola factura y para los cuales el paciente recibe un solo Aviso de la TCE), la cuenta puede ser remitida a un Vendedor Autorizado que es una Agencia de Recaudación. Antes de la remisión a la Agencia de Recaudación, el Hospital Chino o su Vendedor Autorizado proporcionará al paciente un Aviso de ECA, como se describió anteriormente.

3. El paciente o garante del paciente puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento durante el Período de solicitud. Si la solicitud se presenta después de que el Período de Solicitud haya terminado, el Hospital Chino puede denegar la solicitud. Sin embargo, el Hospital Chino considerará las razones por las que la solicitud no se presentó durante el Período de Solicitud y podrá tramitar la solicitud si determina que el Solicitante actuó razonablemente a pesar de que la solicitud no se presentó oportunamente.

J. Extensiones de línea de tiempo y acuerdos de pago

1. Suspensión de AS para solicitudes de asistencia financiera incompletas. Si un El paciente presenta una solicitud de Asistencia Financiera incompleta durante el Período de Solicitud, el Hospital Chino:

(a) Proporcione al paciente una notificación por escrito que describa la información necesaria para completar la solicitud de Asistencia Financiera, incluida la información de contacto de la oficina del Hospital Chino que puede proporcionar información sobre la Política de Asistencia Financiera y para la oficina del hospital, una organización sin fines de lucro o una agencia gubernamental que puede ayudar con las solicitudes de Asistencia Financiera, y

(b) Dejar de iniciar cualquier ECA o tomar medidas adicionales sobre cualquier ECAs previamente iniciado hasta que el paciente no haya respondido a las solicitudes de información / documentación adicional en un plazo de 30 días.

2. Suspensión de REEVALUA para la tramitación de solicitudes completas de asistencia financiera.

(a) Si un paciente con facturas impagadas completa por completo una solicitud de Asistencia Financiera (ya sea inicialmente o modificando una solicitud incompleta dentro del período de tiempo razonable asignado) y presenta oportunamente toda la documentación requerida después de que se haya iniciado una SOLICITUD de asistencia financiera, el Hospital Chino y sus Proveedores Autorizados dejarán de iniciar cualquier ECA o a tomar medidas adicionales sobre cualquier ECA previamente iniciada hasta que se haga una determinación de elegibilidad en cuanto a la solicitud de Asistencia Financiera del paciente.

(b) If the patient is determined to be eligible for Financial Assistance under the Financial Assistance Policy, any amount over an amount stated in the Internal Revenue Bulletin (this amount is currently \$5, but is subject to change) that he or she has paid for Eligible Services in excess of the adjusted amount pursuant to the Financial Assistance Policy will be refunded and Chinese Hospital will take all reasonably available measures to reverse any ECA undertaken.

(c) If Chinese Hospital determines the patient is eligible for Financial Assistance, it will also provide the patient with a billing statement indicating the amount owed as a Financial Assistance-eligible patient, how that amount was determined and how the patient can obtain information regarding the amounts billed.

3. Extended Payment Plans

(a) If a patient is eligible for Discounted Care because the Patient's Family Income is between 200-350% of the FPL, then upon request, Chinese Hospital will provide an extended payment plan, which will allow payment of the discounted price over time. Chinese Hospital and the patient shall negotiate the terms of the payment plan, and take into consideration the Patient's Family Income and Essential Living Expenses. If the hospital and the patient cannot agree on the payment plan, the hospital shall implement a Reasonable Payment Plan.

(b) If a patient is eligible for Discounted Care because the Patient's Family Income is between 350-500% of the FPL, then upon request, Chinese Hospital will provide an extended payment plan that allows for the payment of the discounted amount over not more than a 30-month period.

(c) In all other cases, Chinese Hospital or its Authorized Vendor will seek to negotiate an extended payment plan that is acceptable to both Chinese Hospital and the patient.

(d) Extended payment plans offered by Chinese Hospital to assist patients eligible for Financial Assistance will be interest-free.

(e) Chinese Hospital or an Authorized Vendor may declare an extended payment plan no longer operative after the patient's failure to make all consecutive payments due during a 90-day period. Before declaring the extended payment plan no longer operative, Chinese Hospital or any Authorized Vendor will:

- a. Make a reasonable attempt to contact the patient by telephone, and to give written notice that the extended payment plan may become inoperative, and of the opportunity to renegotiate the extended payment plan; and
- b. Attempt to renegotiate the terms of the defaulted extended payment plan, if requested by the patient.

(f) Chinese Hospital or any Authorized Vendor, including a Collection Agency, will not report adverse information to a consumer credit reporting agency or commence a civil action against the patient or responsible party for nonpayment before the extended payment plan is declared to be no longer operative. The notice and telephone call to the patient described above may be made to the last known telephone number and address of the patient.

K. Bankruptcy Accounts

1. Upon receipt of a bankruptcy notification, Chinese Hospital will cease all collection attempts, including assignment to a Collection Agency. The patient/debtor will not be contacted by any method, including phone calls, letters, or statements after receipt of the notification. All communication, if necessary, must occur with the trustee or the attorney assigned to the case.

L. Defining Collection Agency Practices

1. Standards: Chinese Hospital shall define the Chinese Hospital values-based standards and scope of practices to be used by their Authorized Vendors and obtain written agreements from such Authorized Vendors that they will adhere to such standards and scope of practices. This includes requiring Authorized Vendors to comply with The Fair Debt Collection Practices Act (FDCPA) and all applicable state and federal laws, including Health & Safety Code §127400, et seq. and IRC §501(r) and associated regulations.
2. Approach: Authorized Vendors must make reasonable attempts to work with a patient with unpaid bills to resolve his/her account. Aggressive or unethical collection practices are not tolerated by Chinese Hospital.

VI. REFERENCES

Internal Revenue Code (IRC) Section 501(c)(3) and Section 501(c)(4)
Health & Safety Code §127400



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. 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