

Estado

Activo

Id. de
PolicyStat

15896396



Versión inicial 15/1/2020

Últ. 22/5/2024
aprobación

Ent. en vigor 22/5/2024

Próx. revisión 22/5/2027

Propietario Kathleen
Graham: DIR.
EJEC. DE CICLO
DE
INGRESOS

Área Ciclo de Ingresos
(categoría)

Aplicabilidad Hoag Memorial
Hospital
Presbyterian,
Hoag Clinic y
Hoag Orthopedic
Institute

Política del Programa de Asistencia Financiera (FAP)

PROPÓSITO:

El propósito de esta política es garantizar un método justo, no discriminatorio, eficaz y uniforme para la prestación de asistencia financiera a personas elegibles que no pueden pagar, en su totalidad o de forma parcial, la atención médica que necesitan. Esta política describe el Programa de Asistencia Financiera (FAP) de Hoag y establece las pautas operativas de Hoag en relación con la disponibilidad de asistencia financiera (incluida la atención benéfica y el pago con descuento) y la elegibilidad para recibirla para pacientes que demuestran necesidad financiera, según se explica a continuación.

ALCANCE:

Esta política abarca a los departamentos de pacientes hospitalizados y ambulatorios de Hoag.

PERSONAL AUTORIZADO:

Especialista en asistencia financiera, gerente de oficina comercial, gerente de pago por cuenta propia, supervisor de pago por cuenta propia/atención benéfica, cobradores de pago por cuenta propia, consejeros financieros, supervisores de PAS, pacientes asegurados y sin seguro

1. POLÍTICA:

- A. Hoag pretende abordar las necesidades financieras y de atención médica de los pacientes y, al mismo tiempo, mantener el compromiso con la administración de los recursos de Hoag. Para garantizar que Hoag obtenga un reembolso adecuado por los servicios prestados, existen varias opciones de pago y programas disponibles para satisfacer las necesidades de los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que demuestran tener necesidades financieras.

- B. El Programa de Asistencia Financiera de Hoag se promociona ampliamente, incluso en el sitio web de Hoag, en carteles en todo el hospital y en los departamentos para pacientes ambulatorios, y a través de avisos e información brindados a los pacientes al momento de recibir tratamiento, después del alta o a petición del paciente.
- C. Los procesos de facturación a pacientes deberán cumplir con las leyes y regulaciones aplicables y con las políticas de Hoag relevantes para la asistencia financiera de pacientes:
 - I. Todos los pacientes de Hoag reciben información sobre el Programa de Asistencia Financiera de Hoag en el momento en que se brinda la atención, en el momento del alta o cuando se facturan los servicios.
 - II. Todos los pacientes de Hoag pueden solicitar asistencia financiera, y la elegibilidad para recibir asistencia se basa en la necesidad financiera demostrada.
 - III. El acceso a la atención necesaria no se verá afectado de ninguna manera por el hecho de que un paciente sea elegible para recibir asistencia financiera y siempre se brindará atención médicamente necesaria en la medida en que Hoag pueda hacerlo razonablemente.
 - IV. La necesidad de obtener asistencia financiera es un tema delicado y profundamente personal para los pacientes. Todos los empleados de Hoag mantendrán la confidencialidad de las solicitudes de asistencia financiera, la información obtenida en el proceso de solicitud y la aprobación o denegación de asistencia financiera.
 - V. En un esfuerzo por garantizar que se satisfagan las necesidades de atención médica posaguda y de seguimiento de los pacientes, a los pacientes que carecen de cobertura de seguro de terceros se les ofrece información sobre cómo solicitar cobertura a través de Medicare, Medicaid, Medi-Cal, Healthy Families Program (CA), Covered California (CA) u otros programas de cobertura de salud financiados por el estado o el condado. Hoag ayudará a los pacientes a presentar solicitudes para programas patrocinados por el Gobierno y realizará el seguimiento hasta la aceptación o el rechazo.

2. LISTA DE PROFESIONALES SUJETOS AL FAP DE HOAG:

- A. Los médicos de medicina de emergencia que brindan servicios a pacientes en el Departamento de Emergencias de Hoag en cualquiera de los campus de Hoag Hospital están obligados por ley a brindar descuentos a pacientes sin seguro y a pacientes con costos médicos elevados que se encuentran en el 400 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL) o por debajo de él. Además, Hoag dispone de una lista de médicos, grupos médicos y otros proveedores de atención médica que brindan servicios a los pacientes de Hoag en la que se identifica a aquellos que ofrecen atención con descuento a través del Programa de Asistencia Financiera de Hoag. Hoag entregará esta lista a cualquier paciente que solicite una copia. La lista de proveedores también se puede encontrar en línea en el sitio web de Hoag: www.hoag.org.

3. PROCESO DE FACTURACIÓN Y DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR AYUDA FINANCIERA:

- A. Se espera que el costo o la parte de responsabilidad estimados del paciente se cobren en su totalidad antes de la prestación del servicio o en ese momento. Si un paciente tiene cobertura de seguro para el servicio, se solicitará su copago u otra parte de responsabilidad de pago en el momento del servicio, y se facturará al seguro. Si un paciente declara que no tiene cobertura de seguro y no puede pagar el total en el momento del servicio, se ofrecerán opciones y programas de pago que serán consistentes con el orden descrito a continuación:

- I. Se solicitará el pago total.
- II. Hoag ofrecerá un plan de pago razonable basado en el costo estimado de la atención y se solicitará un pago de depósito en caso de que Hoag y el paciente acuerden un plan de pago razonable.
- III. Hoag ayudará a los pacientes a determinar su elegibilidad para programas financiados por el Gobierno, entre los que se incluyen:
 - a. Medicare
 - b. Medi-Cal (CA)
 - c. Covered California
 - d. Otros programas de cobertura médica financiados por el estado y el condado
- IV. Cuando no se pueda determinar una solución de pago en las etapas I a III anteriores, se deben considerar las opciones de atención benéfica o pago con descuento disponibles para el paciente. Las solicitudes pendientes para programas de salud financiados por el Gobierno no impedirán la elegibilidad del paciente para recibir atención benéfica o atención con descuento.
Importante: Si en algún momento un paciente pide información o una solicitud de asistencia financiera de Hoag, esto se le proporcionará de inmediato.

4. RESUMEN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA:

- A. El Programa de Asistencia Financiera de Hoag garantiza que la atención médica médicamente necesaria se brinde con descuento o sin costo alguno a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que cumplan con los requisitos de elegibilidad financiera. Cualquier paciente sin seguro o con seguro insuficiente que no pueda pagar su factura de Hoag y cuyos ingresos cumplan con las pautas del nivel federal de pobreza (FPL) que se establecen a continuación se considerará elegible para recibir asistencia a través del Programa de Asistencia Financiera de Hoag de acuerdo con esas pautas. Además, los pacientes que deban afrontar costos médicos elevados calificados podrían considerarse elegibles para recibir asistencia financiera.
- B. Hoag se propone brindar servicios de atención médica en las comunidades a las que atiende con la máxima dignidad y compasión por cada paciente y familia bajo su cuidado. En un ambiente confidencial y solidario, los pacientes reciben asistencia financiera para pagar sus facturas de Hoag, lo que garantiza el acceso a los servicios de atención médica que necesitan. Este apoyo se considera un elemento esencial para honrar su dignidad humana y permitirles vivir con mayor salud y plenitud, así como ser más capaces de contribuir al bien común.

5. LLENADO DE LA SOLICITUD DEL FAP:

- A. A petición del paciente, se proporcionará una solicitud del Programa de Asistencia Financiera (FAP). El personal designado ayudará a los pacientes a completar la solicitud de asistencia financiera y determinar su elegibilidad para los beneficios de atención benéfica, pago con descuento o programas financiados por el Gobierno, si corresponde. Los avisos de asistencia financiera impresos en inglés y español también se colocan en las áreas de entrada pública de Hoag. Se dispone de servicios de interpretación para abordar cualquier pregunta o inquietud y ayudar a completar la solicitud de asistencia financiera.
- B. Un paciente o representante del paciente que solicite un descuento, atención benéfica u otra asistencia para cumplir con su obligación financiera con Hoag deberá hacer todos los esfuerzos razonables para proporcionar a Hoag documentación sobre ingresos y cobertura de beneficios de salud.

Si la persona solicita atención benéfica o un descuento, y no proporciona información que sea razonable y necesaria para que Hoag tome una determinación, Hoag puede considerar esa omisión al tomar su determinación.

- C. Al establecer la elegibilidad total o parcial en virtud del Programa de Asistencia Financiera, los términos de asistencia establecidos serán válidos por seis (6) meses a partir de la fecha de la carta de confirmación de la elegibilidad. Además, se incluirán como elegibles a otros saldos pendientes preexistentes de la cuenta del paciente al momento de determinar la elegibilidad, con exclusión de las excepciones establecidas en esta política. Después de seis (6) meses, el paciente deberá volver a presentar una solicitud para que se considere su elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera. Los descuentos asignados bajo el Programa de Asistencia Financiera solo se aplicarán a los servicios hospitalarios para los cuales se solicitó y aprobó la asistencia financiera, y a otros servicios hospitalarios brindados dentro de los seis (6) meses siguientes a dicha aprobación.
- D. Los sistemas financieros de Hoag se actualizarán para reflejar la atención benéfica o el monto con descuento utilizando el código de ajuste designado para el monto aprobado total o parcial.

6. FACTURACIÓN DEL PACIENTE:

- A. Los estados de cuenta enviados por correo al paciente incluirán un aviso claro y conciso en el que se le informará sobre el Programa de Asistencia Financiera de Hoag y la información de contacto adecuada.
 - I. Este aviso también deberá cumplir estas funciones:
 - a. Informar al paciente de que es posible que sea elegible para programas como Medicare, Medi-Cal (CA), Covered California u otros programas de cobertura de salud financiados por el estado o el condado.
 - b. Ofrecer asistencia al paciente para solicitar cualquiera de estos programas y comunicarle que Hoag le proporcionará una solicitud.
- B. Los pacientes en proceso de calificar para recibir asistencia financiera del Gobierno o para el Programa de Asistencia Financiera no serán asignados al área de cobranzas antes de los 180 días a partir de la fecha de facturación inicial posterior al alta/tratamiento.
- C. Si un paciente intenta calificar para la elegibilidad en virtud del Programa de Asistencia Financiera y procura de buena fe saldar una factura pendiente con Hoag negociando un plan de pago extendido o realizando pagos parciales regulares de una cantidad razonable, Hoag no enviará la cuenta impaga a ninguna agencia de cobranza u otro cesionario, a menos que esa entidad haya aceptado cumplir con las pautas descritas en la sección 127400 y subsiguientes del Código de Salud y Seguridad de California.
- D. Los pacientes asegurados o sin seguro que, a exclusivo criterio de Hoag, cooperan razonablemente para saldar una factura hospitalaria pendiente mediante pagos regulares y razonables de esta no serán derivados a una agencia de cobranza externa si hacerlo afectaría negativamente el crédito del paciente.
- E. Cualquier plan de pago extendido podrá ser declarado no vigente después de 90 días consecutivos sin que se registre un pago. Antes de declarar que el plan de pago extendido ya no está vigente, Hoag hará un intento razonable de comunicarse con el paciente por teléfono y notificarle por escrito que el plan de pago extendido podría dejar de estar en vigencia y de la oportunidad de renegociar el plan de pago extendido. Antes de que se declare el plan de pago extendido como no vigente, Hoag intentará renegociar los términos del plan de pago extendido predeterminado, si así lo solicita el paciente. Hoag no brindará información adversa a una agencia de informes crediticios de consumidores ni iniciará una acción civil contra el paciente o la parte responsable por la falta de pago en ningún momento dentro de los 180 días posteriores a la facturación inicial posterior al alta o antes del momento en que se declare que el plan de pago extendido ya no está vigente.

- F. Los pacientes que comuniquen que tienen pendiente una apelación de cobertura de servicios no serán derivados a cobranzas hasta que se tome la determinación final de esa apelación.

7. CÓMO SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA

- A. Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera presentando una solicitud del Programa de Asistencia Financiera completa. Se puede acceder a una solicitud del Programa de Asistencia Financiera visitando Hoag.org, enviando un correo electrónico a PFS@hoag.org o contactándose con Patient Financial Services (Servicios Financieros para Pacientes) al 949-764-8400.
 - I. El formulario de solicitud del Programa de Asistencia Financiera se puede enviar antes de la obtención del servicio, durante la hospitalización de un paciente o después de que se hayan brindado los servicios y se haya dado de alta al paciente.
 - II. En general, no se aceptará una solicitud para el Programa de Asistencia Financiera si se presenta más de 240 días después de la facturación inicial posterior al alta, excepto en los casos indicados en el Título 26 del CFR, artículo 1.501(r)6(c).
 - III. Hoag brindará asistencia para completar la solicitud para el Programa de Asistencia Financiera según sea necesario y también ofrecerá orientación o asistencia directa a los pacientes, según sea necesario, para facilitar la finalización de las solicitudes de programas gubernamentales para personas de bajos ingresos cuando el paciente pueda ser elegible.
 - IV. En el caso de los pacientes que hayan presentado una solicitud incompleta, Hoag tomará estas medidas:
 - a. Notificará al paciente por escrito que su solicitud del Programa de Asistencia Financiera está incompleta e indicará la lista de elementos e información pendientes.
 - b. Ofrecerá asistencia para completar la solicitud.
 - c. Después de que se brinde dicha asistencia, se dará al paciente treinta (30) días para completar y volver a enviar la solicitud con la información adicional y los elementos solicitados.
- B. Como parte de la solicitud del Programa de Asistencia Financiera, el paciente debe proporcionar copias de lo siguiente:
 - I. Dos (2) recibos de pago recientes para cada persona asalariada.
 - II. Las dos (2) declaraciones de impuestos 1040 más recientes, incluidos todos los anexos y apéndices aplicables.
 - III. Los dos (2) extractos bancarios más recientes (cuenta corriente/caja de ahorro), incluidas todas las páginas.
 - IV. Una copia de su cheque de alquiler cancelado, contrato de arrendamiento o pago de hipoteca más reciente.
 - V. Una declaración escrita de un familiar o amigo que le proporciona alojamiento y comida o ingresos, si corresponde.
 - VI. Si no tiene seguro, se debe explorar la elegibilidad para programas financiados por el Gobierno. Estos programas incluyen, entre otros: Medicare, MediCal (CA), Covered California y otros programas de cobertura de salud financiados por el estado y el condado.

VII. En los casos en los que no haya documentación disponible, los ingresos del paciente se pueden verificar pidiendo al paciente que firme la solicitud de asistencia financiera dando fe de que la información sobre ingresos proporcionada es precisa, si otra prueba de ingresos presentada no se puede verificar o está incompleta.

VIII. Los pacientes que solicitan un pago con descuento únicamente deben proporcionar los elementos indicados en los puntos I y II (es decir, recibos de pago y declaraciones de impuestos). Pueden proporcionar información adicional para demostrar la elegibilidad financiera.

C. Hoag confía en que la información presentada por el paciente es completa y precisa. La prestación de asistencia financiera no elimina el derecho a facturar, ya sea retrospectivamente o en el momento de la prestación del servicio, por todos los servicios cuando se haya proporcionado información fraudulenta, inexacta o incompleta. Además, Hoag se reserva el derecho de reclamar todas las compensaciones (incluidas, entre otras, por daños civiles y penales) disponibles a quienes hayan proporcionado información falsa, inexacta o incompleta con el propósito calificar para el Programa de Asistencia Financiera.

8. CALIFICACIONES DE INGRESOS:

A. Cualquier paciente sin seguro o con seguro insuficiente cuyo ingreso familiar sea inferior al 400 % del nivel federal de pobreza (FPL) actual, y que no pueda pagar la atención médica recibida en Hoag, se considerará elegible para recibir asistencia financiera. La asistencia total o parcial se basa en los criterios que se detallan a continuación:

Si el % del FPL de los ingresos es:	Y el paciente:	Entonces:		
200 % o menos	Está asegurado o no tiene seguro	Se proporcionará asistencia financiera total: la totalidad (100 %) de la parte de la factura por los servicios de responsabilidad del paciente se cancelará.		
201 %-400 %	No tiene seguro	Se proporcionará asistencia financiera parcial: la obligación de pago del paciente será del 50 % del monto bruto que el programa Medicare hubiera pagado por los servicios.		
201 %-400 %	Está asegurado	La obligación del paciente se reducirá por los pagos del seguro:		
		<table border="1"> <tr> <td>Si el monto pagado por el seguro excede lo que hubiera pagado Medicare:</td> <td>Entonces, se proporcionará asistencia financiera total: la totalidad (100 %) de la parte de la factura por los servicios de responsabilidad del paciente se cancelará.</td> </tr> <tr> <td>Si la tarifa similar al pago de Medicare es mayor que la tarifa de HMO/PPO por los servicios prestados:</td> <td>Entonces, la obligación de pago del paciente se basará en la tarifa de pago de HMO/PPO (deducible, copia, coseguro, etc.). Entonces, no habrá descuento.</td> </tr> </table>	Si el monto pagado por el seguro excede lo que hubiera pagado Medicare:	Entonces, se proporcionará asistencia financiera total: la totalidad (100 %) de la parte de la factura por los servicios de responsabilidad del paciente se cancelará.
Si el monto pagado por el seguro excede lo que hubiera pagado Medicare:	Entonces, se proporcionará asistencia financiera total: la totalidad (100 %) de la parte de la factura por los servicios de responsabilidad del paciente se cancelará.			
Si la tarifa similar al pago de Medicare es mayor que la tarifa de HMO/PPO por los servicios prestados:	Entonces, la obligación de pago del paciente se basará en la tarifa de pago de HMO/PPO (deducible, copia, coseguro, etc.). Entonces, no habrá descuento.			

201 %-400 %	Está asegurado pero los servicios NO están cubiertos por el pagador	Se aplicará lo siguiente:	
		Si el paciente normalmente sería responsable de los cargos facturados totales:	Se proporcionará asistencia financiera parcial: la totalidad de la obligación de pago del paciente se basará en la tarifa de pago de HMO/PPO si el servicio hubiera estado cubierto.

CLASIFICACIÓN AUTOMÁTICA PARA ATENCIÓN BENÉFICA:

- B. Bajo las siguientes circunstancias especiales, el paciente puede ser considerado elegible para recibir atención benéfica sin que deba presentar una solicitud de asistencia financiera:

Circunstancia	California
Paciente elegible para otros programas de elegibilidad basada en el FPL	(Esto se aborda en la sección Otras circunstancias especiales a continuación).
Discapacidad	N/A
Fallecimiento	El paciente ha fallecido y no tiene cobertura de seguro contra terceros ni patrimonio identificable; no tiene cónyuge vivo.
En prisión	N/A
Sin hogar	Se determina que el paciente no tiene hogar y actualmente no está inscrito en Medicare, Medicaid ni en ningún programa patrocinado por el Gobierno; no tiene cobertura de seguro de terceros.
Atendido en la sala de emergencias; no se puede facturar	Recibe tratamiento en el Departamento de Emergencias, pero Hoag no puede emitir un estado de cuenta de facturación.
Access to Care	El paciente recibe tratamiento a través de un programa de Access to Care.

9. OTRAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES:

- A. Los pacientes que se encuentran atravesando procedimientos de quiebra pueden obtener la condonación de sus deudas por parte del tribunal. El personal de Hoag puede validar este estado obteniendo del paciente un documento legal que demuestre la condonación de cuentas que aún no están en procesos de cobranza. La agencia de cobranzas externa de Hoag también puede determinar que la deuda de un paciente ha sido condonada a través del procedimiento de quiebra.
- B. Los pacientes que son elegibles para programas de elegibilidad basada en el FPL, como Medi-Cal, Medicaid y otros programas de asistencia para personas de bajos ingresos patrocinados por el Gobierno, se consideran indigentes. Por lo tanto, dichos pacientes son elegibles para atención benéfica cuando el programa de elegibilidad basada en el FPL no realizar el pago de los servicios. Los saldos de las cuentas de los pacientes que se deriven de cargos no reembolsados son elegibles para la cancelación por atención benéfica. Las obligaciones de costo compartido de Medi-Cal no son elegibles para la cancelación por atención benéfica ni para el programa de descuentos.
- C. Se incluyen específicamente, entre otros, los cargos elegibles relacionados con lo siguiente:
- I. Denegación de estadias hospitalarias por servicios médicamente necesarios.

- II. Denegación de días de atención a pacientes hospitalizados; cargos relacionados con días que excedan el límite de duración de la estadía.
- III. Servicios elegibles no cubiertos.
- IV. Denegación de solicitudes de autorización de tratamiento (Treatment Authorization Request, TAR) para pacientes hospitalizados.
- V. Denegaciones debidas a restricciones en la cobertura, incluidos los códigos de ayuda restringida de Medi-Cal (es decir, pacientes que pueden tener solo beneficios de embarazo o de emergencia, pero reciben otra atención hospitalaria).
- VI. Reclamaciones de Medicaid fuera del estado sin pago (es decir, reclamaciones de Medicaid fuera del estado que no se pueden facturar debido a la falta de un acuerdo de proveedor con el estado correspondiente).

10. ATENCIÓN BENÉFICA PRESUNTA:

- A. Hoag reconoce que una parte de la población de pacientes sin seguro o con seguro insuficiente puede no participar en el proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera. Si el paciente no proporciona la información requerida, Hoag, en ciertos casos, puede hacer suposiciones razonables basadas en la Herramienta de puntuación predictiva automatizada (Automated Predictive Scoring Tool, APST) a fin de calificar a los pacientes para la obtención de atención benéfica. La APST predice la probabilidad de que un paciente califique para atención benéfica basándose en fuentes de datos disponibles públicamente. La APST ofrece estimaciones de la situación socioeconómica probable del paciente, así como de los ingresos y el tamaño de su hogar.
- B. **Pacientes que son beneficiarios calificados de Medicare** (Qualified Medicare Beneficiaries, QMB): Son elegibles para la cancelación por atención benéfica cuando no se puede obtener información de Medi-Cal o del seguro secundario, o cuando hay un saldo después de la cobertura del seguro secundario que no sea la parte que le corresponde al paciente por los costos compartidos (Share of Cost, SOC): los proveedores de Medicare pueden no facturar a las personas que forman parte del programa de QMB por los deducibles, coseguros o copagos de Medicare, pero los programas estatales de Medicaid pueden pagar esos costos. En algunas circunstancias, la ley federal permite a los estados limitar cuánto pagan a los proveedores por los costos compartidos de Medicare. Incluso cuando Medicare permite el costo compartido, las personas que forman parte del programa de QMB no tienen obligación legal de pagar el costo compartido de la Parte A o la Parte B a los proveedores de Medicare.

11. GASTOS MÉDICOS CATASTRÓFICOS

- A. Hoag, a su criterio, puede otorgar atención benéfica o atención con descuento en caso de producirse un gasto médico catastrófico. Se tratará cada caso de forma individual.

12. NIVELES DE APROBACIÓN:

- A. Las determinaciones de asistencia financiera serán tomadas únicamente por personal aprobado de Hoag de acuerdo con los niveles de autoridad locales.
- B. **Notificación de determinación**
 - I. Los pacientes recibirán una notificación de la determinación de Hoag dentro de los 30 días posteriores a la presentación de la solicitud del FAP completa y la documentación de respaldo.
- C. **Disputas de pacientes**
 - I. La decisión sobre la elegibilidad para el FAP se determina después de que se revisa la elegibilidad de la solicitud según los criterios establecidos en esta política. La asistencia financiera no se proporcionará de forma discriminatoria ni arbitraria; sin embargo, Hoag se reserva total discreción para establecer criterios de elegibilidad basados en evidencia e información suficientes proporcionadas por el paciente o garante.

- D. En caso de una disputa, un paciente o garante puede solicitar la revisión por parte de la gerencia de Hoag o del director ejecutivo de Ciclo de Ingresos. Para hacerlo, debe enviar un correo electrónico a PFS@hoag.org o presentar su solicitud por escrito proporcionando información adicional para respaldar la disputa a:

*Hoag Memorial Hospital Presbyterian
Attn: Executive Director of Revenue Cycle
2975 Red Hill Avenue, Suite 200
Costa Mesa, CA 92626*

13. DESCUENTO EN EFECTIVO

A. Hoag Hospital

- I. Se otorgará un descuento del 35 % a los pacientes que abonen con dinero en efectivo por los servicios, para lo que no se pedirá evidencia de elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera. Se excluyen los servicios que solo están disponibles con tarifa en efectivo para todos los pacientes. Quedan excluidos de este descuento los servicios con tarifa en efectivo. El pago debe realizarse al momento de recibir el servicio.

B. Hoag Clinic

- I. Se otorgará un descuento del 30 % por pago anticipado a los pacientes que paguen con dinero en efectivo por los servicios, para lo que no se pedirá evidencia de elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera. Se excluyen los servicios que solo están disponibles con tarifa en efectivo para todos los pacientes. Quedan excluidos de este descuento los servicios con tarifa en efectivo. El pago debe realizarse al momento de recibir el servicio.

14. DEFINICIONES:

TÉRMINO	DEFINICIÓN
Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA)	Una ley federal que tiene como objetivo aumentar la calidad y la asequibilidad del seguro médico.
Montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB)	Un centro de Hoag puede determinar un AGB para cualquier servicio de atención de emergencia u otro servicio de atención médicamente necesaria brindado a una persona elegible para el FAP mediante el proceso de facturación y codificación que el centro de Hoag usaría si la persona elegible para el FAP fuera un beneficiario de pago por servicio de Medicare o de Medicaid. El AGB para el costo de la atención es el monto que el centro de Hoag determina que sería el monto total que Medicare o Medicaid permitiría para el servicio de atención (lo que incluye tanto el monto que Medicare o Medicaid reembolsaría como el monto por el que el beneficiario sería personalmente responsable de pagar en forma de copagos, coseguros y deducibles).
Herramienta de puntuación predictiva automatizada (Automated Predictive Scoring Tool, APST)	Una puntuación de clasificación de asistencia de pago electrónica que estima el porcentaje del nivel federal de pobreza (FPL) del paciente y ayuda a evaluar y determinar los criterios de elegibilidad.
Atención benéfica	Los servicios médicamente necesarios de Hoag que se brindan sin costo al paciente que carece de seguro o tiene un seguro inadecuado y que cumple con los requisitos definidos de bajos ingresos.

Covered California	Programa del mercado de seguros médicos de California en el que se puede obtener asistencia y comprar atención médica asequible, además de solicitar posible asistencia financiera. Covered California también ayudará a determinar las calificaciones para Medi-Cal.
Depósito	Cuando se establecen acuerdos de pago, la primera cuota de pago se considera un depósito. El monto del depósito se negocia y puede variar a partir del 50 % del total estimado de la responsabilidad del paciente.
Gastos de vida esenciales (CA)	Gastos que se realizan por cualquiera de los siguientes conceptos: alquiler o pago y mantenimiento de la vivienda; alimentos y artículos para el hogar; servicios públicos y teléfono; vestimenta; pagos por atención médica y dental; seguro; escuela o guardería; obligaciones de manutención infantil o conyugal; gastos de transporte y automóvil, incluidos seguros, gasolina y reparaciones; pagos a plazos.
Servicios excluidos	Servicios que no se consideran médicamente necesarios, CDU, intervenciones cosméticas, bypass gástrico para bajar de peso.
Nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL)	El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos actualiza periódicamente las pautas de pobreza en el Registro Federal conforme a la autoridad de la subsección (2) de la sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos.
Programa de Asistencia Financiera	Programa de asistencia financiera disponible para pacientes que no pueden pagar por la atención de ningún servicio en Hoag.
Asistencia financiera total	Atención gratuita en la que no se espera que el paciente efectúe ningún pago.
Programas de seguro financiados por el Gobierno	Entre los programas de seguro financiados por el Gobierno, se incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Medicare • Elegibilidad presunta (Medi-Cal) • Medi-Cal (CA) • Covered California (CA) • Medicaid fuera del estado
Mercado de seguros médicos	Un componente de la Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA) es el mercado de seguros médicos (formalmente conocido como Exchange). Cada estado tiene la obligación de disponer de un espacio en línea para que los consumidores y las pequeñas empresas comparen y compren opciones de cobertura de seguro y descubran si son elegibles para recibir subsidios de seguro federales.
Costo médico elevado	California: Se considera que un paciente tiene un costo médico elevado si tiene cualquiera de los siguientes: • Costo de bolsillo anual contraído por la persona en Hoag que excede el 10 % del ingreso familiar del paciente en los 12 meses anteriores.

	<ul style="list-style-type: none"> Gastos de bolsillo anuales que excedan el 10 % del ingreso familiar del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos pagados por el paciente o su familia en los 12 meses anteriores.
Tarifas de pago de HMO/PPO	El monto promedio de pago que Hoag recibiría de todos los planes HMO/PPO contratados por la prestación de servicios. Esta tarifa, representada como un porcentaje de los cargos totales facturados, es específica de Hoag y se actualiza periódicamente.
Hogar o familia del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Para personas mayores de 18 años: cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes menores de 21 años, vivan o no en el hogar. Para personas menores de 18 años: padre/madre, pariente cuidador y otros hijos menores de 21 años del padre/madre o el pariente cuidador.
Ingresos del hogar o ingresos familiares del paciente	Los salarios y beneficios complementarios en forma de dinero, bienes o servicios. Generalmente, el ingreso bruto incluye todo lo recibido como pago por servicios personales, como salarios sujetos a impuestos federales, ingresos por trabajo por cuenta propia, ingresos del Seguro Social, ingresos por jubilación o pensión, ingresos por inversiones, ingresos por alquileres y regalías.
Paciente asegurado	Un paciente que cuenta con un tercero pagador de la totalidad o una parte de sus gastos médicos.
Medi-Cal (CA)	Medi-Cal son los programas de seguro médico de California financiados con fondos federales que pagan por diversos servicios médicos para niños y adultos que tienen recursos limitados y bajos ingresos. Según la ACA, Medi-Cal ha ampliado quiénes pueden ser elegibles para su cobertura.
Servicios médicamente necesarios	Servicios o suministros que se consideren adecuados y necesarios para el diagnóstico, la atención directa o el tratamiento de la afección médica y cumplan con los estándares de buena práctica médica en la comunidad médica.
Tarifas de pago médicas	El monto promedio de pago que Hoag recibiría de Medicare por la prestación de servicios. Esta tarifa es específica de Hoag y se actualiza periódicamente.
Medicare	Medicare es un programa de seguro médico financiado con fondos federales para personas calificadas de 65 años o más. Ciertas personas menores de 65 años también califican por motivos de discapacidad o enfermedad renal. Este programa ayuda con el costo de la atención médica, pero no cubre todos los gastos médicos ni el costo de la atención a largo plazo. No se basa en bajos ingresos. No forma parte del mercado de seguros médicos, pero, en consecuencia, hay algunos cambios en la cobertura.
Medicaid fuera del estado	Hoag facturará por Medicaid fuera del estado siempre que haya un contrato aprobado por el estado u obtenido a través de un proveedor subcontratado.

Asistencia financiera parcial	El paciente no califica para recibir asistencia financiera total (atención gratuita), pero es elegible para un descuento y es posible que deba pagar solo una parte de la factura.
Paciente	La parte que es financieramente responsable de los servicios prestados.
Acuerdos de pago/ planes de pago a plazos	Un plan negociado y acordado por Hoag y el paciente que establece los términos de pago extendido por los servicios proporcionados por Hoag. Cualquier plan de pago previo al servicio se basa en una estimación, y los asesores financieros o programadores coordinan el pago a través del supervisor de pago por cuenta propia, ya que los términos finales se establecen después de la factura final.
Atención benéfica presunta (APST y programas de SOS y La Amistad)	Se ha establecido que los programas de Share Ourselves (SOS) y La Amistad cumplen con las pautas del programa, ya que los participantes se encuentran en un nivel del 200 % del FPL o por debajo de él. SOS y La Amistad completan su propio proceso de evaluación y aprobación. La APST es un mecanismo de puntuación de cuentas de pacientes. La puntuación de la APST se evalúa dos veces al año y se ajusta para reflejar la política de atención benéfica de Hoag en cuanto a los criterios de evaluación y elegibilidad.
Plan de pago razonable (CA)	Si Hoag y el paciente/garante no pueden llegar a un acuerdo sobre las condiciones de pago, Hoag creará y ofrecerá un plan de pago razonable. Los pagos mensuales conforme a un pago razonable no pueden exceder más del 10 % del ingreso familiar del paciente, excluyendo las deducciones por gastos de vida esenciales.
Paciente sin seguro o que paga por cuenta propia	Un paciente que no cuenta con un tercero pagador para ninguna parte de sus gastos médicos, incluido un paciente que ha agotado todos los beneficios en virtud de todas las posibles fuentes de pago. El paciente no presenta lesiones compensables a efectos de programas gubernamentales, de indemnización laboral, seguro de automóvil, otros seguros o responsabilidad de terceros, según lo determine y documente el hospital. El paciente no tiene cobertura de Medi-Cal/Medicaid, o califica para tal cobertura pero no recibe cobertura para todos los servicios o para toda la estadía.

RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO: AVISO DE DISPONIBILIDAD DE AYUDA FINANCIERA DE HOAG

MISIÓN Nuestra misión como hospital de afiliación religiosa sin fines de lucro es brindar servicios de atención médica de la más alta calidad a las comunidades a las que atendemos. Hoag se compromete a trabajar con nuestros pacientes para resolver cualquier problema financiero, lo que incluye buscar formas de hacer que la atención médica sea más asequible. Hoag ofrece asistencia financiera para la atención médicamente necesaria a pacientes elegibles que no tienen la capacidad financiera para pagar sus facturas médicas. Si tiene problemas para pagar por su atención médica en su totalidad o en parte, le recomendamos que hable con uno de nuestros asesores financieros o con alguien de nuestra oficina comercial sobre cómo podemos brindarle ayuda.

¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA EL PACIENTE?

El Departamento de Asesoramiento Financiero de Hoag ofrece evaluaciones financieras gratuitas para personas que no tienen seguro médico y no pueden pagar su factura de Hoag, así como para pacientes que sí tienen seguro pero no pueden pagar la parte de la factura que el seguro no cubre.

Nuestros asesores financieros revisarán su elegibilidad para Medicare, Healthy Families Program, Medi-Cal u otra 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 el condado, o atención benéfica. Si ya tiene cobertura a través de uno de estos programas, notifique a nuestros asesores financieros de inmediato. Los pacientes que no son elegibles para recibir asistencia del Gobierno igualmente podrían calificar para programas de descuento o atención benéfica disponibles a través de Hoag. También es posible que le indiquen que visite www.OCGOV.com para obtener asistencia local.

Si no tiene seguro o tiene un seguro inadecuado y cumple con los requisitos de ingresos bajos y moderados, es posible que califique para el pago con descuento o la atención benéfica. Recuerde que el acceso a la atención médica médicamente necesaria no se ve afectado por la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Hoag se compromete a tratar a todos aquellos que acuden a nosotros en busca de atención.

También puede presentar una solicitud directamente a los programas anteriores a través de sus sitios web:

Medi-Cal: <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>

Ley del Cuidado de la Salud a Bajo Precio: www.HealthCare.gov; para presentar una solicitud por teléfono, llame al 1-800-318-2596

Medicare: www.ssa.gov/medicare/apply.html

Programa de atención benéfica de Hoag: www.Hoag.org (pestaña Patient & Visitors [Pacientes y visitantes], Billing [Facturación], Charity Care Application [Solicitud de atención benéfica])

Atención gratuita o con descuento: quienes califican para recibir asistencia financiera tienen atención gratuita o con descuento a su disposición. El monto descontado se determina según los ingresos de su familia en comparación con el nivel federal de pobreza (FPL). Se ofrece atención gratuita a pacientes con ingresos familiares del 200 % o menos del FPL y se ofrece atención con descuento a pacientes con ingresos familiares del 201 % al 400 % del FPL.

Si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera de Hoag, no se le puede cobrar más que el monto generalmente facturado por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

CÓMO Y CUÁNDO PRESENTAR UNA SOLICITUD

Comuníquese con nuestros asesores financieros inmediatamente después del alta o de la finalización de la prestación de los servicios llamando al 949-764-5564 o por correo electrónico a FC@hoag.org.

Si tiene preguntas o desea recibir un formulario de solicitud de asistencia financiera, comuníquese con nosotros:

- Por teléfono: 949-764-8413
- En nuestro sitio web en hoag.org
- En persona en una de las siguientes ubicaciones:

Hoag Hospital, Newport Beach Cashier's Office (Oficina de Caja) One Hoag Drive Newport Beach, CA 92662 Horarios: De lunes a viernes de	Hoag Hospital, Irvine Cashier's Office (Oficina de Caja) 16200 Sand Canyon Ave Irvine, CA 92618 Horarios: De lunes a viernes de	Patient Financial Services (Servicios Financieros para Pacientes) Attn: Charity Care Specialist 2975 Red Hill Ave., Suite 200 Costa Mesa, CA 92626 Horarios: De lunes a viernes de
--	---	---

8:30 a. m. a 4:30 p. m. o por correo electrónico a FC@Hoag.org	8:30 a. m. a 4:30 p. m. o por correo electrónico a FC@Hoag.org	8:30 a. m. a 4:30 p. m. o por correo electrónico a PFS@Hoag.org
---	---	---

Estamos comprometidos a poner la información sobre el Programa de Asistencia Financiera de Hoag a disposición de las comunidades a las que atendemos de una manera que sea fácil de entender. Además del inglés, este resumen, la Política de asistencia financiera de Hoag y el Formulario de solicitud de asistencia financiera de Hoag están disponibles en otros idiomas, incluidos árabe, chino, farsi, coreano, español y vietnamita. Visite hoag.org.

CONFIDENCIALIDAD

Entendemos que la necesidad de asistencia financiera puede ser un tema delicado y profundamente personal. Tenemos el compromiso de mantener la confidencialidad de las solicitudes, la información y la financiación.

Referencia: N/A

Se usaron las siguientes referencias como fuentes de revisión o aportes para este procedimiento:

Sección 501® del Código de Rentas Internas; Título 26 del CFR, artículos 1.501(r)(1)-1.501(r)(7); Código de Salud y Seguridad de California

Título y versión de las instrucciones de uso: N/A

Todas las fechas de revisión

20/5/2024, 29/12/2023, 19/5/2021, 15/1/2020



Firmas de aprobación

Descripción del paso	Aprobación	Fecha
Aprobación de VP	Andrew Guarni: VICEPRESIDENTE EJEC. Y DIR. FINANCIERO	22/5/2024
Aprobación de VP de Hoag Clinic	Michael Gam: VICEPRESIDENTE Y DIR. FINANCIERO HOAG CLINIC	22/5/2024
Aprobación de gestión de políticas	Anna Do: SOCIA DE CUMPLIMIENTO CORPORATIVO	21/5/2024
Aprobación del propietario	Kathleen Graham: DIR. EJEC. DE CICLO DE INGRESOS	21/5/2024

Aplicabilidad

Hoag Clinic, Hoag Memorial Hospital Presbyterian, Hoag Orthopedic Institute

Historial

Enviado para nueva aprobación por Do, Anna, SOCIA DE CUMPLIMIENTO CORPORATIVO, el 21/5/2024, a las 5 p. m. EDT

Se agregó HOI a la aplicabilidad

Aprobado por última vez por Graham, Kathleen, DIR. EJEC. DE CICLO DE INGRESOS, el 21/5/2024, a las 5:25 p. m. EDT

Aprobado por última vez por Do, Anna, SOCIA DE CUMPLIMIENTO CORPORATIVO, el 21/5/2024, a las 6:54 p. m. EDT

Aprobado por última vez por Gam, Michael, VICEPRESIDENTE Y DIR. FINANCIERO DE HOAG CLINIC, el 22/5/2024, a la 1:25 p. m. EDT

Aprobado por última vez por Guarni, Andrew, VICEPRESIDENTE EJEC. Y DIR. FINANCIERO, el 22/5/2024, a las 4:06 p. m. EDT

COPIA