

BHC ALHAMBRA HOSPITAL
POLIZA Y PROCEDIMIENTOS

La Fecha de Emisión: 1 Enero, 2024	Caridad y Atención con Descuento
Fecha Revisada:	
Emitido Por: Administración	

Definiciones:

Las siguientes clases de pacientes son financieramente elegibles para el descuento o la caridad:

Paciente con responsabilidad de pago: Cualquier paciente con todo lo siguiente:

- Sin seguro de terceros
- Sin beneficios de Medi-Cal
- No hay lesión compensable a efectos de compensación de trabajadores, seguro de automóvil, o otro seguro según lo determinado y documentado por el hospital
- Ingresos familiares en o por debajo del 350% del actual Nivel Federal de Pobreza (FPL) según lo definido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

Paciente de alto costo médico: Cualquier paciente con seguro médico o cobertura de Medi-Cal con todo lo siguiente:

- Ingresos familiares por debajo del 350% de FPL
- Gastos médicos de bolsillo en 12 meses anteriores exceden el 10% de los ingresos familiares
- El paciente no recibe descuentos como resultado de la cobertura de terceros

Póliza:

Es la Póliza del Hospital BHC Alhambra, en cumplimiento con la ley del estado de California AB774 (Pólizas de Precios Justos del Hospital) para proporcionar descuentos de cargos facturados estándar para todos los pacientes con responsabilidad de pago y alto costo médico como se define anteriormente.

Procedimientos:

1. Al momento de la admisión o tan pronto como sea práctico después de la admisión, todos los pacientes sin cobertura de terceros o con una posible responsabilidad deducible o co-pago se proporcionará con aviso de la disponibilidad de descuentos o caridad.
2. Todas las personas sin cobertura de terceros también serán notificadas de que tenemos aplicaciones disponibles para los programas de Medi-Cal y Healthy Families. Dichas solicitudes se proporcionarán al paciente o a la parte responsable si así se solicita.
3. Todas las solicitudes de descuento serán evaluadas para un descuento u organización benéfica dentro de los 2 días hábiles posteriores a la recepción. Los niveles de ingresos y activos están sujetos a verificación mediante el examen de la documentación justificativa de acuerdo con las siguientes pautas:
 - a. Los niveles de ingresos reportados deben ser respaldados por un talón de cheque o una declaración de impuestos sobre la renta.
 - b. El nivel de activos solo considerará activos monetarios excluyendo planes de jubilación o compensación diferida y puede incluir solo el 50% de aquellos activos monetarios que superen los \$10,000.
 - c. El hecho de no proporcionar suficiente documentación de apoyo puede excluir al paciente de calificar para el descuento o la caridad.
4. Después de la revisión de las solicitudes y la documentación de apoyo, se proporcionarán descuentos o caridad en los siguientes niveles:
 - a. Descuentos y caridad para aquellos que califican como pacientes con responsabilidad de pago:
 - i. Todos los pacientes que pagan por cuenta propia con un nivel de ingresos entre el 251% y el 350% de la FPL tendrán un descuento de su estadía no superior al más alto de lo que Medicare o Medi-Cal pagarían por la estadía. El descuento adicional está disponible a discreción del hospital.
 - ii. Todos los pacientes que pagan por cuenta propia con un nivel de ingresos entre el 101% y el 250% de la FPL tendrán un descuento de su estadía a no más del 50% de lo que Medicare o Medi-Cal pagarían por la estadía. El Descuento adicional está disponible a discreción del hospital.
 - iii. Caridad: Todos los pacientes que pagan por cuenta propia con un nivel de ingresos igual o inferior al 100% de la FPL y activos monetarios menores a \$10.000 califican para caridad y su estadía será descontada 100%. Los pacientes que pagan por cuenta propia con un nivel de ingresos igual o inferior al 100% de la FPL y activos monetarios superiores a \$10.000 pueden calificar para atención de caridad o descuento a discreción del hospital. En ningún caso los costos de bolsillo esperados del paciente excederán la porción de los activos monetarios del paciente mayor a \$10,000.
 - b. Descuentos para aquellos que califican como Pacientes de Alto Costo Médico:
 - i. Todos los pacientes que califican como Pacientes de Alto Costo Médico serán facturados por deducibles y coseguros solo en la medida en que los pagos de terceros recibidos más los montos facturados al paciente no excedan el más alto del pago que se recibiría de Medicare o Medi-Cal.
 - ii. El hospital, a su discreción, puede proporcionar un descuento mayor al paciente que el permitido en la sección 4.b.i. de esta Póliza.
5. Antes de comenzar las actividades de cobro contra un paciente, la oficina de negocios proporcionará una declaración de que los servicios de asesoramiento de crédito sin fines de lucro pueden estar disponibles y un resumen de sus derechos bajo varias leyes. Esta declaración está contenida en un anexo a esta Póliza.
6. La información recopilada para evaluar la calificación del paciente para el descuento o la caridad no se utilizará para la actividad de recolección por parte del hospital.
7. Cualquier cantidad adeudada por el paciente bajo esta póliza es elegible para planes de pago extendidos, sin intereses. La determinación del plan de pago se basará en la capacidad del paciente para pagar la obligación y no excederá de tres años.
8. Los pacientes pueden ser referidos a una agencia de recolección después de agotar los esfuerzos normales de recolección. Sin embargo, ningún paciente será referido a una agencia de informes de crédito al consumidor por el hospital o su agencia de cobranza por falta de pago antes de 150 días después de la facturación inicial.
9. El hospital o sus agentes no usarán embargos o gravámenes salariales en residencias primarias para cobrar deudas de ningún paciente.

Pautas de pobreza del HHS para 2024

Personas en la familia o en el hogar	48 estados contiguos y D.C.	Alaska	Hawaii
1	\$15,060	\$18,810	\$17,310
2	20,440	25,540	23,500
3	25,820	32,270	29,690
4	31,200	39,000	35,880
5	36,580	45,730	42,070
6	41,960	52,460	48,260
7	47,340	59,190	54,450
8	52,720	65,920	60,640
Para cada persona adicional, añade	5,380	6,730	6,190

SOURCE: Federal Register, 89 FR 2961, January 17, 2024, pp. 2961-2963

<https://www.federalregister.gov/documents/2024/01/17/2024-00796/annual-update-of-the-hhs-poverty-guidelines>

Aviso de Cobro de Deudas (que se proporcionará a todos los pacientes antes de comenzar las actividades de cobro de deudas):

“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 inapropiadas 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 ponerse en contacto 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.”