

**POLÍTICA DE ATENCIÓN DE CARIDAD  
EASTERN PLUMAS HEALTH CARE  
OFICINA COMERCIAL  
ENTRADA EN VIGENCIA: 10/2023**

**I. DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA**

Eastern Plumas Health Care tiene la política de identificar la atención de caridad que se proporciona a los pacientes en función con los lineamientos establecidos en esta política. La atención de caridad se define como aquellos servicios de atención médica sin cargo o a un precio reducido dirigidos a pacientes que no cuentan con recursos o no pueden obtener los recursos financieros adecuados ni otros medios para asumir los costos de su atención. Esto es diferente de una deuda incobrable, que se define cuando un paciente o garante demuestra con sus acciones que no está dispuesto a resolver el asunto de la factura por servicios de atención médica, a pesar de contar con los recursos financieros necesarios para pagarlos. La atención de caridad parcial y total se basará únicamente en la capacidad de pago y no se reducirá por edad, sexo, raza, credo, discapacidad u origen nacional. Si bien se considerará la atención de caridad como parte de los servicios de atención médica, únicamente cuando se hayan hecho esfuerzos suficientes para solicitar otros recursos financieros, esta consideración puede darse en cualquier momento. La atención de caridad como parte de los servicios de atención médica no se tendrá en cuenta para servicios que no se consideren necesarios desde el punto de vista médico (p. ej., cirugía estética, hospitalización y servicios hospitalarios para conveniencia del paciente, etc.)

**II. PROPÓSITO**

El propósito de esta política es definir los criterios de elegibilidad para la asistencia de atención de caridad y proporcionar lineamientos administrativos para la identificación y clasificación de las cuentas de pacientes como atención de caridad.

**III. ELEGIBILIDAD**

Para proporcionar atención de caridad, se tendrán en cuenta las siguientes categorías de las cuentas de pacientes:

**Categoría A:** según se define en el proyecto de ley 1020, "los pacientes que no cuenten con seguro de salud o que deban asumir costos médicos elevados y hayan alcanzado el 400 por ciento del nivel federal de pobreza, o estén por debajo de él, serán elegibles para solicitar una participación de acuerdo con la política de atención médica de caridad del hospital o de la política de pago con descuento". Esto incluye, entre otros, a:

- a. Pacientes que acudan a la sala de emergencias sin tener una fuente de pago. Las personas ubicadas en esta categoría no tienen trabajo, dirección postal, residencia *ni* seguro. A pesar de que es posible que estos pacientes cumplan con los lineamientos de calificación para acceder a programas de asistencia médica, como Medicare, Medi-Cal o Covered California, no tienen la voluntad de continuar con los procesos de elegibilidad necesarios. Los intentos de cobranza serían inútiles. Por lo general, la amortización de la deuda se aprueba después de que se haya prestado el servicio.
- b. Pacientes que no califican para los programas de Medicare, Medi-Cal, Covered California, entre otros programas de asistencia, y que no tienen capacidad financiera para pagar la totalidad o una parte de la factura hospitalaria.

Por lo general, el seguro de salud puede cubrir parcialmente a las personas y familias que se encuentran en esta categoría y pueden solicitar asistencia a través de la atención de caridad después de que el seguro haya pagado. Con el fin de recibir atención de caridad, los pacientes deben completar el formulario de solicitud adjunto y, además, sus ingresos familiares ajustados deben cumplir los criterios financieros para recibir atención de caridad. Consulte la tabla de criterios según los ingresos que aparece a continuación. Las familias cuyos ingresos excedan los criterios de ingresos pueden calificar para recibir la atención de caridad con costos compartidos. La atención de caridad puede autorizarse en cualquier momento, incluso antes de recibir el servicio.
- c. Situaciones de indigencia/deudas incobrables que normalmente se manifiestan después de prestar el servicio.
- d. Beneficiarios actuales de los programas de Medicare, Medi-Cal o Covered California que solicitan atención de caridad para alguna hospitalización previa que no esté cubierta por el programa. Esto ocurre normalmente en situaciones en las que un paciente no cumple con los criterios de elegibilidad financiera de ninguno de los programas para cubrir un mes de servicios hospitalarios, aunque después del alta (semanas o meses), la situación económica del paciente se deteriora y, por lo tanto, se vuelve elegible y podrá recibir asistencia para futuras hospitalizaciones. Los programas de Medicare, Medi-Cal o Covered California no calificarán retroactivamente a los solicitantes para períodos anteriores.
- e. Pacientes de los programas de Medi-Cal/Medicaid confirmados como "Otro condado", cuyo condado no tenga un contrato con Eastern Plumas Health Care.

**Categoría B:** paciente fallecido sin patrimonio.

#### **IV. LINEAMIENTOS DE PROCEDIMIENTO**

- a. El defensor financiero del paciente que reciba una solicitud de atención de caridad o determine que las cuentas de un paciente deben considerarse para recibir atención de caridad debe investigar minuciosamente y documentar todos los hechos relevantes en la carpeta del expediente financiero. Se debe supervisar que se hayan realizado esfuerzos suficientes para solicitar recursos

financieros alternativos. Se deben tomar iniciativas que garanticen la aprobación o denegación antes de la admisión.

- b. A efectos de esta determinación, los activos monetarios no incluirán planes de jubilación o de compensación diferida calificados según el Código de Impuestos Internos o los planes de compensación diferida no calificados. Además, para determinar la elegibilidad, no se contabilizarán los primeros diez mil dólares (\$10,000) de los activos monetarios del paciente ni tampoco el 50 por ciento de sus activos monetarios que superen los primeros diez mil dólares (\$10,000), según se establece en el proyecto de ley 1020.
- c. La solicitud de atención de caridad o documentación incluida en el paquete del expediente financiero debe dirigirse a los niveles administrativos hasta llegar al nivel más bajo posible capaz de autorizar la amortización del monto por la atención de caridad. Consulte la matriz de amortización que aparece más abajo.
- d. Los empleados autorizados deben firmar su aprobación o denegación junto con el motivo de esta decisión en el expediente.  
Los empleados autorizados deben garantizar que se hayan hecho todos los esfuerzos posibles que confirmen que no existen recursos alternativos disponibles para cubrir el costo de la hospitalización.
- e. El expediente se debe devolver al Defensor financiero del paciente para procesar la amortización y envíe el Aviso de determinación de elegibilidad al paciente.
- f. Los expedientes del Defensor financiero del paciente (únicamente aprobaciones) y la determinación de elegibilidad (aprobaciones y denegaciones) deben archivarlos durante no menos de cinco años. Estos registros deben archivarlos de tal manera que se garantice que se pueda acceder a ellos con facilidad.

**V. DISPUTAS**

En el caso de una disputa, un paciente puede solicitar una revisión adicional por parte del director ejecutivo o director de finanzas.

**MATRIZ DE LA AMORTIZACIÓN DE LA DEUDA**

	Estimación del monto real
Administrador del hospital/Director ejecutivo Director de finanzas	Más de \$10,000
Administrador de servicios financieros para el paciente	Hasta \$10,000
Estos son los montos máximos por cuenta(s) si se combinan	

**Criterios de ingresos para todos los estados con excepción de Alaska y Hawái**

Fecha de entrada en vigencia: 01/15/2024

<u>Tamaño del grupo familiar</u>	<u>Lineamientos Federales de Pobreza 2023</u>	<u>LINEAMIENTOS DE POBREZA SEGÚN EL PROGRAMA EPHC</u> (400 % DE LOS LINEAMIENTOS FEDERALES DE POBREZA)
----------------------------------	---	--

1	\$15,060	\$58,320
2	\$20,440	\$78,880
3	\$25,820	\$99,440
4	\$31,200	\$120,000
5	\$36,580	\$140,560
6	\$41,960	\$161,120
7	\$47,340	\$181,680
8	\$52,720	\$202,240

Para grupos familiares con más de 8 miembros, agregue \$5,380.00 por cada miembro adicional (según los Lineamientos de Pobreza de acuerdo con el programa EPHC).

*Revisión 11/13/2023*