

## **OBJETIVO**

El objetivo de la presente póliza es establecer el criterio por medio del cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera y el proceso y los índices utilizados en dicho proceso en cumplimiento con las regulaciones aplicables sobre asistencia financiera.

## **PÓLIZA**

Huntington Hospital presta una cantidad razonable de servicios sin cargo a los pacientes financieramente elegibles que no pueden afrontar los costos de la atención médica. Todos los servicios de emergencia y médicamente necesarios definidos por Medicare como servicios u objetos razonables y necesarios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones, con excepción de los procedimientos cosméticos, pueden ser considerados para la asistencia financiera. Los descuentos por asistencia financiera serán cancelados en base a la determinación en virtud de la presente póliza que el paciente/otra parte responsable haya demostrado la imposibilidad de pagar. Sin embargo, en casos donde está determinado que la cuenta no ha sido pagada y no se ha demostrado ningún caso extremo en virtud de la presente póliza, dichas cuentas serán categorizadas como "deudas incobrables" y se procurará el cobro de dichas cuentas incluidas las derivaciones de dichas cuentas a una agencia de cobro.

## **DEFINICIONES**

### **I. ASISTENCIA FINANCIERA anteriormente denominada "ASISTENCIA CARITATIVA" SE DEFINE DE LA SIGUIENTE MANERA:**

Asistencia financiera es la ayuda financiera a un paciente o una parte responsable que no incluye descuentos normalmente otorgados a los titulares de la póliza de seguros, los precios de contratos que se negocian con las compañías aseguradoras u otros ajustes una vez que ha sido creada la cuenta final. Cuando el paciente puede pagar parte de la cuenta, se considerará la cancelación de la porción de dicha cuenta como asistencia financiera parcial. La asistencia financiera también puede incluir asistencia a los pacientes que han incurrido en altos costos médicos definidos como costos anuales por atención médica superiores al 10% del ingreso del hogar.

La asistencia financiera no será considerada como sustituto de la responsabilidad personal y se espera que los pacientes cooperen con el procedimiento de Huntington Hospital para solicitar la asistencia financiera y que contribuyan al costo de su atención basada en su imposibilidad individual de pagar.

**PLAN DE PAGO RAZONABLE:** significa pagos mensuales que no son más del 10 por ciento del ingreso familiar del paciente por mes, con exclusión de las deducciones por costos de vida esenciales. Los "Costos de vida esenciales" incluyen cualquiera de los siguientes gastos: renta o pago y mantenimiento del hogar, alimentos y artículos de uso doméstico, servicios públicos y teléfono, vestimenta, gastos médicos y odontológicos, seguro, escuela o cuidado de los niños, cuota alimentaria para el cónyuge o los hijos,

transporte y gastos del automóvil, inclusive seguro, combustible y reparaciones, pago de cuotas, lavado y limpieza y otros gastos extraordinarios.

Si, luego de que se establece un plan de pagos, existe un período de 90 días de falta de pago, el plan de pagos ya no será considerado operativo.

## II. LOS PACIENTES CON ASISTENCIA FINANCIERA SE DEFINEN COMO:

- A. Los pacientes no asegurados (quienes no poseen un seguro de terceros, Medicare, Medicaid o con lesiones o condiciones que califiquen para la cobertura de la compensación de los trabajadores o el seguro automotor por lesiones) que no cuentan con la posibilidad de pagar en base a los criterios descritos a continuación en la sección Elegibilidad.
- B. Los pacientes asegurados cuya cobertura de seguro y posibilidad de pago no son adecuadas para cubrir sus gastos de bolsillo..
- C. Los pacientes asegurados sin posibilidad de pagar la porción de la cuenta debido a copagos no cobrados, deducibles y servicios no cubiertos. .
- D. Un paciente asegurado o no asegurado con altos costos médicos, cuyo ingreso del hogar no excede el 350% del índice federal de pobreza pero cuyos costos o gastos médicos de bolsillo exceden el 10% de su ingreso del año anterior.
- E. Todo paciente que demuestre su imposibilidad de pagar, contra una deuda incobrable que es la falta de voluntad de pago por parte del paciente.

## III. IMPORTES FACTURADOS EN GENERAL

Los ABG (importes facturados en general) se definen como el importe máximo que un paciente que, en virtud de la póliza de asistencia financiera, califica para un descuento equivalente a los importes promedio históricamente permitidos como un porcentaje de los cargos facturados por todos los servicios prestados en virtud del programa Medicare durante un período retroactivo de 12 meses calculado de acuerdo con el Código Tributario (IRC) 501(r). Vea el apéndice A para el cálculo de AGB.

## IV. ENTIDADES CUBIERTAS

Únicamente Huntington Hospital está cubierto en virtud de la póliza de asistencia financiera; dicha entidad incluye todos los servicios y áreas mencionados en la lista de nuestra licencia del estado de California, incluidos a modo de ejemplo, los servicios a pacientes internados y ambulatorios, clínica de administración de medicamentos, Huntington Ambulatory Care Clinic (clínica de cuidados ambulatorios) y Senior Care Network. La presente póliza no cubre una facturación médica auxiliar que pudiera generarse durante la estadía del paciente, por ejemplo: patología, radiología, servicios de anestesia. Los médicos de emergencia no están cubiertos en virtud de la póliza de asistencia financiera pero tienen su propia póliza de asistencia financiera en virtud de las disposiciones de las secciones 127450-127462 del Código de seguridad e higiene. Vea el apéndice B para una lista de proveedores que prestan servicios de emergencia y médicamente necesarios en Huntington Hospital.

## **PROCEDIMIENTOS**

### **I. NOTIFICACIÓN A LOS PACIENTES**

- A. Toda comunicación y notificación de disponibilidad de la póliza de asistencia financiera dentro de la comunidad de cada hospital deberá ser cursada de acuerdo con AB774, SB350, SB1276 y la ley federal de protección al paciente y cuidado de salud asequible (PPACA).
- B. El hospital publicará notificaciones para informar a los pacientes del programa de asistencia financiera del hospital. La notificación será publicada en áreas de pacientes internados y ambulatorios del hospital, incluso en el departamento de emergencia, la oficina de facturación, las oficinas de admisión y registro de pacientes y las instalaciones para pacientes ambulatorios. La notificación incluirá la información de contacto sobre cómo un paciente puede obtener más información sobre el programa de asistencia financiera.
- C. Todos los pacientes serán informados sobre el programa de asistencia financiera al momento de la admisión o registro y se les ofrecerá una copia de una versión de la póliza con lenguaje sencillo así como también una solicitud de asistencia.
- D. El hospital proporcionará la póliza de asistencia financiera y la solicitud traducidas a los idiomas hablados por el paciente en cumplimiento con las disposiciones de la sección 12693.30 del Código de seguros y la sección 127410(a) del Código de seguridad e higiene.
- E. Todos los resúmenes de cuentas impresos de los pacientes incluirán un resumen de la póliza de asistencia financiera con la información de contacto sobre cómo obtener una solicitud de asistencia y la copia de la póliza completa. Un resumen del FAP y la solicitud de asistencia con instrucciones serán enviados con los primeros dos resúmenes de cuenta al garante.
- F. La póliza de asistencia financiera y el resumen con lenguaje sencillo están disponibles en el sitio web del hospital y/o en el portal on-line del paciente.

### **II. DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD:**

- A. El importe del ingreso bruto deberá estar dentro de los estándares establecidos para la determinación del índice federal de pobreza, considerando el tamaño de la familia u hogar, el área geográfica y otros factores determinantes. (Vea el cuadro en la Sección IV).
- B. El término "ingreso" significa los ingresos anuales familiares o del hogar y los beneficios en efectivo de todas las fuentes antes de impuestos, menos el pago realizado por pensión conyugal y cuota alimentaria para los hijos. Podría determinarse la prueba de ingresos mediante la anualización del ingreso familiar o del hogar acumulado en el año a la fecha. (vea II E para la definición de familia u hogar)
- C. Los activos financieros serán considerados en la medida permitida por las regulaciones de asistencia financiera.

- D. El estado de empleo será considerado junto con la disponibilidad proyectada de ingresos futuros suficientes para cumplir con la obligación dentro de un período de tiempo razonable.
- E. Se considerará el tamaño de la familia o el hogar. Con este fin, se considera "familia u hogar" de un paciente adulto al cónyuge, conviviente, hijos menores de 21 años, sea que viven en la misma casa o no y toda otra persona declarada como dependiente en la declaración federal de impuestos del paciente. Para los pacientes menores de 18 años, se define "familia u hogar" como el(los) padre(s) del paciente y/o familiares cuidadores, otros menores de 21 años del padre o del familiar cuidador y toda otra persona declarada como dependiente en la declaración federal de impuestos del paciente.
- F. Otras obligaciones financieras, incluidos los gastos esenciales para la vida y otros objetos de naturaleza razonable y necesaria serán analizados.
- G. Los pacientes cuyos gastos médicos extraordinarios excedan el 10% de su ingreso anual previo y cuyo ingreso del hogar sea hasta el 350% del índice federal de pobreza son elegibles para la asistencia financiera.
- H. Para considerar la asistencia financiera, se incluyen los activos monetarios en la determinación de la elegibilidad. Los primeros diez mil dólares (US\$ 10,000) de los activos monetarios del paciente no serán contabilizados para determinar la elegibilidad ni el 50 por ciento de los activos monetarios del paciente que excedan los primeros diez mil dólares (US\$ 10,000) serán contabilizados en la determinación de la elegibilidad. Los descuentos en virtud de la póliza de asistencia financiera no cuentan como activos monetarios en la determinación de la elegibilidad.
- I. Se solicita que se presente una carta, junto con la otra documentación, en la que se detalle la necesidad del paciente de asistencia financiera y se indique la solicitud de la ayuda.
- J. Se considerarán el(los) importe(s) y la frecuencia de la(s) cuenta(s) del hospital en relación con los factores antes establecidos.
- K. Se realizará un control del informe de crédito para verificar la información financiera y relacionada que colaborará en la determinación de la elegibilidad del paciente para la asistencia financiera.
- L. Antes de realizar la determinación de si toda o parte de una cuenta califica para el tratamiento de asistencia financiera y el importe de la pérdida que debería aplicarse, se le requerirá al paciente que colabore con el Hospital en la obtención del pago de Medi-Cal, bienestar y otras fuentes y se asegure de que todos los demás recursos se apliquen primero.
- M. Los pacientes que son elegibles para los programas de asistencia para bajos ingresos patrocinados por el gobierno (por ejemplo: Medi-Cal /Medicaid, Healthy Families, California Children's Services y cualquier otro programa estatal o local para bajos ingresos) serán automáticamente elegibles para la asistencia financiera total cuando el pago no sea realizado por el programa del gobierno. Por ejemplo: los pacientes que califican para Medi-Cal/Medicaid así como para otros programas que atienden las necesidades de los pacientes con bajos ingresos (por ejemplo: Child Health and Disability Prevention (CHDP), Healthy Families, y California Children's Services (CCS)), donde el programa no paga todos los servicios o días durante una estadía hospitalaria son elegibles para la cobertura de Asistencia financiera. En virtud de la

póliza de asistencia financiera de Huntington Hospital, estos tipos de saldos de cuentas de pacientes no reembolsados son elegibles como valores totalmente cancelables como asistencia financiera. Se incluyen especialmente en la asistencia financiera los cargos relativos a las estadias denegadas o los días de cuidado denegados. Toda denegación a una solicitud de autorización de tratamiento (TAR) realizada a Medi-Cal/Medicaid y otros pacientes cubiertos por los programas de bajos ingresos que califiquen y otras denegaciones (por ejemplo: cobertura restringida) serán clasificadas como Asistencia financiera.

- N. En caso de que el paciente no pueda responder y/o las otras fuentes de información estén dispuestas a realizar una evaluación individual de la necesidad financiera, es decir, de la existencia de elegibilidad para Medicaid o calificación de PARO, estas fuentes de información pueden ser utilizadas para respaldar y/o validar la decisión de si un paciente califica para asistencia financiera total. A menos que se le informe lo contrario al paciente, la Asistencia financiera proporcionada en virtud de la presente Póliza será válida por un año completo que comienza el primer día del mes de los estudios.
- Sin embargo, Huntington Hospital se reserva el derecho a reevaluar la elegibilidad del paciente para la Asistencia financiera durante el período de un año si existe un cambio en la condición financiera del paciente. Asimismo, la asistencia financiera proporcionada a pacientes que no responden basada en otras fuentes de información no será válida por un año completo y únicamente será aplicable para las fechas retroactivas elegibles de servicios.
- O. Los pacientes serán notificados por escrito del importe aprobado de asistencia financiera. Si un descuento completo no fue aprobado, la notificación indicará el motivo y qué pasos adicionales, si correspondiesen, podría seguir para obtener cobertura adicional.
- P. La oficina comercial tiene la autoridad final para determinar si se han realizado los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para el FAP.
- Q. Los pacientes que completen las Solicitudes de asistencia financiera son responsables de realizar el esfuerzo razonable para proporcionar la información necesaria para realizar la determinación. El incumplimiento de proporcionar la información podría resultar en la denegación de la Solicitud de asistencia financiera.
- R. En la medida en que se determine que el paciente no es elegible para el FAP o, por lo menos, no se determine que sea elegible al momento del cargo (por ejemplo: la facturación fue emitida previo a la presentación de una solicitud completa), el excedente del AGB podría ser cobrado al paciente.
- S. Bajo ninguna circunstancia una solicitud del FAP será considerada superados los 240 días desde la fecha de la primera facturación.

El estado de Asistencia financiera será determinado luego del momento del descargo por la Oficina comercial después de que toda la documentación requerida sea presentada por el paciente o por la parte responsable (vea Sección III.B.). Podrán existir instancias donde, debido a complicaciones imprevistas al momento de la admisión, los cargos del hospital resulten ser considerablemente superiores a los anticipados o esperados y el paciente no pueda pagar el importe total. Un paciente puede pedir un formulario de solicitud de asistencia financiera al asesor financiero en cualquier momento. Si el paciente no puede

completar el formulario, el responsable sustituto del paciente podrá ayudarlo a completar dicho formulario o el paciente podrá pedir ayuda del asesor financiero.

Una vez que la cuenta haya sido saldada, la información utilizada para la determinación será archivada en la Oficina comercial.

Los pacientes que no son elegibles para la asistencia financiera o son elegibles para recibir una asistencia parcial que los deja con un saldo deudor al Hospital podrían solicitar un plan de pagos a la Oficina comercial.

En caso de no realizar el pago del importe descontado adeudado en virtud de la presente póliza de asistencia financiera, el hospital podría ejecutar el cobro. Los detalles de ulteriores acciones para el cobro podrán encontrarse en la Póliza de facturación y cobro. Podrá obtenerse una copia de dicha póliza comunicándose con la oficina comercial.

### III. ASISTENCIA FINANCIERA Y OTROS DESCUENTOS:

#### A. Asistencia general

Los pacientes con asistencia general usualmente no califican para Medi-Cal porque normalmente son solteros, no tienen hijos, están desempleados y sin hogar. Se considera que los pacientes con asistencia general son elegibles para la asistencia financiera.

#### B. Asistencia financiera (total y parcial)

Para ser elegible para la asistencia financiera, el ingreso de un paciente o del miembro responsable de su familia debe ser igual o inferior al 350% del índice federal de pobreza. El paciente o el familiar responsable debe completar el formulario de asistencia financiera e incluir la documentación indicada en la Sección IV.

- Los pacientes cuyos ingresos y activos monetarios sean inferiores al 200% del índice federal de pobreza recibirán asistencia financiera equivalente al 100% de los Importes facturados en general definidos en la Sección III.
- Los pacientes cuyos ingresos sean entre el 200% y el 250% del índice federal de pobreza recibirán un descuento de asistencia financiera equivalente al 75% de los Importes facturados en general definidos en la Sección III.
- Los pacientes cuyos ingresos sean entre el 250% y el 300% del índice federal de pobreza recibirán un descuento de asistencia financiera equivalente al 50% de los Importes facturados en general definidos en la Sección III.
- Los pacientes cuyos ingresos sean entre el 300% y el 350% del índice federal de pobreza recibirán un descuento de asistencia financiera equivalente al 25% de los Importes facturados en general definidos en la Sección III.

El saldo remanente, para los pacientes que califiquen para la asistencia financiera parcial, podría ser pagado en cuotas sin intereses según se pacte de mutuo acuerdo entre el paciente y Huntington Hospital. Si no puede realizarse el pago en la forma en que fue mutuamente acordado, se aplicará el "Plan de pago razonable" anteriormente definido. El pago no se considerará en mora ni se realizará ulterior actividad para el cobro siempre que los pagos realizados conforme al plan de pago no tengan un mora superior a los 90 días en virtud del plan. Si se utiliza una agencia de cobro externa para cobrar la deuda impaga, la agencia acepta cumplir con los requisitos de la póliza y no embargará sueldos ni fijará embargos sobre un lugar de residencia principal.

C. Elegibilidad presunta para la asistencia financiera

**Huntington Hospital comprende que algunos pacientes no puedan responder al proceso de solicitud de asistencia financiera. Bajo estas circunstancias, Huntington Hospital podría utilizar otras fuentes de información para realizar una evaluación individual de la necesidad financiera. Esta información le permitirá a Huntington Hospital tomar una decisión informada sobre la necesidad financiera de los pacientes que no respondan utilizando las mejores estimaciones disponibles en ausencia de la información proporcionada directamente por el paciente.**

**Huntington Hospital utilizará a un tercero (PARO) para realizar una revisión electrónica para evaluar la necesidad financiera. La revisión utiliza el modelo reconocido en la industria de la salud que se basa en las bases de datos de registros públicos. Este modelo predictivo incorpora los datos de registros públicos para calcular la calificación de la capacidad socio-económica y financiera que incluye las estimaciones de ingresos, activos y liquidez. Este modelo está diseñado para evaluar a cada paciente con los mismos estándares y se calibra con las aprobaciones históricas de la asistencia financiera de Huntington Hospital en virtud del proceso tradicional de solicitud.**

**Esta tecnología electrónica será desplegada previo a la asignación de la deuda incobrable y luego de los esfuerzos internos de cobro y que se hayan agotado todas las demás fuentes de elegibilidad y pago. Esto permite que Huntington Hospital controle a todos los pacientes con asistencia financiera previo a la realización de acciones de cobro extraordinarias. Los datos recabados de esta elegibilidad electrónica constituirán la documentación adecuada sobre la necesidad financiera en virtud de la presente póliza e incluirán:**

- **Calificación de asistencia financiera de PARO – Rango de la calificación de 0 a 999. Una calificación más baja indica un estado socio-económico más bajo, que sugiere que es más probable que el garante necesite asistencia financiera. Una calificación más alta indica un estado socio-económico más alto, que sugiere que es menos probable que el garante necesite asistencia financiera. La calificación se calcula a partir de los valores de una serie de índices que definen los factores relativos a la liquidez, nivel de activos,**

situación socio-económica y pobreza. Basada en las aprobaciones históricas, esta calificación será inferior o igual a 554 según el cálculo de PARO.

- Índice federal de pobreza (FPL) : El ingreso estimado por índice hogar comparado con los umbrales de ingresos determinados por el Departamento de salud y servicios sociales de los EE. UU. Se utiliza como medida para determinar si una persona o una familia es elegible para asistencia a través de los programas de asistencia financiera en hospitales, así como en varios programas federales. Esta estimación se utiliza como regla secundaria para la calificación ya que suma otro nivel de posible liquidez. Basada en las aprobaciones históricas, esta calificación será inferior o igual al 200% según informó PARO.
- Estado de residencia: una indicación del estado de la propiedad del garante. Esta estimación se utiliza como regla secundaria para la calificación ya que suma otro nivel de posible liquidez.

Cuando se utiliza la inscripción electrónica como base de la presunta elegibilidad, se otorgarán los niveles de descuento más altos únicamente para las fechas retrospectivas de servicios. Si un paciente no califica en virtud del proceso de inscripción electrónica, aún podría considerarse al paciente en virtud del proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera.

Las cuentas de los pacientes a las que se le otorgó elegibilidad presunta serán reclasificadas en virtud de la póliza de asistencia financiera. No serán enviadas para el cobro, no serán pasibles de ulteriores acciones de cobro, no serán notificadas de su calificación y no serán incluidas en el gasto por deudas incobrables del hospital.

#### IV. ESTÁNDARES DE ELEGIBILIDAD:

##### **Índices de pobreza de 2015 para 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia**

<b>Personas en familias u hogares</b>	<b>100% Índice de pobreza Ingreso anual</b>
1	\$11,770
2	\$15,930
3	\$20,090
4	\$24,250
5	\$28,410
6	\$32,570
7	\$36,730
8	\$40,890
Para familias con más de 8 personas, agregar cada persona adicional	\$4,160

**FUENTE:** Registro federal, Vol. 80, N.º 14, pp. 3236-3237



## V. OTROS FINANCIAMIENTOS

A. Asistencia para servicios del paciente (únicamente Huntington Hospital Ambulatory Care Clinic (HACC)) Cuando un paciente que recibe servicios de HACC no puede pagar la cuenta, podría calificar para el financiamiento de servicios del paciente. Para calificar, el paciente debe:

- vivir en la área inmediata (es decir, en Alhambra, Altadena, Arcadia, Duarte, Eagle Rock, Glendale, Monrovia, Pasadena, South Pasadena, Temple City);
- solicitar asistencia financiera como se explica en la Parte II de la presente póliza.

Los fondos donados al hospital y restringidos para fines de atención de asistencia financiera serán utilizados para cubrir, total o parcialmente, la obligación de pago automático de los pacientes que cumplen con los requisitos de los fondos donados.

## B. Pacientes con traumatismos

Para obtener fondos para traumatismos, los Servicios financieros para pacientes deben contar con:

- El formulario de Elegibilidad del condado para servicios de traumatismos (TSCE) completo y firmado por el paciente o el familiar/la parte responsable.
- Si el paciente está médicamente imposibilitado para firmar y no hay ningún familiar disponible, el formulario "Certificado cuando el paciente está imposibilitado para cooperar" firmado por un asesor financiero. El motivo por el que el formulario TSCE no pudo ser firmado será registrado. El preparador debe firmar en la línea de Revisor del hospital.

## C. Víctimas de delitos (VOC)

Los pacientes que han sido víctimas de un delito podrían ser elegibles para el financiamiento del Estado de California mediante el programa VOC. El paciente puede solicitarlo en la Fiscalía del tribunal de Pasadena. El paciente no calificará si:

- hay un seguro involucrado;
- ha iniciado el delito;
- se vence.

## VI. CUENTAS DETALLADAS

La cuenta final será presentada dentro de los diez días luego del cumplimiento. La Oficina comercial automáticamente presentará una cuenta detallada. Si no se recibe la cuenta, puede obtenerse una llamando a la Oficina comercial al (626) 397-5324.

Si el paciente desea solicitar una cuenta detallada mientras aún es paciente en el hospital, podría hacerlo llamando al (626) 397-5224 o pidiendo un asesor financiero. El paciente debería recordar que una cuenta detallada solicitada durante su estadía

estará incompleta y únicamente incluirá los costos que han sido cargados en el sistema hasta la medianoche del día anterior.

## VII. FORMULARIO DE ASISTENCIA FINANCIERA

El formulario de asistencia financiera se encuentra al final de la presente póliza.

Instrucciones:

Sírvase imprimir y completar el formulario. Adjunte su talón de recibo de sueldo más reciente o su formulario de impuestos del año anterior. Además, escriba una carta explicando las circunstancias y solicite asistencia financiera. Luego, envíe el formulario, la carta y la documentación respaldatoria a:

Huntington Hospital  
Att.: Patient Financial Services, Customer Service 100 W. California Boulevard  
P.O. Box 7013  
Pasadena, CA 91109-7013

Para consultar respecto al formulario, llame al: (626) 397-5324, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 6:00 p.m.

Para asistencia para completar la solicitud, obtener copias de la póliza o responder preguntas relacionadas con la asistencia financiera, diríjase al Centro de ayuda en el lobby del hospital principal, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 6:00 p.m.

La solicitud aprobada y cualquier descuento podrán ser aplicados a posteriores visitas al hospital dentro del mismo año calendario en el que la solicitud fue aprobada por primera vez.

La solicitud y los documentos acompañantes deberán ser regresados a la oficina comercial dentro de los 10 días. Si se requiere tiempo adicional para completar la solicitud, llame a la oficina comercial.

Puede encontrar copias de todas las pólizas de asistencia financiera y la solicitud en nuestro sitio web: [www.huntingtonhospital.com](http://www.huntingtonhospital.com)

Las pólizas también están disponibles en los siguientes idiomas: español, chino, armenio, coreano, árabe, vietnamita, ruso, checo y farsi.

## VIII. REVISIÓN DE LA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA/ PROCESO DE APROBACIÓN

- a. La Solicitud de asistencia financiera será revisada por un asesor financiero de la oficina. Si el ingreso bruto es igual o inferior al 250% del FPG, el asesor podría aprobar la solicitud de asistencia financiera basada en la información presentada con la solicitud (se requiere prueba de ingresos). Si el ingreso bruto es superior al 250% pero inferior al 350% del FPG, el asesor financiero realizará una evaluación

- para la calificación de la asistencia financiera parcial basada en el ingreso, los activos y la carga de deuda médica.
- b. Las Solicitudes de asistencia financiera serán revisadas y aprobadas, denegadas o devueltas al paciente con un pedido de información adicional dentro de los diez (10) días hábiles de su recepción.
  - c. Los pedidos de asistencia financiera de las agencias de cobro o las Solicitudes de asistencia financiera recibidas de las agencias de cobro serán revisadas por el Asesor financiero de RBO. El asesor deberá seguir el proceso de revisión descrito en el apartado (b) para la determinación de la posibilidad de pagar y la aprobación parcial, total o el rechazo de la asistencia financiera. Se aplicarán los niveles de aprobación de una transacción estándar.
  - d. Se aplica la determinación de la asistencia financiera aprobada a todos los servicios mencionados en la solicitud Y a los servicios prestados hasta fines del año calendario dentro del cual los servicios fueron prestados, siempre que no haya ningún cambio en el estado financiero de las solicitudes que garantizaran una reevaluación.
  - e. Si se aprueba la asistencia financiera del 100%, los depósitos del paciente pagos contra la cuenta aprobada para recibir asistencia financiera deben ser reembolsados a la cuenta del garante. Esto NO será aplicable a pagos de terceros, incluidos los pagos de seguros por accidentes o acuerdos pagados de cuentas fiduciarias del fiscal. Estos pagos serán retenidos y se concederá la asistencia financiera para la diferencia entre los cargos brutos y la suma de los pagos excluidos. Los reembolsos en virtud de esta disposición incluirán intereses a la tasa establecida en la Sección 685.010 del Código de Procedimiento Civil. En caso de que el reembolso sea US\$ 5 o inferior a dicho importe, no se reembolsará ninguna suma de dinero.

## VIII. RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

En caso de conflicto, el paciente podría solicitar una revisión del Gerente de la oficina comercial llamando al (626) 397-5324.

## FUENTES

Servicios de auditoría interna y cumplimiento de servicios financieros de los pacientes