



# COLLEGE MEDICAL CENTER PHOENIX

## A College Behavioral Health Hospital

Manual: xxxxx Owner: xxxxx	<b>Plan de Atención Benéfica</b>	
Fecha de originación: 11/2024 Última revisión: 11/2024 Última revisión:	<b>APROBACIÓN</b>  Comité Ejecutivo Médico x/xxxx Junta de Gobierno x/xxxx	<b>Página 1 of 2</b>

### OBJETIVO:

La misión de College Medical Center Phoenix es desarrollar, administrar y promover una gama continua de servicios de atención médica para satisfacer las necesidades médicas y de comportamiento de sus comunidades.

Esta política de caridad es un medio a través del cual College Medical Center Phoenix trabajará para satisfacer las necesidades médicas y de comportamiento de sus pacientes ofreciendo servicios médicos sin cargo o con un cargo nominal para pacientes calificados para el plan de caridad. Si bien el gobierno estatal tiene la responsabilidad de brindar servicios a los indigentes, College Medical Center Phoenix ayuda a llevar a cabo esa responsabilidad. Ayudar a satisfacer las necesidades de las personas sin seguro o con seguro insuficiente es un elemento importante en nuestro compromiso con la comunidad.

### POLÍTICA / PROCEDIMIENTO:

Los criterios que seguirá el hospital en pacientes o programas calificados con fines benéficos se proporcionan en esta política. El hospital ha desarrollado estas políticas por escrito y las aplicará de manera consistente a todos los pacientes.

#### I. Proceso general y responsabilidades

- A. Aquellos pacientes que actualmente no pagan sus facturas médicas debido a la falta de seguro de terceros y/o incapacidad de pago están cubiertos por esta póliza. La misión general del hospital queda expresamente demostrada en esta política solidaria y en sus prácticas cotidianas. La Junta Directiva, demostrando a través de su liderazgo y afirmación de nuestra misión, ha adoptado la política contenida en este documento.



# COLLEGE MEDICAL CENTER PHOENIX

## A College Behavioral Health Hospital

Manual: xxxxx Owner: xxxxx	<b>Plan de Atención Benéfica</b>	
Fecha de originación: 11/2024 Última revisión: 11/2024 Última revisión:	<b>APROBACIÓN</b>  Comité Ejecutivo Médico      x/xxxx Junta de Gobierno              x/xxxx	<b>Página 2 of 2</b>

B. A todos los pacientes que no puedan pagar sus facturas médicas se les solicitará que completen una Solicitud de asistencia financiera. Este formulario está disponible en inglés y español. Nuestro objetivo es que todas las admisiones optativas sean evaluadas según su capacidad de pago. La solicitud se enviará a cada paciente con la primera carta de notificación indicando el saldo adeudado del paciente. Todos los pacientes, incluidos aquellos que se consideran elegibles para Medicaid o cualquier otra cobertura de terceros, pero que actualmente no están aprobados para la cobertura, aún así deben completar el formulario de Solicitud de asistencia financiera, si es posible.

C. Completar este formulario:

1. Permite al hospital determinar si el paciente ha declarado ingresos y/o bienes que le permitan pagar los servicios de atención médica que recibe;
2. Otorga al hospital permiso explícito para completar una verificación de crédito para este individuo;
3. Proporciona un documento que será revisado por el personal de Contabilidad del Paciente después de que el paciente sea dado de alta para determinar la asignación de clase financiera; y
4. Proporciona una pista de auditoría para documentar el compromiso del hospital de brindar atención caritativa.

D. A todos los pacientes que no estén cubiertos por un seguro de terceros se les solicitará un depósito en efectivo al paciente o a su tutor. El depósito se basará en las tarifas de pago privado establecidas y aprobadas aplicables durante el período de prestación de los servicios. Los pacientes asegurados que indiquen que no pueden pagar sus obligaciones pueden ser evaluados en el momento de la admisión, con un seguimiento después de que se produzca la facturación del seguro. Contabilidad del Paciente puede brindarles a los pacientes que no estuvieron sujetos a una evaluación financiera en el momento de la admisión o durante su estadía el formulario financiero después del alta.

E. Antes de determinar que un paciente no tiene capacidad de pago, el proceso de evaluación financiera requiere que el personal del hospital haga un esfuerzo de buena fe para recopilar la siguiente información::

1. Ingresos individuales o familiares.
2. Patrimonio neto individual o familiar incluyendo activos, tanto líquidos como no líquidos,



# COLLEGE MEDICAL CENTER PHOENIX

## A College Behavioral Health Hospital

Manual: xxxxx Owner: xxxxx	<b>Plan de Atención Benéfica</b>	
Fecha de originación: 11/2024 Última revisión: 11/2024 Última revisión:	<b>APROBACIÓN</b>  Comité Ejecutivo Médico           x/xxxx Junta de Gobierno                    x/xxxx	<b>Página 3 of 2</b>

menos pasivos y créditos contra activos. También se considerará la elegibilidad para Medicaid una vez que se agoten algunos activos.

3. Situación laboral. Esto se considerará en el contexto de la probabilidad de que los ingresos futuros sean suficientes para cubrir el costo de pagar estos servicios de atención médica dentro de un período de tiempo razonable. Los planes de pago se limitarán a aquellos que puedan liquidarse razonablemente dentro de los 12 meses. En circunstancias inusuales y con el permiso de la dirección de Contabilidad del Paciente, se pueden implementar planes a más largo plazo.

4. Gastos o pasivos inusuales.

5. Tamaño de la familia. Esto se utiliza para determinar el punto de referencia para la caridad 100%, si los ingresos están en o por debajo de los niveles de ingresos establecidos.

F. La información se basará en una declaración firmada por el paciente o su familia, verificación mediante verificaciones de crédito y/u otra documentación proporcionada por el paciente o su familia. Es posible que se requiera información adicional solo en circunstancias especiales o según lo determine la gerencia. Se entiende que en algunos casos esta información no estará disponible y, por lo tanto, el personal de Contabilidad del Paciente hará todo lo posible para obtener información durante la admisión y después del alta.

G. El formulario adjunto se utilizará en el proceso de evaluación financiera:

1. Formulario 1: Formulario de asistencia financiera (este formulario también otorga permiso para obtener información crediticia). El Formulario de asistencia financiera estará disponible en los idiomas principales que se hablan en el área comunitaria del hospital, incluidos inglés y español.

H. Se proporcionarán cartas de aprobación o denegación, como notificación de obligaciones de pago, asignación de caridad total o parcial, y se enviarán al paciente opciones de planes de pago como notificación. Las carpetas de Contabilidad del paciente incluirán formularios completos, impresiones de verificación de crédito y notas de seguimiento.

I. Esta política se basa en las pautas federales de nivel de pobreza (FPL) más actualizadas. Según la demografía del hospital y la misión de satisfacer las necesidades de atención médica de su comunidad, los niveles de calificación primarios se basan en el 400 % de las pautas federales de



# COLLEGE MEDICAL CENTER PHOENIX

## A College Behavioral Health Hospital

Manual: xxxxx Owner: xxxxx	<b>Plan de Atención Benéfica</b>	
Fecha de originación: 11/2024 Última revisión: 11/2024 Última revisión:	<b>APROBACIÓN</b>  Comité Ejecutivo Médico x/xxxx Junta de Gobierno x/xxxx	<b>Página 4 of 2</b>

pobreza. En años posteriores, este porcentaje será evaluado y modificado según sea necesario.

- J. Para calificar para atención caritativa ya sea para la totalidad de la factura del hospital o para una parte de la factura del hospital, se deben cumplir los siguientes criterios:
1. Cobertura: los servicios que se brindan no están cubiertos/reembolsados por Medicaid ni por ningún otro tercero, el paciente paga por su cuenta, el paciente tiene gastos médicos que exceden el 10 % del ingreso familiar y/o el paciente tiene un ingreso familiar igual o inferior 400% del FPL.
  2. Nivel de ingresos: si los ingresos del paciente son del 400 % o menos del FPL, se cancelará toda la factura del hospital, independientemente del valor neto o el tamaño de la factura.
  3. Nivel de ingresos: si los ingresos del paciente están entre el 401 % y el 450 % del FPL, entonces una parte de la factura del hospital se cancela según una escala móvil, independientemente del valor neto o el tamaño de la factura, de la siguiente manera:
    - a. 401% - 425% = 80% cancelación, con responsabilidad máxima de \$5,000 (anualmente en el caso de múltiples estadías hospitalarias).
    - b. 426% - 450% = 60% cancelación, con un pasivo máximo de \$7,500 (anualmente en el caso de múltiples estadías hospitalarias).

### II. Determinación de caridad, formularios y mantenimiento de registros

- A. El formulario utilizado para la evaluación financiera se adjunta a la política de atención benéfica. El formulario solicita ingresos anuales (más verificación de ingresos) y otra información relevante. También se solicita tamaño de familia y circunstancias especiales. Toda la información solicitada se utilizará para determinar si un paciente es elegible para una cancelación de su factura hospitalaria, parcial o total.
- B. Los registros financieros hospitalarios incluirán el registro de los servicios de atención médica a cargo completo para la documentación de ingresos, ajustando estos montos por pagos de individuos u otros terceros. Las cuentas que se hayan registrado inadecuadamente como saldos de deudas incobrables se reclasificarán como cancelaciones de organizaciones benéficas después



# COLLEGE MEDICAL CENTER PHOENIX

## A College Behavioral Health Hospital

Manual: xxxxx Owner: xxxxx	<b>Plan de Atención Benéfica</b>	
Fecha de originación: 11/2024 Última revisión: 11/2024 Última revisión:	<b>APROBACIÓN</b>  Comité Ejecutivo Médico      x/xxxx Junta de Gobierno                x/xxxx	<b>Página 5 of 2</b>

de que las cuentas se restablezcan al estado de cuentas por cobrar o se registren ajustes contables especiales. La documentación relativa a la elegibilidad para recibir atención caritativa se mantendrá en los registros del paciente.

### III. Clasificación y Determinación de Faltas de Pago

- A. Se han establecido muchos programas gubernamentales (Medicaid y Medicare) y otros programas de cobertura de terceros para cubrir o sufragar los costos de atención médica de personas que también pueden considerarse necesitadas. En el caso de que los acuerdos de pagos al hospital requieran que el hospital acepte el monto del pago como pago total, los saldos de estas cuentas canceladas debido a la diferencia entre los cargos hospitalarios y las tasas de pago son atribuibles a ajustes contractuales y no se considerarán. atención caritativa. En los casos en que estos programas requieran que los pacientes paguen copagos o deducibles y los pacientes no tengan la capacidad de pagar estos montos, se considerará atención caritativa.
- B. La determinación de caridad se otorgará sobre la base de “todo, parcial o nada”. A aquellos que se determine que no son elegibles para recibir atención caritativa, se les notificará que pueden apelar su decisión enviando una solicitud por escrito al Director de Mejora de la Calidad/Gestión de Riesgos.
- C. Existe una categoría de pacientes que califican para Medicaid, pero no reciben pago por toda su estadía. Según la definición de la política de atención caritativa, estos pacientes son elegibles para recibir cancelaciones de atención caritativa. Además, el hospital incluye específicamente como caridad los cargos relacionados con estadías denegadas, días de atención denegados y servicios no cubiertos. Estas denegaciones de autorización, falta de pago por servicios no cubiertos proporcionados a pacientes de Medicaid y otras denegaciones deben clasificarse como caridad. Estos pacientes están recibiendo el servicio y no tienen la capacidad de pagarlo.
- D. Los pacientes de Medicare que tienen cobertura de Medicaid para sus coseguros/deducibles, por los cuales Medicaid no realiza pagos y, en última instancia, Medicare no proporciona reembolsos por deudas incobrables también se incluirán como organización benéfica. Estos pacientes



# COLLEGE MEDICAL CENTER PHOENIX

## A College Behavioral Health Hospital

Manual: xxxxx Owner: xxxxx	<b>Plan de Atención Benéfica</b>	
Fecha de originación: 11/2024 Última revisión: 11/2024 Última revisión:	<b>APROBACIÓN</b>  Comité Ejecutivo Médico x/xxxx Junta de Gobierno x/xxxx	<b>Página 6 of 2</b>

indigentes reciben un servicio por el cual no se reembolsa una parte de la factura resultante.

- E. Históricamente, los ajustes administrativos han incluido cancelaciones por quiebra u otras circunstancias especiales que indiquen la incapacidad del paciente para pagar. Estos ajustes y cancelaciones se reclasificarán como atención caritativa ya que cumplen con los criterios del hospital para atención caritativa.
- F. Los pacientes que son atendidos pero que no han proporcionado al personal del hospital ninguna información financiera antes de su salida del hospital pueden ser dados de baja como atención caritativa, según la experiencia histórica con esta población de pacientes. Los pacientes que se sabe que no tienen hogar también serán elegibles para recibir atención caritativa completa.
- G. Los informes de la agencia de cobranza pueden identificar ciertas cuentas de pacientes devueltas al hospital después de que la agencia de cobranza haya determinado que el paciente no tiene los recursos para pagar su factura. Contabilidad del Paciente puede considerar que estas cuentas son cuentas de atención benéfica. Estos informes se utilizarán en lugar del Formulario de asistencia financiera. Se incluirá una nota que haga referencia al informe específico de la agencia de cobranza (por fecha) en el expediente del paciente, así como en el archivo central. Contabilidad del Paciente realizará las transacciones apropiadas para revertir los ajustes por deudas incobrables y reclasificar estas cuentas como atención caritativa.

#### IV. Proceso de determinación de caridad

- 1. Función del Departamento de Admisiones y Admisiones: establecerá programas que conduzcan a la evaluación financiera del 100 % de todos los pacientes hospitalizados que pagan por su cuenta. El personal debe solicitar un depósito a los pacientes que indiquen que no tienen cobertura de seguro. El hospital seguirá intentando ubicar a los pacientes indigentes en una instalación del condado.
  - A.
    - 1. Si un paciente no proporciona información adecuada para que Contabilidad del Paciente dé seguimiento al proceso de cobranza (ejemplo; dirección particular; número de



# COLLEGE MEDICAL CENTER PHOENIX

## A College Behavioral Health Hospital

Manual: xxxxx Owner: xxxxx	<b>Plan de Atención Benéfica</b>	
Fecha de originación: 11/2024 Última revisión: 11/2024 Última revisión:	<b>APROBACIÓN</b>  Comité Ejecutivo Médico           x/xxxx Junta de Gobierno                    x/xxxx	<b>Página 7 of 2</b>

contacto telefónico) y se verifica que el paciente no tiene cobertura de Medicaid o Medicare, este paciente será clasificado financieramente como Indigente. .

2. If a Si un paciente ha proporcionado información adecuada a Access pero no tiene cobertura a través de Medicaid o Medicare, este paciente será clasificado como un paciente privado para una evaluación adicional por parte de un trabajador de elegibilidad de Medicaid o el personal de Contabilidad del Paciente.

B. El Departamento de Admisiones garantizará la codificación correcta de las clases financieras y enviará la información del paciente a los departamentos correctos para su seguimiento.

1. Generar un informe diario de pagos propios y pacientes indigentes para un trabajador de elegibilidad de Medicaid y/o la solicitud de beneficios de PE de Medicaid se completará con el paciente. El secretario de admisión entregará un formulario de asistencia financiera a todos los pacientes que pagan por su cuenta para que lo completen y lo envíen a Contabilidad del paciente antes del alta. El personal de la unidad ayudará al paciente a completar este formulario según sea necesario.

C. Función de contabilidad del paciente

1. El código de cancelación de atención caritativa siempre se asignará cuando los niveles de ingresos basados en el tamaño de la familia sean iguales o menores que los niveles de ingresos establecidos según las pautas federales de pobreza, junto con el complemento por cada dependiente adicional. Si se justifica una cancelación parcial de la factura según la evaluación financiera inicial, se asignará el código de transacción de cancelación de atención benéfica para esa parte de la factura del hospital.
2. La verificación de ingresos se realizará mediante el recibo de talones de sueldo, declaraciones de impuestos recientes y/o formularios W-2, según lo solicite el personal del hospital. Si el único ingreso del paciente es Ayuda General, no se solicita ninguna verificación impresa. Se obtendrá un informe de crédito basado en el Número de Seguro Social del paciente en todas



# COLLEGE MEDICAL CENTER PHOENIX

## A College Behavioral Health Hospital

Manual: xxxxx Owner: xxxxx	<b>Plan de Atención Benéfica</b>	
Fecha de originación: 11/2024 Última revisión: 11/2024 Última revisión:	<b>APROBACIÓN</b>  Comité Ejecutivo Médico           x/xxxx Junta de Gobierno                    x/xxxx	<b>Página 8 of 2</b>

- las situaciones en las que sea necesario para confirmar la información proporcionada.
3. Los pacientes que sean designados como autopagos por el Departamento de Admisiones y/o Admisiones, y que no estén clasificados como que cumplen con los criterios de atención caritativa, según los niveles de ingresos establecidos, serán contactados por el personal de Contabilidad de Pacientes y se les pedirá que completen una solicitud de un plan de pago, o proporcionar más información que no se obtuvo durante el proceso de evaluación financiera inicial. A aquellos pacientes que se determine que tienen la capacidad de pagar parte o la totalidad de su factura se les solicitará que realicen un depósito basado en el monto esperado de la factura y se les ofrecerá un plan de pago por un período de un año o menos. Si se establece un descuento o un plan de pago, se considerará cancelar una parte de la factura como caridad cuando las circunstancias apropiadas lo ameriten. El personal aprobará el estado de atención benéfica, con la aprobación apropiada de la gerencia, cuando sea consistente con las pautas analizadas anteriormente en esta política.
  4. Se debe ofrecer un plan de pago razonable a todos los pacientes que cumplan con los requisitos de elegibilidad, incluso cuando no se pueda llegar a un acuerdo sobre el monto del plan de pago entre el hospital y el paciente. Este plan de pago requerirá que los pagos mensuales no excedan el 10% del ingreso familiar del paciente durante un mes, excluyendo las deducciones por gastos de vida esenciales (es decir, alquiler, comida, servicios públicos). Cualquier agencia de cobranza externa utilizada por el hospital para el cobro de deudas cumplirá con las pautas anteriores con respecto al plan de pago razonable.

### V. Política de caridad comparada con el proceso de determinación de caridad

#### A. Los puntos clave de esta política incluyen:

1. La identificación de posibles pacientes de caridad lo más cerca posible del momento de la admisión.
2. Siempre que sea posible, se utilizará el Formulario de asistencia financiera y se realizará una verificación de crédito para la mayoría de los pacientes que pagan por cuenta propia.



# COLLEGE MEDICAL CENTER PHOENIX

## A College Behavioral Health Hospital

Manual: xxxxx Owner: xxxxx	<b>Plan de Atención Benéfica</b>	
Fecha de originación: 11/2024 Última revisión: 11/2024 Última revisión:	<b>APROBACIÓN</b>  Comité Ejecutivo Médico x/xxxx Junta de Gobierno x/xxxx	<b>Página 9 of 2</b>

3. Los ingresos se verificarán de forma rutinaria para los pacientes que pagan por cuenta propia y que no sean de emergencia y se utilizarán en todas las circunstancias para determinar el estado de organización benéfica.
4. Las determinaciones reales de atención caritativa se realizarán según los criterios expresados en esta política de atención caritativa.
5. La determinación de caridad se otorgará sobre la base de “total, parcial o nada”.

### REFERENCIAS:

Hospitals Under the Affordable Care Act

ADJUNTOS: Formulario de asistencia financiera revisado: 2024