

Cuidado caritativo #A009

I. Política

La misión de Emanate Health es ayudar a las personas a mantenerse saludables de cuerpo, mente y espíritu, ofreciéndoles servicios de atención médica de calidad en un entorno seguro y compasivo. Emanate Health cumple con su misión ofreciéndoles ayuda para el pago a las personas que tienen necesidades de atención médica, no están aseguradas, tienen seguro insuficiente, no son elegibles para un programa gubernamental y de otra manera no pueden pagar el cuidado médico necesario basándose en sus situaciones financieras individuales.

II. Elegibilidad para el cuidado caritativo

La elegibilidad para el cuidado caritativo se considerará para aquellas personas que no están aseguradas, tienen seguro insuficiente, no son elegibles para un programa gubernamental de beneficios de cuidado médico, y aquellas personas que no pueden pagar su cuidado. La elegibilidad para el cuidado caritativo también se aplica a un paciente que está asegurado, pero tiene costos médicos altos y bienes monetarios o ingresos iguales o inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL). Un paciente con costos médicos altos se define como una persona cuyo ingreso familiar no supera el 400 % del FPL.

La indemnización de caridad se basará en la determinación individual de necesidad financiera. No tendrá en cuenta la edad, el género, la raza, el estado social o de inmigrante, la orientación sexual o la afiliación religiosa.

Se determinará la necesidad financiera de acuerdo con los procedimientos que involucran una evaluación individual de necesidad financiera; y pueden incluir lo siguiente:

1. Un proceso de solicitud, en el cual se requiere que el paciente o el garante del paciente cooperen y provean información y documentación personal, financiera o de otra índole pertinente para determinar la necesidad financiera.
2. El uso de fuentes externas de datos disponibles públicamente que proporcionan información sobre la capacidad de pago del paciente o del garante del paciente, tales como la información de crédito.
3. Un intento razonable de Emanate Health para obtener del paciente o del representante del paciente información acerca de si su seguro médico o su patrocinio públicos o privados pueden pagar la totalidad o una parte de los costos de cuidado brindado al paciente, que incluyen, entre otros, los siguientes:
 1. seguro médico privado, incluida la cobertura ofrecida a través del Intercambio de Beneficios de Salud de California;
 2. Medicare;
 3. el programa Medi-Cal, el Programa de servicios para los niños de California u otros programas de cobertura de salud subsidiados por el estado o el condado.
4. Los activos disponibles del paciente y todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente.
5. Una revisión de las cuentas por cobrar pendientes del paciente por servicios anteriores prestados y el historial de pago del paciente.

Es preferible, aunque no obligatorio, que la solicitud de ayuda para el pago y la determinación de la necesidad financiera se realicen antes de la prestación de los servicios. La necesidad de ayuda para el pago puede ser evaluada en cada prestación de servicio posterior, o en cualquier momento que se da a conocer información adicional pertinente a la elegibilidad del paciente para ayuda para el pago.

Las solicitudes de ayuda para el pago se procesarán de inmediato, y Emanate Health notificará al paciente o al solicitante sobre la decisión de la evaluación financiera.

III. Requisitos de elegibilidad y montos facturados al paciente

Los servicios elegibles en virtud de esta política se pondrán a disposición del paciente a través de una escala móvil de costos, de acuerdo con la necesidad financiera, como se determina en relación al nivel federal de pobreza vigente en el momento de la decisión.

Con el propósito de esta política, el nivel federal de pobreza (FPL) es el índice de pobreza que el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos actualiza periódicamente en el Registro Federal, bajo la autoridad de la subsección (2) de la sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos.

- Los pacientes con activos monetarios o niveles de ingresos iguales o inferiores al 400 % del FPL tendrán una amortización de toda la cuenta del hospital, sin importar el valor neto o el tamaño de la cuenta.
- Los pacientes con activos monetarios o niveles de ingresos entre el 400 % y el 550 % del FPL tendrán una amortización de una parte de la cuenta del hospital, según la escala móvil siguiente, sin importar el valor neto o el tamaño de la cuenta:
 - 401 % – 450 % = amortización del 75 %
 - 451 % – 500 % = amortización del 50 %
 - 501 % – 550 % = amortización del 25 %
- Los pacientes con una cuenta del hospital que exceda los activos monetarios o el valor neto del paciente pueden calificar para estar cubiertos bajo esta política según las siguientes pautas:
 - Los pacientes con activos monetarios o niveles de ingresos netos entre el 401 % y el 550 % del FPL tendrán una amortización del monto de la cuenta del hospital que exceda el valor neto del paciente.
 - Respecto a los pacientes con activos monetarios o ingresos superiores al 550 % del FPL, es posible que la parte de la cuenta del hospital que exceda el valor neto del paciente:
 - se amortice tras la aprobación del vicepresidente del Ciclo de ingresos o la persona que este designe;
 -
 - quede sujeta a un acuerdo con el paciente para que se pague a través de un plan de pagos mensuales.

NOTA: Para los fines de determinar los activos monetarios o el ingreso, este análisis no incluirá:

- a. los planes de jubilación o de compensación aplazada calificados bajo el Código de Rentas Internas ni los planes de compensación aplazada no calificados;
- b. los primeros diez mil dólares (USD 10,000) de los activos monetarios del paciente;
- c. El cincuenta por ciento (50 %) de los activos monetarios del paciente sobre los primeros USD 10,000.

Se puede aplicar asistencia financiera a los pacientes no asegurados, así como la responsabilidad del paciente por los pacientes con seguro, incluidos los cargos determinados como no asegurados por la estadía en el hospital, coseguro, copago, montos deducibles y otras responsabilidades por los servicios hospitalarios médicamente necesarios.

IV. Clasificación automática para el cuidado caritativo

1. Los pacientes que son elegibles para los programas calificados según el FPL, como Medi-Cal, Medicaid (fuera del estado) y otros programas de ayuda para pacientes de bajos recursos patrocinados por el gobierno, se consideran indigentes. Por lo tanto, dichos pacientes son elegibles para recibir cuidado caritativo cuando los programas no realizan los pagos de los servicios. Los saldos de las cuentas de los pacientes correspondientes a cargos no reembolsables son elegibles para una amortización total de caridad (excepto las obligaciones de la participación del costo de Medi-Cal del paciente que no son elegibles para la amortización de caridad ni el programa de descuentos). En estas circunstancias, no se requiere una solicitud de ayuda financiera por separado. Se incluyen específicamente como elegibles los cargos relacionados con lo siguiente:
 - a. denegación de hospitalizaciones;
 - b. denegación de días de atención para pacientes hospitalizados;
 - c. servicios no cubiertos;
 - d. denegaciones de solicitudes de autorización de tratamiento (Treatment Authorization Request, TAR);
 - e. denegaciones por cobertura restringida;
 - f. reclamos de Medicaid (incluidos los reclamos de Medicaid fuera del estado) “sin pago”;
 - g. cualquier servicio proporcionado a un paciente elegible para Medicaid sin cobertura ni pago.
2. Otras circunstancias especiales.
 - a. En las siguientes circunstancias especiales, un paciente puede considerarse elegible para el cuidado caritativo sin necesidad de presentar una solicitud de ayuda financiera:
 - b. No tiene hogar: se determina que no tiene un hogar, y actualmente no está inscrito en Medicare, Medicaid ni en ningún programa patrocinado por el gobierno, tampoco está cubierto por un seguro de terceros.

- c. Se lo atiende en la sala de emergencias sin cobrarle: se lo trata en el Departamento de Emergencias, pero el hospital no puede extenderle una factura.
- d. Ha fallecido: el paciente ha fallecido, no tiene una cobertura de seguro de terceros ni un patrimonio identificable y no tiene un cónyuge vivo.
- e. Accede a la atención: se lo trata mediante un Programa de acceso a la atención.
- f. Encarcelado: está encarcelado y no se lo puede contactar para completar una solicitud de atención benéfica.
- g. Uso de la herramienta de elegibilidad presuntiva: una herramienta independiente de evaluación financiera basada en el crédito indica indigencia.

V. Pacientes asegurados que no tienen contrato con Emanate Health

Las negociaciones con las compañías de seguros que involucren relaciones contractuales inferidas para los pacientes asegurados que no tengan contrato con Emanate Health serán realizadas por la gerencia ejecutiva de Emanate Health. Si bien Emanate Health puede aceptar los términos de las negociaciones con las compañías de seguros, una relación contractual inferida no es representativa de un paciente “en virtud de un contrato” con Emanate Health. Emanate Health considera que cualquier reembolso inferior al 25 % del costo es un evento benéfico. Cualquier atención proporcionada a un caso presunto o real de COVID-19 se proporciona por un monto que no supere el monto que el paciente habría tenido que pagar de otro modo si la atención hubiera proporcionado un proveedor dentro de la red. Todos los montos no reembolsados son una forma de asistencia financiera del paciente y se determinan como la diferencia entre los cargos hospitalarios brutos y el reembolso hospitalario.

Aviso al paciente

Emanate Health proporcionará al paciente una notificación por escrito que contenga información sobre:

- atención benéfica y opciones de pago con descuento;
- elegibilidad;
- información de contacto de asistencia financiera;
- información de Health Consumer Alliance;
- información de contacto de las agencias de salud gubernamentales;
- sitio web de asistencia financiera de Emanate Health.

La notificación por escrito deberá proporcionarse:

- En el momento del servicio, si el paciente es consciente y puede recibir una notificación por escrito en ese momento.
- Si el paciente no puede recibir una notificación en el momento del servicio, la notificación deberá proporcionarse durante el proceso de alta hospitalaria.
- Si el paciente no es admitido, se deberá proporcionar la notificación por escrito cuando el paciente abandone el centro.
- Si el paciente abandona las instalaciones sin recibir la notificación por escrito, la notificación se enviará por correo al paciente dentro de las 72 horas de la prestación de los servicios.

VI. Proceso de selección y requisitos de documentación

Emanate Health, mediante la ayuda y la dirección de los Departamentos de Inscripción de Pacientes y de Servicio Financiero para Pacientes (Patient Financial Services, PFS), asistirá a los pacientes que pueden calificar para cuidado caritativo.

1. Durante el proceso de inscripción o de admisión, los asesores financieros (Financial Counselors, FC) de Inscripción de Pacientes realizarán lo siguiente:
 - a. Seleccionarán a todos los pacientes que pueden calificar para el cuidado caritativo.
 - b. Recibirán las solicitudes de cuidado caritativo de los pacientes o sus representantes.
 - c. Hablarán sobre la política de cuidado caritativo de Emanate Health con el paciente o sus representantes.
 - d. Le proporcionarán al paciente los formularios de solicitud de cuidado caritativo: el formulario de Evaluación de selección financiera del hospital Emanate Health y el formulario de Certificación de ingreso.
 - i. El formulario de Evaluación de selección financiera del hospital solicita información del paciente, ingresos, activos monetarios, deudas, estado de discapacidad o lesión, y proporciona la autorización del paciente para que Emanate Health obtenga su informe de crédito.
 - ii. El formulario de Certificación de ingreso solicita el ingreso familiar, la cantidad de dependientes y copias de estos documentos:
 - recibos de sueldo recientes;
 - declaraciones de impuestos recientes o formulario W-2;
 - comprobantes de cualquier beneficio del programa de ayuda general.
 - e. Guiarán al paciente para completar los formularios y proporcionarán instrucciones para la presentación al Departamento de PFS.
2. Tras recibir los formularios de solicitud y los documentos complementarios, PFS realizará lo siguiente:
 - a. Revisará los contenidos de los formularios y los documentos complementarios para ver que estén completos.
 - b. Revisará los formularios de solicitud y los documentos, y le solicitará información adicional al paciente.
 - c. Obtendrá información y documentación complementaria pertinente a la solicitud del paciente de un seguro médico o un patrocinio privados o públicos, que pueden incluir, entre otros, los siguientes:
 - i. seguro médico privado, incluida la cobertura ofrecida a través del Intercambio de Beneficios de Salud de California;
 - ii. Medicare;

- iii. Medi-Cal, el Programa de servicios para niños de California u otros programas de salud del estado o del condado.
- d. Determinará y aprobará la indemnización de cuidado caritativo según los requisitos indicados en la sección III. Requisitos de elegibilidad y montos facturados al paciente.
- e. Notificará al paciente sobre la decisión de indemnización de cuidado caritativo.

NOTA: Se espera que los pacientes que solicitan cuidado caritativo completen los formularios de solicitud y le proporcionen documentos complementarios a Emanate Health. La presentación de información incompleta e imprecisa puede resultar en la denegación de la solicitud de cuidado caritativo y descuento.

VII. Descubrimiento de la elegibilidad de asistencia financiera del paciente durante las recolecciones

Si bien Emanate Health se esfuerza por determinar la asistencia financiera del paciente tan cerca del momento del servicio como sea posible, en algunos casos se requiere más investigación para determinar la elegibilidad. Es posible que algunos pacientes elegibles para recibir asistencia financiera no hayan sido identificados antes de iniciar la acción de recolección externa. Las agencias de recaudación de Emanate Health deben ser informadas de esta posibilidad y se les solicita que remitan cuentas de pacientes que puedan ser elegibles para recibir asistencia financiera. Cuando se descubre que una cuenta es elegible para asistencia financiera, Emanate Health revertirá la cuenta de la deuda insatisfactoria y documentará el descuento respectivo en cargos como atención benéfica.

VIII. Acceso a la atención médica durante una emergencia de salud pública

Una crisis de acceso a la atención médica debe ser proclamada por el liderazgo del hospital/aprobada por la junta directiva y anexada a este documento de asistencia financiera del paciente como anexo. Una crisis de acceso a la atención médica puede estar relacionada con una situación emergente en la que se modifican las reglamentaciones estatales o federales para satisfacer las necesidades de atención médica inmediatas de la comunidad de Emanate Health durante la crisis de acceso a la atención médica. Durante una crisis de acceso a la atención médica, Emanate Health puede “flexionar” su política de asistencia financiera del paciente para satisfacer las necesidades de la comunidad en crisis. Estos cambios se incluirán en la política de asistencia financiera del paciente como se incluye como anexo. Los descuentos para pacientes relacionados con una crisis de acceso a la atención médica pueden proporcionarse en el momento de la crisis, independientemente de la fecha de esta política (ya que es posible que el liderazgo del hospital no pueda reaccionar lo suficientemente rápido como para actualizar el texto de la política a fin de satisfacer necesidades más urgentes durante una crisis de acceso a la atención médica)”

IX. Política de cuidado caritativo y descuentos de los médicos de emergencia

Los médicos de emergencia que le proveen cuidado médico de emergencia a los pacientes en un hospital general de cuidados intensivos están obligados por ley a proporcionar descuentos a los pacientes sin seguro o a los pacientes con costos médicos altos cuyos ingresos son iguales o inferiores al 400 % del FPL. La ley también requiere que los hospitales generales de cuidados intensivos les notifiquen a los pacientes del programa de cuidado caritativo y descuentos de los médicos de emergencia.

Los FC o el personal de PFS le aconsejarán al paciente o a los representantes del paciente que contacten a la empresa de facturación de los médicos de emergencia y que soliciten el programa de cuidado caritativo y descuentos de los médicos de emergencia.

Grupo de médicos de emergencia de Emanate Health: Vituity
Información de contacto del servicio de facturación de Vituity:
MedAmerica Billing Services, Inc. que opera bajo el nombre comercial de Vituity RCM
1601 Cummins Drive, Suite D
Modesto, CA 95358
Número de teléfono principal: (800) 498-7157
Correo electrónico:www.vituity.com

X. Comunicación de la Política de cuidado caritativo de Emanate Health a los pacientes y al público

Se difundirá la información sobre la política de cuidado caritativo de Emanate Health en la Sala de Emergencias y en los Departamentos de Inscripción de Pacientes en todos los campus de Emanate Health, y en todas las demás áreas que seleccione Emanate Health.

XI. Política y procedimiento de cobro

Emanate Health elaboró una política y procedimientos para prácticas de cobro interno y externo que tienen en cuenta el alcance de la calificación del paciente para cuidado caritativo, el intento de buena fe del paciente para solicitar un programa gubernamental o cuidado caritativo de Emanate Health y el intento de buena fe del paciente para cumplir con sus acuerdos de pago con Emanate Health.

Respecto a los pacientes que califican para el cuidado caritativo y quienes cooperan de buena fe para resolver sus cuentas del hospital con descuento, Emanate Health puede ofrecerles planes de pago extendidos, no enviará cuentas pendientes de pago a agencias externas de cobro y abandonará todos los intentos de cobro. Emanate Health no impondrá acciones de cobro extraordinarias, como embargos de salarios, derechos de retención de residencias primarias u otras acciones legales, a ningún paciente sin primero haber hecho intentos razonables para determinar si ese paciente es elegible para el cuidado caritativo en virtud de esta política.

Referencias

California Assembly Bill 532 California Assembly Bill 774

California Assembly Bill 1503

California Senate Bill 1276

Charity Care Letters to Patients (AB774 Letter English, Spanish and Chinese versions) Financial Assistance Poster (Spanish, Spanish and Chinese versions)

Firmas de aprobación

Descripción del paso	Aprobador	Fecha
Presidente, Junta Directiva	Clifford Christ: presidente, Junta Directiva [SM]	8/2022
Director ejecutivo (CEO)	Roger Sharma: presidente/director ejecutivo [SM]	8/2022
Director financiero (CFO)	Leon Choiniere: director financiero	8/2022
Asistente ejecutiva sénior	Susana Myers: asistente ejecutiva sénior	8/2022