

MANUAL: Patient Access	POLICY NO: ADM-F-1.2
TITLE: Financial Assistance and Discount Policy	PAGE: 1 of 12
EFFECTIVE DATE: 02/24/2015	REVIEWED: 11/18/2015
APPROVED BY: Kenny Pawlek, COO	REVISED: 07/01/2016

SCOPE:

Todo el personal del hospital

PROPÓSITO

Esforzarnos para ser el líder de confianza en la atención médica de calidad, personalizada, compasiva e innovadora para los pacientes que atendamos. Keck Medicine of USC (KMC), que incluye a Keck Hospital of USC, Norris Cancer Center y USC Verdugo Hills Hospital (VHH), está dedicado a la investigación y excelencia clínica y se enfoca en mejorar la atención médica para la comunidad a la cual atendemos. Seguimos comprometidos para ayudar a satisfacer las necesidades de las personas de bajos ingresos que no tienen cobertura de seguro médico, las personas subaseguradas o los pacientes con costos médicos altos, como un elemento importante de nuestro compromiso con nuestra comunidad. Esta política define los medios para que VHH muestre su compromiso de larga trayectoria para alcanzar su misión y sus valores, y cumple con todas las políticas y regulaciones de la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA). Los hospitales Keck y Norris no tienen Departamentos de Emergencias y evaluarán las emergencias de acuerdo con las políticas del hospital, incluyendo el Equipo de respuesta rápida y las Políticas de EMTALA.

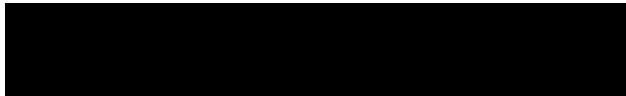
La Política de descuentos y asistencia financiera (Política) establece los parámetros de VHH respecto a la asistencia financiera o los descuentos para pacientes calificados. Además, está escrita de manera que se pueda dirigir y guiar al personal y transmitir y administrar a todos los pacientes que buscan asistencia para cumplir con su obligación financiera por la atención recibida. VHH no denegará la atención de emergencia ni otra atención que sea médicamente necesaria con base en la capacidad de pago. El centro no participará en acciones que hagan que las personas se desanimen de buscar atención médica de emergencia, como por ejemplo, al exigir que los pacientes del departamento de emergencias paguen antes de recibir el tratamiento por problemas médicos de emergencia o al permitir actividades de cobro de deudas que interfieran con la provisión, sin discriminación, de atención médica de emergencia. VHH no ofrece Asistencia financiera a los pacientes que vivan fuera de Estados Unidos.

Los servicios hospitalarios no incluyen aquellos servicios prestados por The Keck School of Medicine of USC, USC Care o cualquier médico independiente. Ellos cobran por separado la atención que proveen. VHH no controla los programas de asistencia financiera de algún cobro de parte de los médicos. Si se le aprueba para recibir asistencia financiera bajo la Política de VHH, entregue nuestra carta de aprobación en la oficina de cobros del médico para que se le considere para recibir la asistencia financiera. Esta política de Asistencia financiera no cubre ningún cargo que se considere como ingreso no operativo para el hospital.

POLÍTICA

VHH hará todos los esfuerzos razonables para identificar y ayudar a los pacientes elegibles a cumplir con su obligación financiera de pago por los servicios hospitalarios. La asistencia financiera está diseñada para ayudar a los pacientes que tienen una necesidad financiera comprobada y no pretende complementar ni evitar la cobertura de terceros, incluido Medicare. Antes de que un paciente pueda ser elegible según la Política, se deben solicitar primero todos los recursos disponibles, incluyendo, entre otros, el seguro médico privado (que incluye la cobertura a través del Intercambio de Beneficios de Salud de California). La información de asistencia financiera de VHH se divulga ampliamente, tanto a la comunidad en general como a la población de pacientes de VHH. La revisión se puede realizar por medio del uso de intérpretes (idioma, vista y audición) o de materiales escritos, según lo solicite la persona. VHH respetará la dignidad y la privacidad de todos los pacientes que requieran ayuda para cumplir con su obligación financiera, según se describe en las secciones del procedimiento, más adelante.

DEFINICIONES



MANUAL: Patient Access	POLICY NO: ADM-F-1.2
TITLE: Financial Assistance and Discount Policy	PAGE: 2 of 12
EFFECTIVE DATE: 02/24/2015	REVIEWED: 11/18/2015
APPROVED BY: Kenny Pawlek, COO	REVISED: 07/01/2016

- Atención de beneficencia

Esa parte de la atención que provee un hospital a un paciente, por la cual un pagador tercero no es responsable y que el paciente no puede pagar, y por la cual el hospital no tiene ninguna expectativa de pago.

- Pago con descuento

Pago esperado y limitado por servicios de emergencia y medicamento necesarios que se han brindado a una tarifa con descuento a pacientes que califiquen financieramente, cuyos ingresos estén entre 201 y 350%, inclusive, del Nivel federal de pobreza.

- Acción extraordinaria de cobro

Cualquier acción contra una persona responsable de una factura relacionada con la obtención del pago de una cuenta de pago por cuenta propia, que requiera un proceso legal o judicial o reportar información adversa sobre la persona responsable a las agencias de crédito/de informes de crédito del consumidor. Las ECA no incluyen la transferencia de una cuenta de pago por cuenta propia a otra parte con fines de cobro sin el uso de un proceso legal o judicial o la presentación de información adversa a las agencias/burós de crédito.

- Gastos de vida básicos

Gastos por cualquiera de los siguientes: pago de renta o de vivienda y mantenimiento; suministros del hogar y alimentos; servicios públicos y teléfono; ropa; pagos de servicios médicos y dentales; seguro; cuidado infantil o escuela; manutención infantil y pensión alimenticia; transporte y gastos de automóvil, incluyendo seguro, gasolina y reparaciones; pagos de cuotas; lavandería y limpieza; y otros gastos extraordinarios.

- Precio establecido en efectivo

El monto de pago que se espera después de aplicar un descuento de los cargos completos por los servicios ofrecidos a los pacientes que no tienen seguro o que califiquen bajo la política de pago con descuento del hospital.

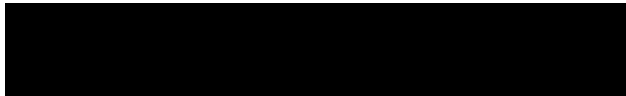
- Nivel federal de pobreza

Las directrices de pobreza más recientes adoptadas periódicamente por el Departamento Federal de Salud y Servicios Humanos para determinar la elegibilidad financiera para la participación en varios programas con base en el tamaño de la familia según aplique a California.

- Indigente

Una persona es indigente si vive:

 1. en un lugar que no está destinado para que lo habiten seres humanos, tal como: calles, carros, edificios abandonados, parques;
 2. en albergues de emergencia;
 3. en vivienda transitoria o de apoyo (para las personas que vienen de la calle o de un albergue) y;
 4. en cualquiera de los lugares anteriores, pero está en un hospital/institución a corto plazo (30 días o menos);



MANUAL: Patient Access	POLICY NO: ADM-F-1.2
TITLE: Financial Assistance and Discount Policy	PAGE: 3 of 12
EFFECTIVE DATE: 02/24/2015	REVIEWED: 11/18/2015
APPROVED BY: Kenny Pawlek, COO	REVISED: 07/01/2016

5. en una morada privada, pero será desalojado en una semana;
6. en una institución, pero se le dará de alta en un plazo de una semana y la institución que da el alta no proporciona vivienda como parte del plan para el alta;
7. sin un ambiente de vivienda seguro porque el paciente es víctima de violencia doméstica;
8. sin que se haya identificado una posible residencia y sin recursos ni redes de apoyo para ayudar a obtener la vivienda.

Fuente: oficinas de www.HUD.gov

http://www.dmh.co.la.ca.us/Hah/documents/COUNTRYS_3_%20Homelessness_%20Eligibility_%20Doc_Guide.pdf#search=%22defining%20homelessness%22

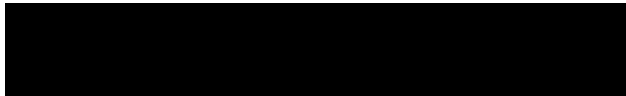
Ingresos Incluye, entre otros, sueldos, salarios, pagos del Seguro Social, asistencia pública, compensación a los trabajadores y por desempleo, beneficios para veteranos, pensión alimenticia, manutención, pensiones, pagos regulares de seguro y rentas vitalicias, ingresos de herencias y fideicomisos, activos agotados como retiros del banco, venta de activos líquidos o de propiedad y pagos únicos por seguro o compensación.

Servicios médicamente necesarios Un servicio o tratamiento médicamente necesario es aquel que es absolutamente necesario para tratar o diagnosticar a un paciente y que podría afectar de manera sustancial y adversa la condición, la enfermedad o lesión del paciente si se omite, y no se considera un tratamiento o cirugía cosmética o electiva.

Paciente Para el propósito de esta Política, el paciente se refiere a la persona que busca servicios o a la persona responsable financieramente por los servicios. Keck Medical Center define al garante como el paciente, a menos que esté incapacitado mentalmente o sea menor de edad.

Paciente con costos médicos altos Un paciente que cumple con *todos* los siguientes requisitos:

1. un paciente con cobertura de terceros (es decir, no un paciente de pago por cuenta propia);
2. un paciente cuyos ingresos familiares no superan el 350 por ciento del Nivel federal de pobreza; y
3. un paciente cuyos costos anuales de desembolso directo incurridos por la persona en VHH superen el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente en los 12 meses anteriores; *o bien*, cuyos gastos médicos anuales de desembolso directo superen el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos que pagó él o su familia en los 12 meses anteriores.



MANUAL: Patient Access	POLICY NO: ADM-F-1.2
TITLE: Financial Assistance and Discount Policy	PAGE: 4 of 12
EFFECTIVE DATE: 02/24/2015	REVIEWED: 11/18/2015
APPROVED BY: Kenny Pawlek, COO	REVISED: 07/01/2016

Presunta elegibilidad para recibir asistencia financiera

VHH reconoce que esa parte de la población de pacientes que no tienen cobertura de seguro médico o subsegurados no podría participar en un proceso de solicitud de asistencia financiera (FA) tradicional. Si el paciente no proporciona la información requerida, VHH utiliza una herramienta predictiva de puntuación automatizada para calificar a los pacientes para recibir Atención de beneficencia. El recurso PARO™ predice la probabilidad de que un paciente califique para recibir Atención de beneficencia con base en las fuentes de datos disponibles públicamente. PARO proporciona aproximaciones de la posible reputación socioeconómica del paciente, así como, los ingresos y el tamaño del grupo familiar del paciente.

Paciente de pago por cuenta propia

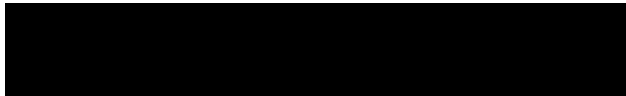
Un paciente que cumple con los siguientes criterios:

1. no hay un seguro de terceros;
2. no hay un programa Medi-Cal u otro programa patrocinado por el gobierno; y
3. no hay cobertura bajo la Compensación de los trabajadores, seguro de automóvil u otro seguro, según lo determine y documente VHH.

PROCEDIMIENTO

A. COMUNICACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA CUENTA/PACIENTE

1. VHH anuncia ampliamente su Política en los siguientes medios:
 - a. VHH ofrece la Política, la solicitud de asistencia financiera y un resumen de la Política en lenguaje sencillo en su sitio web.
 - b. VHH pone a disposición copias impresas de la Política, la solicitud de asistencia financiera y del resumen en lenguaje sencillo para todos los pacientes o miembros de la comunidad, a solicitud y sin ningún costo, tanto por correo como en el área de admisiones de VHH y en el área de contabilidad del Departamento de Servicio al paciente. VHH ha determinado el porcentaje o el número de personas con LEP (destreza limitada en inglés) en la comunidad de los centros hospitalarios. VHH proporcionará estas políticas en inglés y en español con base en el Área 4 de Planificación de servicios de Los Angeles, que es la comunidad que atiende VHH.
 - c. VHH informa y notifica a los miembros de la comunidad que atiende VHH sobre la Política, por medio de publicaciones en el sitio web de VHH y a través de publicaciones claramente visibles en todas las ubicaciones con altos volúmenes de pacientes, incluyendo entre otras, los lugares de llegada de los pacientes y las áreas de salida, la oficina de cobros y los lugares de servicios auxiliares. El sitio web y las publicaciones informan a los pacientes en dónde pueden obtener más información.
 - d. VHH notifica e informa a las personas que reciban atención de VHH sobre la Política, al hacer lo siguiente:

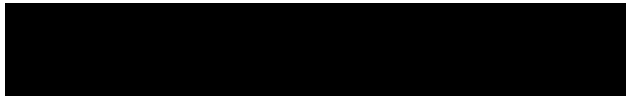


MANUAL: Patient Access	POLICY NO: ADM-F-1.2
TITLE: Financial Assistance and Discount Policy	PAGE: 5 of 12
EFFECTIVE DATE: 02/24/2015	REVIEWED: 11/18/2015
APPROVED BY: Kenny Pawlek, COO	REVISED: 07/01/2016

1. Ofrecer a los pacientes una copia del resumen en lenguaje sencillo como parte del proceso de admisión y del alta y proporcionar información escrita sobre la asistencia financiera a todos los pacientes que pagan por cuenta propia. Este material incluye una declaración sobre cómo los pacientes pueden obtener información adicional.
2. Incluir un aviso escrito, claramente visible, en los estados de cuenta que (a) informe a los destinatarios sobre la disponibilidad de pagos con descuento o atención de beneficencia bajo la Política, (b) incluya el número de teléfono del departamento de Servicios Financieros para los Pacientes, el cual pueda proveer información adicional sobre la Política y el proceso de solicitud, y que también incluya la dirección directa del sitio web en donde se puedan obtener copias de la Política, la solicitud de asistencia financiera y el resumen en lenguaje sencillo de la Política; y (c) incluya una declaración que indique que si el paciente presenta una solicitud, o tiene una solicitud pendiente para otro programa de cobertura médica al mismo tiempo que solicite asistencia financiera de VHH, ninguna solicitud prohibirá la elegibilidad para la otra.
3. Publicar avisos claramente visibles que notifiquen a los pacientes sobre la Política en las áreas públicas de VHH, incluyendo las áreas de admisión y que también informen a los pacientes en dónde pueden obtener información adicional.

(Código de salud y seguridad de Cal. § 127420(b); 26 U.S.C. § 501(r)—(4)(a)(5)).

2. Hay materiales escritos relacionados con la Política, disponibles en inglés y en español. Se cuenta con servicios de interpretación de idiomas, cuando sea necesario, para facilitar la comprensión y la participación del paciente en la elección de las opciones de pago para recibir asistencia financiera.
3. Una vez que se reciba la solicitud completa, se tomará una decisión respecto a la asistencia financiera, tan pronto como sea razonablemente posible. El personal de VHH hará todos los esfuerzos razonables para obtener información de los pacientes de si un seguro médico, público o privado, puede cubrir total o parcialmente el gasto por la atención que reciban. El personal de VHH evaluará la elegibilidad del paciente para todas las opciones disponibles de vinculación con la persona que paga.
4. Las cuentas de los pacientes por servicios hospitalarios que puedan ser apropiadas para recibir asistencia financiera incluyen las siguientes:
 - e. los pacientes que no tienen cobertura de seguro médico y que no tienen medios o tienen medios limitados para pagar;
 - f. los pacientes que no tienen cobertura de seguro médico que no puedan pagar sus obligaciones como paciente, por ejemplo, deducibles, coseguro o copagos, según lo exija la cobertura de terceros, incluyendo el deducible o coseguro de Medicare y el costo compartido de Medi-Cal;
 - g. los pacientes con costos médicos altos, según se define en las definiciones.
5. A los pacientes que califiquen no se les cobrará más que los montos generalmente facturados (AGB) por la atención de emergencia o atención médicamente necesaria. Se usará el Método prospectivo para determinar los AGB.

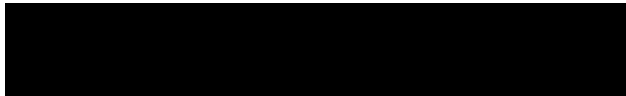


MANUAL: Patient Access	POLICY NO: ADM-F-1.2
TITLE: Financial Assistance and Discount Policy	PAGE: 6 of 12
EFFECTIVE DATE: 02/24/2015	REVIEWED: 11/18/2015
APPROVED BY: Kenny Pawlek, COO	REVISED: 07/01/2016

6. Método prospectivo de los montos generalmente facturados (AGB): Los montos generalmente facturados (AGB) se basan en el proceso de facturación y codificación que VHH usa para la tarifa por servicio de Medicare, para los servicios de emergencia o servicios médicamente necesarios. El pago total que se espera de Medicare se divide entre los cargos facturados totales esperados por dichos reclamos, y luego, ese número se resta de 1 para calcular el porcentaje de AGB. La reducción de AGB de VHH en los cargos brutos se ajusta con cualquier cambio en los cargos. [CÁLCULO DEL % DE AGB](#)

B. PROCESO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

1. El personal de VHH ayudará a todos los pacientes elegibles que no puedan pagar los servicios, quienes, con toda cooperación, proporcionen información acerca de su responsabilidad de pago. No cumplir con colaborar plenamente o con completar esta solicitud en su totalidad, o bien, no proporcionar la documentación requerida, provocará que se rechace la solicitud bajo la Política.
2. La determinación de la asistencia financiera se puede basar en que el paciente provea la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos individuales o del grupo familiar en el formulario de las declaraciones del impuesto sobre la renta del año más reciente, y si está empleado, los dos comprobantes de pago más recientes.
 - a. Es posible que se requiera la siguiente información adicional:
 - i. información de todos los activos, tanto líquidos como no líquidos, pero no incluirán estados de cuenta sobre planes de jubilación o compensación diferida;
 - ii. autorizaciones o exoneraciones que autoricen a VHH para obtener información de la cuenta de instituciones financieras o comerciales que tengan activos monetarios para verificar su valor;
 - iii. el tamaño de la familia (incluye a los dependientes legalmente calificados) que se usa para determinar el punto de referencia apropiado.
 - b. Si se determina que los ingresos familiares están por encima del 400% del Nivel federal de pobreza (FPL), VHH aún podría considerar que el paciente es elegible para recibir asistencia financiera, pero le podrían pedir la siguiente información:
 - i. patrimonio individual o familiar, incluyendo activos, tanto líquidos como no líquidos, pasivos y reclamos contra activos;
 - ii. el estado de empleo se considerará en el contexto de si la probabilidad de futuras ganancias será suficiente para cubrir el costo del pago por los servicios de atención médica en un período razonable;
 - iii. gastos u obligaciones inusuales;
 - iv. información adicional que se requiera para circunstancias especiales.
3. La elegibilidad para recibir asistencia financiera se puede determinar en cualquier momento que VHH haya recibido la información para calificar. Sin embargo, se anima a los pacientes a que provean



MANUAL: Patient Access	POLICY NO: ADM-F-1.2
TITLE: Financial Assistance and Discount Policy	PAGE: 7 of 12
EFFECTIVE DATE: 02/24/2015	REVIEWED: 11/18/2015
APPROVED BY: Kenny Pawlek, COO	REVISED: 07/01/2016

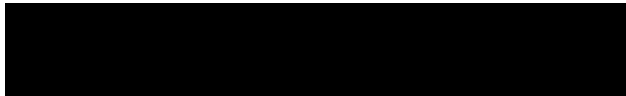
información en un término de 30 días de la solicitud, para poder colaborar con VHH durante el ciclo de facturación. El ciclo completo de cobros es por un período de 150 días; durante ese tiempo, VHH usará los estados de cuenta mensuales y las llamadas salientes para localizar al paciente respecto a su obligación de proveer información para calificar y para continuar extendiendo la oferta de asistencia financiera bajo la Política.

4. Si un paciente no colabora en el ciclo de cobros o no envía una solicitud completa de asistencia financiera, así como los documentos requeridos, dará lugar a que la cuenta sea enviada a una agencia externa de cobros por mora después de estar 151 días en el ciclo de facturación. Esto incluirá procesos formales de cobro para recuperar los saldos vencidos. No iniciaremos las Acciones extraordinarias de cobro (ECA) hasta o después del día 240, luego de la emisión del estado de cuenta inicial de facturación posterior al alta.

C. ELEGIBILIDAD Y DETERMINACIÓN PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA

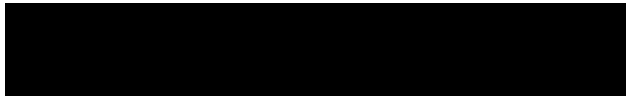
1. A fin de calificar para recibir la cobertura de asistencia financiera para toda o una parte de la cuenta del hospital, se debe cumplir con todos los criterios siguientes:
 - a. el paciente tiene que ser un paciente de pago por cuenta propia o tener gastos médicos de desembolso directo anuales y documentados que sobrepasen el 10% de los ingresos familiares del paciente en el período de los 12 meses anteriores;
 - b. los servicios son de emergencia y/o médicamente necesarios, no cosméticos;
 - c. los ingresos familiares del paciente no deben exceder el 400% del FPL. (Código de salud y seguridad de Cal. § 127400(c);
 - d. la persona debe ser residente de EE. UU. y no un paciente internacional que haya viajado a Estados Unidos con el único propósito de turismo médico.
2. Los primeros \$10,000.00 de los bienes monetarios de un paciente y el 50% de los bienes monetarios de un paciente sobre los primeros \$10,000.00 no deben tomarse en consideración para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera.
3. Se otorgará asistencia financiera sobre una escala variable, de acuerdo con la Política. Anualmente, se revisarán y actualizarán los siguientes requisitos de elegibilidad. Escala variable de VHH:

Escala variable de FPL	100%	133%	150%	200%	201%-215%	216%-230%	231%-245%	246%-260%	261%-275%	276%-290%	291%-305%	306%-320%	321%-335%	336%-349%	>350%	400%
% de descuento	100%	100%	100%	100%	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%	10%	5%	0%	0%
% de pago requerido	0%	0%	0%	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	95%	100%	100%



MANUAL: Patient Access	POLICY NO: ADM-F-1.2
TITLE: Financial Assistance and Discount Policy	PAGE: 8 of 12
EFFECTIVE DATE: 02/24/2015	REVIEWED: 11/18/2015
APPROVED BY: Kenny Pawlek, COO	REVISED: 07/01/2016

- a. Tanto los pacientes de pago por cuenta propia como los pacientes con costos médicos altos son elegibles para presentar una solicitud para el Programa de pago con descuento.
 - (1) Pacientes de pago por cuenta propia: Para los pacientes de pago por cuenta propia cuyo ingreso familiar está entre 201 por ciento y 350 por ciento inclusive, del FPL, VHH limitará el pago que se espera por los servicios provistos por VHH al monto del pago que VHH esperaría recibir de buena fe por proveer dichos servicios bajo Medicare (“tarifa del programa patrocinado por el gobierno”). Si VHH provee un servicio por el cual no hay un pago establecido por Medicare, entonces VHH deberá establecer un monto apropiado de pago con descuento.
 - (2) Pacientes con costos médicos altos: Para pacientes con costos médicos altos cuyos ingresos documentados estén entre 201 por ciento y 350 por ciento inclusive, del Nivel federal de pobreza, VHH deberá limitar el pago que se espera por los servicios provistos por VHH a lo que sea menor de (i) el saldo después de aplicar cualquier pago del seguro o (ii) la tarifa aplicable del programa patrocinado por el gobierno con base en las tarifas de Medicare.
 - b. Para un nivel de ingresos que sea 200% del FPL o menos, se perdonará toda la cuenta del hospital.
4. Los pacientes que se determine que son indigentes o se presume que son elegibles para recibir asistencia financiera (según se define más adelante) y que no participen en otro programa de asistencia financiera, recibirán el 100% de la misma.
 5. A todos los pacientes que no tienen cobertura de seguro médico se les ofrecerá el Precio establecido en efectivo de VHH por los servicios prestados. Si los ingresos del paciente están por encima del 400% del FPL, el paciente no calificará automáticamente para cualquier liberación de deuda adicional de la factura del hospital. Sin embargo, se pueden hacer otras consideraciones para la elegibilidad si el paciente no puede pagar el Precio establecido en efectivo y a discreción del Administrador asociado del ciclo de ingresos. Estas consideraciones incluyen:
 - a. Presencia de condiciones extenuantes, tales como sucesos médicos catastróficos u otras situaciones especiales. Cualquiera de dichos casos requiere la aprobación específica de la administración. La información del patrimonio que se incluye en la Declaración de Evaluación financiera del paciente se usará para evaluar estas situaciones especiales.
 - b. La presencia de una bancarrota reciente y aplicable del paciente o que un tercero provea la cobertura al paciente.
 6. Al determinar el monto total por el cual se consideraría responsable a un paciente que no tiene cobertura de seguro médico si solo calificaba para recibir asistencia financiera parcial, se usará el Precio establecido en efectivo, no los cargos brutos totales.
 7. Circunstancias en las que es posible que no se requieran solicitudes:
 - a. A los pacientes que han sido identificados anteriormente como elegibles para recibir asistencia financiera se les puede otorgar la misma sin repetir el proceso completo de evaluación financiera por un período de seis meses.

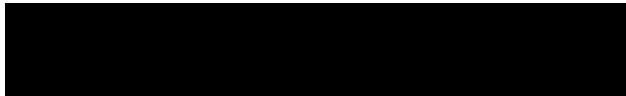


MANUAL: Patient Access	POLICY NO: ADM-F-1.2
TITLE: Financial Assistance and Discount Policy	PAGE: 9 of 12
EFFECTIVE DATE: 02/24/2015	REVIEWED: 11/18/2015
APPROVED BY: Kenny Pawlek, COO	REVISED: 07/01/2016

8. Se tomará una decisión respecto a la elegibilidad con base en toda la documentación solicitada.
9. En el caso que se determine que el paciente pagó más de lo requerido, se emitirá un reembolso.
10. Los pacientes que soliciten apelar las decisiones de asistencia financiera pueden enviar sus solicitudes al Administrador asociado del ciclo de ingresos.

D. REQUISITO DE NOTIFICACIÓN/ADMINISTRACIÓN DE LA CUENTA

1. VHH publica la disponibilidad de esta Política en todas las ubicaciones con gran volumen de pacientes, incluyendo las áreas de admisión y registro, ambientes para pacientes ambulatorios y la oficina de Cuentas de los pacientes.
2. VHH les proporcionará a los pacientes un aviso escrito que incluya información sobre la disponibilidad de la Política, incluyendo información sobre elegibilidad, así como la información de contacto para información adicional. Este aviso escrito también se proveerá a los pacientes que reciban atención ambulatoria y a quienes se les podría cobrar por dicha atención, pero que no fueron admitidos como pacientes hospitalizados.
3. Los estados de cuenta de facturación de VHH comunican la disponibilidad de programas patrocinados por el gobierno para cualquier paciente que no ha proporcionado comprobante de cobertura al momento de la facturación. VHH deberá proporcionar la siguiente información junto con la factura del paciente:
 - a. un estado de cuenta por los servicios proporcionados por VHH;
 - b. una solicitud en la que el paciente informe a VHH si tiene cobertura de seguro médico, incluyendo Medicare, Healthy Families, Medi-Cal u otra cobertura;
 - c. una declaración que indique cómo los pacientes pueden obtener solicitudes para la cobertura patrocinada por el gobierno y que VHH proporcionará dichas solicitudes; y
 - d. el número de teléfono de VHH desde el cual un paciente puede obtener información sobre la Política de VHH, y cómo presentar una solicitud para recibir asistencia financiera.
4. Cada estado de cuenta de facturación del paciente incluirá un estado de cuenta visible que indique la disponibilidad de asistencia financiera. La factura también indicará las fechas de los servicios hospitalarios y si se le cobró a algún tercero.
5. Las facturas de los pacientes incluirán información sobre un contacto en VHH, incluyendo una dirección y número de teléfono al cual pueden llamar los pacientes cuando tengan preguntas acerca de su factura. Las preguntas de facturación de los pacientes se responderán inmediatamente por teléfono o por escrito.
6. Si un paciente no cumple con participar en el ciclo de cobros, y se requieren cobros formales, VHH seguirá todas las prácticas justas de cobro y recaudación de acuerdo con esta Política y actuará de una manera que trate a los pacientes con dignidad, respeto y compasión. Antes de los cobros formales, VHH proporcionará un aviso escrito que incluya:



MANUAL: Patient Access	POLICY NO: ADM-F-1.2
TITLE: Financial Assistance and Discount Policy	PAGE: 10 of 12
EFFECTIVE DATE: 02/24/2015	REVIEWED: 11/18/2015
APPROVED BY: Kenny Pawlek, COO	REVISED: 07/01/2016

- a. los servicios no lucrativos de asesoría de créditos que puedan estar disponibles en el área;
 - b. un resumen de los derechos del paciente, en lenguaje sencillo, de conformidad con la Sección 127430(a) del Código de salud y seguridad de California.
7. Las cuentas que se estén evaluando para recibir asistencia financiera no serán entregadas a una agencia interna o externa de cobros hasta la conclusión de la evaluación para recibir asistencia financiera, lo cual ocurrirá en caso de que el paciente no cumpla con proporcionar la información solicitada o que colabore de otra manera para tratar de obtener la asistencia financiera.
 8. Todas las actividades de cobro se basarán en los procedimientos escritos que siga el personal de cobros de VHH y las agencias de cobro externas. Se puede obtener una copia de la Política de facturación y cobros en el Departamento de Contabilidad para pacientes o en nuestro sitio web www.keckmedicine.org en varios idiomas. Debemos mantener un acuerdo con la agencia de cobros externa, exigiéndole a la agencia que cumpla con las normas de VHH y con su alcance de las prácticas con respecto al cobro de deudas, así como también, que cumpla con el programa de planes de pago razonables de VHH. La agencia de cobros externa también ayudará al paciente con el programa de asistencia financiera y el proceso de solicitud. Cualquier paciente que califique bajo el programa de asistencia financiera será retirado del proceso con la agencia de cobros externa y se eliminará cualquier informe de crédito negativo. Los cobros formales de las deudas se seguirán de forma consistente con las leyes de cobros del estado y federales.
 9. La decisión sobre la asistencia financiera la tomará únicamente el personal aprobado por el Hospital. En caso de que exista una controversia, un paciente o garante puede buscar por escrito la revisión del Administrador asociado del ciclo de ingresos, al proporcionar información adicional que respalde la controversia a:

Keck Medical Center of USC
Attention: Associate Administrator of Revenue Cycle
2011 N Soto Street
Los Angeles CA 90033

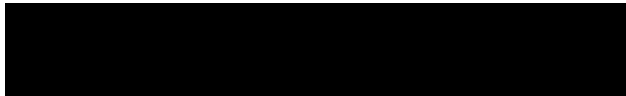
10. Envíe la solicitud de asistencia financiera y los documentos requeridos a:

Keck Hospital y Norris Cancer Hospital:

- Comuníquese con el Coordinador de Asistencia Financiera
- Llame a: Keck 855-532-5729
Norris 855-532-5729
- Fax seguro para ambos centros: 323-865-5672
- Correo: Keck Hospital of USC/Norris Cancer Hospital
2011 N Soto St
Los Ángeles CA 90033

Verdugo Hills Hospital (VHH):

- Comuníquese con el Coordinador de Asistencia Financiera
- Llame al: 818-949-4055
- Fax seguro: 818-949-4006
- Correo: Verdugo Hills Hospital (VHH)
1812 Verdugo Blvd



MANUAL: Patient Access	POLICY NO: ADM-F-1.2
TITLE: Financial Assistance and Discount Policy	PAGE: 11 of 12
EFFECTIVE DATE: 02/24/2015	REVIEWED: 11/18/2015
APPROVED BY: Kenny Pawlek, COO	REVISED: 07/01/2016

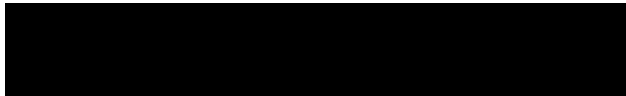
Glendale Ca 91208

E. SE PROPORCIONARÁN PLANES DE PAGO PARA LOS PACIENTES QUE CALIFIQUEN FINANCIERAMENTE, SIN COBROS POR INTERESES

- Un paciente que califique para un pago con descuento deberá colaborar para establecer un plan de pagos extendido. VHH y el paciente deberán negociar los términos del plan de pagos y VHH deberá tomar en consideración los ingresos familiares del paciente, así como los gastos de vida básicos. Si VHH y el paciente no pueden acordar un plan de pagos extendido, entonces VHH deberá crear un plan de pagos razonable basado en los montos adeudados con el tiempo. A continuación se establece un cuadro de plan de pagos y cualquier desviación del mismo debe ser aprobada por el Administrador asociado del ciclo de ingresos.

	Monto total adeudado y meses para pagar con base en la necesidad		
Monto total adeudado	\$1 a \$500	\$501 a \$3,000	Más de \$3,001
Puede ser aprobado por el personal	6 meses	12 meses	24 meses
Tiene que ser aprobado por el Gerente	12 meses	24 meses	36 meses

- Se considerará que un plan de pagos ha sido incumplido solo si durante 90 días no se recibe algún pago programado.
- Se hará un intento por comunicarse con el paciente tanto por teléfono como por escrito, antes de que se declare que el plan de pagos se ha incumplido.
- Las cuentas del plan de pagos incumplido se trasladarán a un proceso formal de cobros.



MANUAL: Patient Access	POLICY NO: ADM-F-1.2
TITLE: Financial Assistance and Discount Policy	PAGE: 12 of 12
EFFECTIVE DATE: 02/24/2015	REVIEWED: 11/18/2015
APPROVED BY: Kenny Pawlek, COO	REVISED: 07/01/2016

REFERENCIAS

Código de Rentas Internas de 1986, Sección 501(r).

Fechas de vigencia/revisión de la Póliza N.º <insert policy number>		
Vigencia:	00/00/0000	<replace with revising committee name>
Revisado:	00/00/0000	
	00/00/0000	
	00/00/0000	
Palabras clave:		