

Política del Programa de Asistencia Financiera (FAP)

PROPÓSITO:

El propósito de esta política es garantizar un método justo, no discriminatorio, eficaz y uniforme para la prestación de asistencia financiera a las personas elegibles que no puedan pagar total o parcialmente la atención médica médicamente necesaria. Esta política describe el Programa de Asistencia Financiera de Hoag (FAP) y detalla las directrices operativas de Hoag en relación con la disponibilidad y elegibilidad para la asistencia financiera, incluyendo atención benéfica y pagos con descuento, para pacientes que demuestren necesidad financiera, como se explica a continuación.

ALCANCE:

Esta política se aplica al Hoag Memorial Hospital Presbyterian y sus filiales de propiedad total, así como al Hoag Orthopedic Institute (colectivamente, "Hoag").

PERSONAL AUTORIZADO:

Especialista en Asistencia Financiera, Gerente de Oficina de Negocios, Gestor de Pago Directo, Supervisor de Pago Directo/Caridad, Cobradores de Pago Directo, Consejeros Financieros, Supervisores de PAS, Pacientes Asegurados y No Asegurados

POLÍTICA:

- A. Hoag busca atender las necesidades sanitarias y financieras de los pacientes, manteniéndose comprometida con la gestión responsable de los recursos de Hoag. Para garantizar que Hoag obtenga el reembolso adecuado por los servicios prestados, existen varias opciones y programas de pago disponibles para apoyar las necesidades de pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que demuestran necesidad económica.
- B. El Programa de Asistencia Financiera de Hoag es ampliamente publicitado, incluyendo la página web de Hoag, Condiciones de Admisión, en anuncios en todo el hospital y en los departamentos ambulatorios, así como mediante avisos e información entregados a los pacientes en el momento del tratamiento, tras el alta o a petición del paciente.
- C. Los procesos de facturación de los pacientes deben mantenerse en cumplimiento con las leyes y normativas aplicables, así como con las políticas de Hoag relevantes para la asistencia financiera a los pacientes:
 - I. Todos los pacientes de Hoag reciben información sobre el Programa de Asistencia Financiera de Hoag en el momento en que se presta la

- atención, al dar el alta y/o cuando se facturan los servicios.
- II. Todos los pacientes con Hoag pueden solicitar ayuda financiera, con elegibilidad para asistencia basada en la necesidad económica demostrada.
 - III. El acceso a la atención necesaria no se verá afectado en absoluto por la elegibilidad para la asistencia financiera; la atención médica necesaria siempre se proporcionará en la medida en que Hoag pueda hacerlo razonablemente.
 - IV. La necesidad de ayuda financiera es un tema delicado y profundamente personal para los pacientes. Todos los empleados de Hoag mantendrán la confidencialidad de las solicitudes de ayuda financiera, la información obtenida en el proceso de solicitud y la aprobación o denegación de la asistencia financiera.
 - V. Para ayudar a garantizar que las necesidades de atención médica postaguda y de seguimiento de los pacientes estén plenamente cubiertas, Hoag proporciona información a quienes no tienen cobertura de seguro de terceros sobre cómo solicitar programas patrocinados por el gobierno como Medicare, Medicaid, Medi-Cal, el Programa de Familias Saludables (CA) y la cobertura disponible a través de Covered California (CA), así como otras opciones de cobertura sanitaria financiadas por el estado o el condado. Aunque se anima a los pacientes a explorar y solicitar plaza en estos programas, no es necesario participar. Hoag ofrece asistencia durante todo el proceso de solicitud y se encarga de aceptar o denegar para ayudar a los pacientes a navegar sus opciones de cobertura con confianza.

LISTA DE PROFESIONALES SUJETOS AL FAP DE HOAG:

- A. Los médicos de Urgencias que prestan servicios a pacientes en el Departamento de Urgencias Hoag en cualquiera de los campus del Hospital Hoag están obligados por ley a ofrecer descuentos a pacientes sin seguro y a pacientes con altos costes médicos que estén en el 400% o por debajo del umbral federal de pobreza. Además, Hoag mantiene una lista de médicos, grupos médicos y otros proveedores sanitarios que prestan servicios a pacientes con Hoag, indicando a quienes ofrecen atención con descuento a través del Programa de Asistencia Financiera Hoag. Hoag proporcionará esta lista a cualquier paciente que solicite una copia. La lista de proveedores puede encontrarse en la página web de Hoag: www.hoag.org/billing-information/financial-assistance-charity-care

PROCESO DE FACTURACIÓN Y DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD PARA LA AYUDA FINANCIERA:

- A. Se espera que el coste o responsabilidad estimada del paciente se cobre en su totalidad, antes o en el momento del servicio. Si un paciente tiene cobertura de seguro para el servicio, se solicitará su copago u otra responsabilidad de pago en el momento del servicio y se facturará al seguro. Si un paciente afirma que no tiene cobertura de seguro y no puede

pagar la totalidad en el momento del servicio, se ofrecerán opciones y programas de pago, que serán consistentes con el orden secuencial que se detalla a continuación:

- I. Se solicitará el pago completo.
- II. Hoag ofrecerá un plan de pago razonable basado en el coste estimado de la atención, y se solicitará un pago de depósito, si Hoag y el paciente acuerdan un plan de pago razonable. La cuenta de ahorro para la salud puede considerarse en la negociación del plan de pagos.
- III. Hoag ayudará a los pacientes a determinar la elegibilidad para programas financiados por el gobierno, incluyendo, pero no limitado a:
 - a. Medicare
 - b. Medio-Cal (CA)
 - c. Cubrió California
 - d. Otros programas de cobertura sanitaria financiados por el Estado y el Condado.
- IV. Cuando no se puede encontrar una solución de pago en las Etapas I - III anteriores, entonces se deben considerar las opciones del paciente para atención benéfica o pago con descuento. Las solicitudes pendientes para programas de salud financiados por el gobierno no impedirán que el paciente tenga derecho a atención con descuento. **Importante:** Si en algún momento un paciente solicita información o solicita ayuda financiera Hoag, se le proporciona de inmediato.

VISIÓN GENERAL DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA:

- A. El Programa de Asistencia Financiera de Hoag garantiza que la atención sanitaria médicamente necesaria se proporcione con descuento o sin coste alguno a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que cumplan los requisitos de elegibilidad financiera. Cualquier paciente sin seguro o con seguro insuficiente que no pueda pagar su factura Hoag y cuyos ingresos cumplan con las directrices federales sobre el Nivel de Pobreza (FPL) establecidas a continuación será considerado elegible para recibir asistencia a través del Programa de Asistencia Financiera Hoag conforme a dichas directrices. Además, los pacientes que incurran en Altos Costes Médicos cualificados pueden considerarse elegibles para asistencia financiera.
- B. Hoag aspira a ofrecer servicios sanitarios en las comunidades a las que sirve con la máxima dignidad y compasión hacia cada paciente y familia bajo su cuidado. En un entorno confidencial y de cuidado, se proporciona a los pacientes ayuda económica para pagar sus facturas Hoag, lo que garantiza el acceso a los servicios sanitarios necesarios. Este apoyo se considera un elemento esencial para cumplir su dignidad humana y permitirles vivir más curados, más completos y más capaces de contribuir al bien común.

FINALIZACIÓN DE LA SOLICITUD FAP:

- A. A petición del paciente, se proporcionará una solicitud de Programa de Asistencia Financiera (FAP). El personal designado ayudará a los pacientes a completar la solicitud de Asistencia Financiera y a determinar la elegibilidad

para atención benéfica, pagos con descuento o programas financiados por el gobierno, si procede. También se colocan avisos de Asistencia Financiera impresos en inglés y español en las áreas de acceso público de Hoag. Existen servicios de interpretación disponibles para resolver cualquier duda o preocupación y para ayudar en la finalización de la solicitud de Asistencia Financiera.

- B. Un paciente, o representante del paciente, que solicite un descuento, atención benéfica u otra ayuda para cumplir con su obligación financiera con Hoag deberá hacer todo lo razonable posible para proporcionar a Hoag documentación de ingresos y cobertura de beneficios de salud. Si la persona solicita atención benéfica o un descuento y no proporciona información razonable y necesaria para que Hoag tome una decisión, Hoag puede considerar que eso es un fracaso al tomar su decisión.
- C. Una vez establecido la elegibilidad total o parcial bajo el Programa de Asistencia Financiera, los plazos de la asistencia establecidos serán válidos durante seis (6) meses a partir de la fecha de la carta de elegibilidad. Además, se incluirán como elegibles otros saldos pendientes de cuentas de pacientes preexistentes en el momento de la determinación de elegibilidad, excluyendo las excepciones establecidas en esta política. Después de seis (6) meses, el paciente deberá volver a solicitar la consideración bajo el Programa de Asistencia Financiera. Los descuentos bajo el Programa de Asistencia Financiera solo se aplicarán a servicios hospitalarios para los que se haya solicitado y aprobado asistencia financiera, y a otros servicios hospitalarios prestados dentro de los seis (6) meses siguientes a dicha aprobación.
- D. Los sistemas financieros de Hoag se actualizarán para reflejar el cuidado de la organización benéfica o la cantidad descontada utilizando el código de ajuste designado para la cantidad total o parcialmente aprobada.

FACTURACIÓN DE PACIENTES:

- A. Las declaraciones enviadas al paciente incluirán un aviso claro y conciso informando al paciente sobre el Programa de Asistencia Financiera Hoag y la información de contacto adecuada.
 - I. Este aviso también deberá:
 - a. Informa al paciente de que puede ser elegible para programas como Medicare, Medi-Cal (CA), Covered California u otros programas de cobertura sanitaria financiados por estados o condados.
 - b. Ofrece ayuda al paciente para solicitar alguno de estos programas y que Hoag le proporcione una solicitud.
- B. Los pacientes en proceso de calificar para la asistencia financiera gubernamental o el Programa de Asistencia Financiera no serán asignados a cobros antes de los 180 días desde la fecha inicial de la alta o facturación del tratamiento.
- C. Si un paciente intenta calificar para la elegibilidad bajo el Programa de Asistencia Financiera y está intentando de buena fe saldar una factura pendiente con Hoag negociando un plan de pagos extendidos o realizando pagos parciales regulares de una cantidad razonable, Hoag no enviará la factura impagada a ninguna agencia de cobro ni a otro cesionario, a menos que esa entidad haya aceptado cumplir con las directrices establecidas en la

- Sección 127400 y siguientes del Código de Salud y Seguridad de California.
- D. Los pacientes asegurados o no asegurados, que a discreción exclusiva de Hoag cooperen razonablemente para saldar una factura hospitalaria pendiente realizando pagos regulares y razonables de su factura pendiente, no serán enviados a una agencia de cobro externa si esto afecta negativamente al crédito del paciente.
 - E. Cualquier plan de pago ampliado puede declararse como ya no operativo tras 90 días consecutivos sin pago. Antes de declarar que el plan de pagos extendido ya no está operativo, Hoag deberá hacer un intento razonable de contactar con el paciente por teléfono y notificar por escrito que el plan de pagos extendido puede dejar de funcionar, así como la posibilidad de renegociar dicho plan de pago. Antes de que el plan de pagos extendido sea declarado inoperativo, Hoag intentará renegociar los términos del plan de pago extendido impagado, si el paciente lo solicita. Hoag no deberá remitir a la agencia de cobro ni iniciar una acción civil contra el paciente o la parte responsable por impago en ningún momento dentro de los 180 días posteriores a la facturación inicial posterior al alta o antes de que se declare que el plan de pago extendido ya no está operativo.
 - F. Los pacientes que comuniquen que tienen una apelación pendiente para la cobertura de los servicios no serán remitidos a cobros hasta que se tome la decisión final de dicha apelación.

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

- A. Los pacientes pueden solicitar ayuda financiera presentando una solicitud completada del Programa de Asistencia Financiera. Las solicitudes para el Programa de Asistencia Financiera están disponibles visitando Hoag.org, enviando un correo [electrónico a PFS@hoag.org](mailto:PFS@hoag.org) o contactando con Servicios Financieros para Pacientes en el 949-764-8400.
 - I. El formulario de solicitud del Programa de Asistencia Financiera puede presentarse antes del servicio, durante la estancia del paciente o después de que se hayan completado los servicios y el paciente haya sido dado de alta.
 - II. En general, una solicitud de Programa de Asistencia Financiera será aceptada si se presenta más de 240 días después de la facturación inicial posterior a la cancelación, en cualquier momento de recibir el recibo de nómina o la declaración de la renta reciente, salvo que se disponga en contrario en el 26 C.F.R. § 1.501(r)6(c).
 - III. Hoag proporcionará asistencia para completar una solicitud para el Programa de Asistencia Financiera según sea necesario y también proporcionará orientación y/o asistencia directa a los pacientes según sea necesario para facilitar la finalización de solicitudes de programas gubernamentales de bajos ingresos cuando el paciente pueda ser elegible.
 - IV. En el caso de pacientes que hayan presentado una solicitud incompleta, Hoag hará:
 - a. Notifique al paciente por escrito que su solicitud para el Programa de Asistencia Financiera está incompleta, incluyendo la lista de asuntos e información pendientes.
 - b. Ofrecer ayuda para completar la solicitud; y

- c. Una vez proporcionada dicha asistencia, permita al paciente treinta (30) días para completar y volver a presentar la solicitud con la información y los elementos adicionales requeridos, y volver a enviarla.
- B. Como parte de la solicitud del Programa de Asistencia Financiera, el paciente debe proporcionar copias de lo siguiente:
 - I. Dos (2) recibos de nómina para cada asalariado, o una declaración de la renta 1040 para el año en que se facturó por primera vez al paciente o para los 12 meses previos a la fecha de facturación, incluyendo todos los anexos y anexos aplicables.
 - II. Copia de tu último cheque de alquiler cancelado, contrato de arrendamiento o pago de la hipoteca.
 - III. Declaración escrita de un familiar o amigo que te proporcione alojamiento y/o ingresos, si procede.
 - IV. Si no tienen seguro, se anima a los pacientes a explorar la elegibilidad para programas financiados por el gobierno. Estos pueden incluir, pero no se limitan a: Medicare, Medi-Cal (CA), Covered California y otros programas de cobertura sanitaria financiados por estados y condados.
 - V. En los casos en que no haya documentación disponible, los ingresos del paciente pueden verificarse haciendo que firme la solicitud de Asistencia Financiera que atestigua que la información de ingresos proporcionada es correcta, si no se puede verificar o no está incompleta otra prueba de ingresos presentada.
 - VI. Los pacientes que solicitan pagos con descuento solo deben presentar dos (2) nóminas o una declaración de impuestos 1040. Pueden proporcionar información adicional para demostrar la elegibilidad financiera.
- C. Hoag se basa en que la información presentada por el paciente es completa y precisa. La prestación de asistencia financiera no elimina el derecho a facturar, ya sea de forma retroactiva o en el momento del servicio, por todos los servicios cuando se ha proporcionado información fraudulenta, inexacta o incompleta. Además, Hoag se reserva el derecho de solicitar todos los remedios, incluyendo pero no limitado a daños civiles y penales de quienes hayan proporcionado información falsa, inexacta o incompleta, para poder optar al Programa de Asistencia Financiera.

REQUISITOS DE INGRESOS:

- A. Los pacientes sin seguro con ingresos familiares iguales o inferiores al 400% del actual nivel federal de pobreza (FPL) que no pueden pagar atención médica, o pacientes con seguro insuficiente cuyo coste anual de bolsillo la persona en el hospital supera el menor entre el 10 por ciento de los ingresos familiares actuales del paciente o los ingresos familiares en los 12 meses anteriores y que no pueden pagar la atención médica pueden optar a asistencia financiera. Basándose únicamente en los ingresos, sin considerar los activos monetarios, los pacientes pueden ser elegibles para atención benéfica, que cubre servicios gratuitos, o atención con descuento, que ofrece tarifas reducidas pero no es gratuita. El nivel de asistencia proporcionada depende de los criterios que se describen a continuación.

Si el porcentaje de ingresos de FPL es:	Y el paciente es:	Entonces:	
200% o menos	Sin seguro o asegurado	La Asistencia Financiera Completa, que es la parte completa (100%) de responsabilidad del paciente de la factura de los servicios, será deducida.	
201% - 400%	Sin seguro	Asistencia financiera parcial, la obligación de pago del paciente será el 50% de la cantidad bruta que el programa Medicare habría pagado por los servicios.	
201% - 400%	Asegurados	La responsabilidad del paciente se reducirá mediante los pagos del seguro:	
		Si la cantidad pagada por el seguro supera lo que Medicare habría pagado:	Después, la Asistencia Financiera Completa, que es la parte completa (100%) de responsabilidad civil del paciente de la factura de los servicios, se deducirá de la cuenta.
		Si la tarifa de pago de Medicare es superior a la tarifa HMO/PPO por servicios prestados:	Entonces, la obligación de pago del paciente se basará en la tasa de pago HMO/PPO (deducible, copago, coseguro, etc.), y entonces no hay descuento.
201% - 400%	Los servicios asegurados NO están cubiertos por el pagador	Se aplicarán las siguientes instrucciones:	
		Si normalmente el paciente sería responsable de los cargos completos facturados:	Luego, la Asistencia Financiera Parcial, la obligación total de pago del paciente se basará en la tarifa de pago de Medicare, Medi-Cal u otro programa sanitario patrocinado por el gobierno que se habría aplicado si el servicio hubiera estado cubierto.

CLASIFICACIÓN AUTOMÁTICA PARA LA ATENCIÓN BENÉFICA:

B. En las siguientes circunstancias especiales, el paciente puede considerarse elegible para atención benéfica sin necesidad absoluta de presentar una

solicitud de ayuda financiera:

Circunstancias	California
Elegible para otros programas con los requisitos FPL	(Abordado en la sección de Otras Circunstancias Especiales más abajo)
Deshabilitado	N/D
Fallecido	Está fallecido y sin cobertura de seguro de terceros ni patrimonio identificable, sin cónyuge vivo
Encarcelado	N/D
Sin hogar	Se determina que es sin hogar y actualmente no está inscrito en Medicare, Medicaid ni en ningún programa patrocinado por el gobierno, sin cobertura de seguro de terceros
Visto en urgencias, no puedo facturar	Es atendida en Urgencias, pero Hoag no puede emitir un extracto de facturación
Acceso a la atención	Se trata a través de un Programa de Acceso a la Atención

OTRAS CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES:

- A. Los pacientes que están en proceso de bancarrota pueden ver su deuda exonerada por el tribunal. El personal de Hoag puede validar este estado obteniendo del paciente un documento legal que demuestre la cancelación de cuentas que aún no están en cobro. La agencia de cobro externa de Hoag también puede determinar que la deuda de un paciente ha sido cancelada mediante bancarrota.
- B. Los pacientes que son elegibles para FPL –programas que califican como Medi-Cal, Medicaid y otros programas de asistencia para bajos ingresos patrocinados por el gobierno– se consideran indigentes. Por lo tanto, dichos pacientes son elegibles para la atención benéfica cuando el programa que cumple los requisitos FPL no realiza el pago por los servicios. Los saldos de las cuentas de los pacientes derivados de cargos no reembolsados son elegibles para deducción de atención benéfica. Las obligaciones de Medi-Cal Share of Cost no son elegibles para deducción benéfica ni para el programa de descuentos.
- C. Se incluyen específicamente, pero no se limitan a, cargos elegibles relacionados con lo siguiente:

- I. Me denegaron estancias hospitalarias por servicios médicamente necesarios.
- II. Se les negaron días de hospitalización; cargos relacionados con días que excedan un límite de estancia.
- III. Servicios no cubiertos elegibles.
- IV. Solicitud de autorización de tratamiento IP denegada (TAR).
- V. Denegaciones por cobertura restringida, incluidos los Códigos de Ayuda Restringida de Medi-Cal (es decir, pacientes que solo tienen beneficios por embarazo o emergencia, pero reciben otra atención hospitalaria).
- VI. Reclamaciones de Medicaid de fuera del estado sin "pago" (es decir, reclamaciones de Medicaid de fuera del estado que no pueden ser facturadas por falta de acuerdo con el proveedor correspondiente).

ORGANIZACIÓN BENÉFICA PRESUNTA:

- A. Hoag reconoce que una parte de la población de pacientes sin seguro o con seguro insuficiente puede no participar en el proceso tradicional de solicitud de ayuda financiera. Si la información requerida no es proporcionada por el paciente, Hoag, en ciertos casos, puede hacer suposiciones razonables basadas en la Herramienta Automatizada de Puntuación Predictiva (ASPT) para calificar a los pacientes para la atención benéfica. ASPT predice la probabilidad de que un paciente cumpla los requisitos para Atención Benéfica basándose en fuentes de datos públicas. ASPT proporciona estimaciones de la probable situación socioeconómica del paciente, así como de los ingresos y tamaño del hogar del paciente.
- B. **Pacientes QMB:** Beneficiarios cualificados de Medicare: Elegibles para deducción de la organización benéfica cuando no se obtiene información secundaria o de Medi-Cal o saldo tras secundaria salvo SOC: Los proveedores y proveedores de Medicare no pueden facturar a las personas del programa QMB por deducibles, coseguros o copagos de Medicare, pero los programas estatales de Medicaid pueden cubrir esos costes. En algunas circunstancias, la ley federal permite a los estados limitar cuánto pagan a los proveedores por el reparto de costes de Medicare. Incluso cuando Medicare permite compartir costes, las personas en el programa QMB no tienen obligación legal de pagar a los proveedores de Medicare la parte A o la Parte B de costes compartidos.

GASTOS MÉDICOS CATASTRÓFICOS

- A. Hoag, a su discreción, puede conceder atención benéfica o atención con descuento en caso de gasto médico catastrófico. Estos pacientes serán atendidos de forma individual.

NIVELES DE APROBACIÓN:

- A. Las decisiones sobre la asistencia financiera solo las tomarán el personal aprobado de Hoag según los niveles locales de autoridad.
- B. **Notificación de la Determinación**

- I. Los pacientes recibirán la notificación de la determinación de Hoag en un plazo de 30 días desde la presentación de la solicitud FAP completada y la documentación de apoyo.

C. Disputas con pacientes

- I. Una decisión sobre la elegibilidad para el FAP se determina tras revisar la solicitud de elegibilidad según los criterios contenidos en esta política. No se proporcionará asistencia financiera de forma discriminatoria u arbitraria; sin embargo, Hoag mantiene plena discreción para establecer criterios de elegibilidad basados en pruebas e información suficientes proporcionadas por el paciente o el garante.
- D. En caso de disputa, un paciente o avalista puede solicitar la revisión de la dirección de Hoag o del Director Ejecutivo de Revenue Cycle por correo electrónico en PFS@hoag.org o por escrito proporcionando información adicional para apoyar la disputa en:

Hoag Memorial Hospital Presbyterian Atención: Director Ejecutivo de Revenue Cycle
2975 Red Hill Avenue, Suite 200 Costa Mesa, CA 92626

DESCUENTO EN EFECTIVO

A. Hoag Hospital

- I. Se otorgará un descuento del 35% a los pacientes que paguen en efectivo por servicios, sin requerir prueba de elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera, excluyendo los servicios disponibles solo a precio de efectivo para todos los pacientes. Los servicios con tipo de interés al contado quedan excluidos de este descuento. Se espera el pago en el momento del servicio.

B. Clínica Hoag

- I. Se otorgará un descuento del 35% a los pacientes que paguen en efectivo por servicios, sin requerir prueba de elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera, excluyendo los servicios disponibles solo a tarifa de efectivo para todos los pacientes. Los servicios con tipo de interés al contado quedan excluidos de este descuento. Se espera el pago en el momento del servicio.

DEFINICIONES:

MANDATO	DEFINICIÓN
Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA)	Un mandato federal que busca aumentar la calidad y asequibilidad del seguro de salud.
Cantidades generalmente facturadas (AGB)	Un centro Hoag puede determinar AGB para cualquier atención de emergencia u otra necesidad médica proporcionada a una persona elegible para FAP utilizando el proceso de facturación y codificación que usaría la instalación Hoag si la persona elegible para FAP fuera beneficiario de pago por servicio o de Medicaid de Medicare. El AGB para el coste de la atención es la cantidad que el centro Hoag

	determina que sería el total que Medicare o Medicaid permitirían para la atención (incluyendo tanto la cantidad que reembolsaría Medicare o Medicaid como la cantidad que el beneficiario sería personalmente responsable de pagar en forma de copagos, coseguros y deducibles).
Herramienta Automática de Puntuación Predictiva (APST)	Una puntuación de clasificación de asistencia electrónica al pago que estima el porcentaje del Nivel Federal de Pobreza (FPL) del paciente y ayuda a evaluar y determinar los criterios de elegibilidad.
Atención Solidaria (Asistencia Financiera Completa)	Atención gratuita en la que no se espera que el paciente pague nada.
Cubrió California	El programa del Mercado de Seguros de Salud de California ofrece asistencia y búsqueda de atención sanitaria asequible y posiblemente asistencia financiera. Covered California también ayudará a determinar los requisitos para Medi-Cal.
Depósito	Cuando se hacen los arreglos de pago, el primer pago a plazos se considera el depósito. El depósito se negocia, comenzando en el 50% de la responsabilidad total estimada del paciente.
Pago con descuento	Cualquier cargo por atención que es reducido pero no gratuito.
Médico de urgencias	Un médico que esté acreditado por un hospital y que esté empleado o contratado por el hospital para proporcionar servicios médicos de emergencia en el Departamento de Urgencias del hospital. "Médico de urgencias" no incluye a un médico especialista llamado al departamento de urgencias de un hospital o que esté en plantilla o tenga privilegios fuera del departamento de urgencias.
Gastos esenciales de vida (CA)	Gastos de cualquiera de los siguientes: alquiler o pago y mantenimiento de la vivienda; impuestos sobre la propiedad; comida; servicios y teléfono; gastos médicos; seguros de salud y vida; cuidado infantil; Gastos de coche, incluyendo seguros, pagos a plazos.
Servicios excluidos	Si la notificación se considera que no es médicamente necesaria; cosmético, Hoag para su Centro de Bienestar
Nivel Federal de Pobreza (FPL)	Las directrices contra la pobreza se actualizan periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad del apartado (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código

	de los Estados Unidos. Las cantidades en dinero se pueden consultar en https://aspe.hhs.gov/topic/proverty-econ
Programa de Asistencia Financiera	Programa de Asistencia Financiera disponible para pacientes que no pueden pagar su atención por cualquier servicio en Hoag.
Paciente con Cualificación Financiera	Un paciente que sea ambos de los siguientes: un paciente que es un paciente que paga por cuenta propia o un paciente con altos costes médicos; y Un paciente cuyos ingresos familiares no superen el 400% (por ciento) del umbral federal de pobreza.
Programas de seguros financiados por el gobierno	Los siguientes se incluyen en los "programas de seguros financiados por el gobierno" (pero no se limitan a): · Medicare · Elegibilidad presunta (Medi-Cal) · Medio-Cal (CA) · Cubierto California (CA) · Medicaid fuera del estado
Mercado de Seguros de Salud	Un componente de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) es el Mercado de Seguros de Salud (formalmente conocido como Exchange). Cada estado está obligado a tener este espacio online para que clientes y pequeñas empresas puedan comparar y adquirir opciones de cobertura de seguro y para saber si son elegibles para subvenciones federales de seguro.
Alto coste médico	Costes anuales de bolsillo incurridos por la persona en el hospital que superen el menor 10 por ciento de los ingresos familiares actuales del paciente o los ingresos familiares en los 12 meses anteriores. Costes de su bolsillo significan cualquier gasto de atención médica que no sea reembolsado por el seguro o un programa de cobertura sanitaria, como los copagos de Medicare o el reparto de costes de Medi-Cal. Gastos anuales de bolsillo que superen el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente, si el paciente aporta documentación de los gastos médicos pagados por el paciente o su familia en los 12 meses anteriores. Gastos de bolsillo significan cualquier gasto de atención médica que no sea reembolsado por el seguro o un programa de cobertura sanitaria, como los copagos de Medicare o el reparto de costes de Medi-Cal.
Tarifas de pago HMO/PPO	La cantidad media de pago que Hoag recibiría de todas las HMO/PPO contratadas por la prestación de servicios. Esta tarifa, representada como un porcentaje del total de cargos

	facturados, es específica de Hoag y se actualiza periódicamente.
Ingresos del hogar o ingresos familiares del paciente	Los salarios y beneficios adicionales en forma de dinero, propiedades o servicios. Generalmente, el ingreso bruto incluye todo lo recibido como pago por servicios personales, como salarios federales sujetos a impuestos, ingresos por trabajo autónomo, ingresos de la Seguridad Social, ingresos de jubilación o pensiones, ingresos por inversiones, ingresos por alquiler y regalías.
Paciente asegurado	Un paciente que tiene un pagador externo para todos o parte de sus gastos médicos.
Medio-Cal (CA)	Medi-Cal es un programa de seguro de salud financiado federalmente en California que financia una variedad de servicios médicos para niños y adultos con recursos limitados y bajos ingresos. Bajo la ACA, Medi-Cal ha ampliado el número de personas que pueden ser elegibles.
Servicios Medicamente Necesarios	Servicios o suministros determinados como adecuados y necesarios para el diagnóstico, atención directa o tratamiento de la condición médica y que cumplen con los estándares de buena práctica médica en la comunidad médica.
Tarifas de pago médico	La cantidad media de pago que Hoag recibiría de Medicare por la prestación de servicios. Esta tasa es específica de Hoag y se actualiza periódicamente.
Medicare	Medicare es un programa de seguro de salud financiado federalmente para personas que cumplen los requisitos de 65 años o más. Ciertas personas menores de 65 años también cumplen los requisitos por discapacidades o enfermedad renal. Este programa ayuda con el coste de la atención sanitaria, pero no cubre todos los gastos médicos ni el coste de la atención a largo plazo. No se basa en una situación de bajos ingresos. No forma parte del Mercado de Seguros de Salud, pero hay algunos cambios en la cobertura como resultado.
Gasto de bolsillo	Cualquier gasto de atención médica que no sea reembolsado por el seguro o un programa de cobertura sanitaria, como los copagos de Medicare o el coste compartido de Medi-Cal.
Medicaid fuera del estado	Hoag facturará por Medicaid fuera del estado siempre que el contrato esté aprobado por el estado y/o se obtenga a través de un proveedor externo.

Asistencia financiera parcial	El paciente no cumple los requisitos para la Asistencia Financiera Completa (atención gratuita), pero sí es elegible para un descuento y puede esperarse que solo pague una parte de la factura.
Paciente	La parte que es financieramente responsable de los servicios prestados.
Familia del paciente (hogar)	<p>Para pacientes de 18 años o más, la familia incluye al cónyuge del paciente, a la pareja de hecho registrada y a los hijos dependientes menores de 21 años, vivan en casa o no. Incluye a los hijos dependientes de cualquier edad si dichos hijos tienen discapacidad.</p> <p>Los pacientes (1) menores de 18 años o (2) que tienen entre 18 y 20 años y son hijos dependientes, incluían otros hijos dependientes de los padres o familiares del cuidador si esos otros niños tienen una discapacidad.</p>
Acuerdos de pago/Planes de Pagos	Un plan negociado y acordado por Hoag y el paciente establece los términos del pago extendido para los servicios prestados por Hoag. Cualquier plan de pago previo al servicio se basa en un presupuesto y los asesores financieros y/o los programadores coordinan el pago a través de un supervisor auto-pateado mientras se establecen los términos finales tras la factura final.
Caridad Presunta (programas APST, SOS, Teen Proviancy y La Amistad)	El programa Share Ourselves (SOS), Teen Private y La Amistad han sido predeterminados para cumplir con las directrices del programa, ya que se consideró que estas personas estaban en el 200% o por debajo del FPL. SOS y La Amistad completan su propia proyección y aprobación. APST es un mecanismo de puntuación de cuentas de pacientes. La puntuación APST se evalúa dos veces al año y se calibra para reflejar la política de atención benéfica de Hoag para evaluar y criterios de elegibilidad.
Plan de Pagos Razonable (CA)	Si Hoag y el paciente/avalista no se ponen de acuerdo sobre las condiciones de pago, Hoag deberá crear y ofrecer un plan de pago razonable. Los pagos mensuales conforme a un pago razonable no pueden superar el 10% de los ingresos familiares del paciente, excluyendo las deducciones por gastos esenciales de manutención.
Paciente sin seguro o que paga por su cuenta	Un paciente que no tiene un pagador externo para ninguna parte de sus gastos médicos, incluyendo un paciente cuyas prestaciones bajo todas las posibles fuentes de pago se han agotado. No se permite lesiones compensables para fines de programas gubernamentales, compensación laboral, seguro

	de automóvil, otros seguros o responsabilidad de terceros según lo determine y documente el hospital. No hay cobertura Medi-Cal/Medicaid ni pacientes que cumplan los requisitos pero que no reciben cobertura para todos los servicios o para toda la estancia.
--	--

RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO: AVISO DE HOAG SOBRE DISPONIBILIDAD DE AYUDA FINANCIERA

MISIÓN: Nuestra misión como hospital sin ánimo de lucro y basado en la fe es ofrecer servicios sanitarios de la más alta calidad a las comunidades a las que servimos. Hoag está comprometido a trabajar con nuestros pacientes en cualquier cuestión financiera, incluyendo encontrar formas de hacer que la atención médica sea más asequible. Hoag ofrece asistencia financiera para cuidados médicamente necesarios a pacientes elegibles que no tienen la capacidad económica para pagar sus facturas médicas. Si tienes problemas para pagar toda o parte de tu atención sanitaria, te animamos a que hables con uno de nuestros asesores financieros o con alguien de nuestra oficina sobre cómo podemos ayudarte.

¿QUÉ ES EL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA PACIENTES?

El Departamento de Asesoramiento Financiero de Hoag ofrece evaluaciones financieras gratuitas para personas que no tienen seguro médico y no pueden pagar su factura de Hoag, así como para pacientes que sí tienen seguro pero no pueden pagar su parte de la factura que el seguro no cubre.

Nuestros asesores financieros revisarán tu elegibilidad para Medicare, el Programa de Familias Sanas, Medi-Cal u otra cobertura ofrecida a través del California Health Benefit Exchange, el programa de Servicios para Niños de California, otra cobertura sanitaria financiada por el estado o el condado, o atención benéfica. Si ya tienes cobertura a través de alguno de estos programas, por favor notifique inmediatamente a nuestros asesores financieros. Los pacientes que no sean elegibles para la ayuda gubernamental aún pueden optar a programas de descuento o benéficos disponibles a través de Hoag. También puede que te deriven a www.OCGOV.com para recibir asistencia local.

Si careces o tienes un seguro insuficiente y cumples con los requisitos de ingresos bajos o moderados, podrías optar a pagos con descuento o atención benéfica. Por favor, recuerde que el acceso a la atención sanitaria médicamente necesaria no se ve afectado por la elegibilidad para la asistencia financiera. Hoag está comprometido a tratar a todos los que acuden a nosotros para recibir cuidados.

También puedes solicitar directamente los programas mencionados accediendo directamente a su página web: Medi-Cal: <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/pages/applyformedi-cal.aspx>

Ley de Cuidado de Salud Asequible: www.HealthCare.gov para solicitar por teléfono

Llama al 1-800-318-2596 Medicare: www.ssa.gov/medicare/apply.html

Programa de atención benéfica Hoag: www.Hoag.org (pestaña Paciente y Visitantes,

Facturación, Solicitud de Atención Benefativa)

Atención gratuita o con descuento: Para quienes cumplen los requisitos para recibir ayuda financiera, hay atención gratuita o con descuento. La cantidad descontada se determina por los ingresos familiares en comparación con el Nivel Federal de Pobreza (FPL). Se ofrece atención gratuita a pacientes con ingresos familiares del 200% o menos del FPL y atención con descuento a pacientes con ingresos familiares del 201% al 400% del FPL.

Un paciente que sea elegible para recibir ayuda financiera de Hoag no puede ser cobrado más de la cantidad generalmente facturada por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

CÓMO Y CUÁNDO SOLICITAR Póngase en contacto con nuestros Asesores Financieros inmediatamente después de la cancelación o finalización de los servicios llamando al 949-764-5564 o por correo electrónico a FC@hoag.org.

Si tiene preguntas o desea recibir un formulario de solicitud de ayuda financiera, por favor contacte con:

- Por teléfono: 949-764-8413
- En nuestra web en hoag.org
- Visitando en persona uno de los siguientes lugares:

Hospital Hoag - Newport Beach
Oficina del Cajero
One Hoag Drive
Newport Beach, CA 92662
Horario: de lunes a viernes de 8:30 a 16:30 o por correo electrónico en FC@Hoag.org

Hoag Hospital - Irvine
Oficina de Cajera
, 16200 Sand Canyon,
Ave Irvine, CA 92618
Horario: de lunes a viernes de 8:30 a 16:30 o por correo electrónico en FC@Hoag.org

Atención a Servicios Financieros para Pacientes: Especialista en Atención Solidaria
2975 Red Hill Ave., Suite 200
Costa Mesa, CA 92626
Horario: de lunes a viernes de 8:30 a 16:30 o por correo electrónico en PFS@Hoag.org

Estamos comprometidos a poner la información sobre el Programa de Asistencia Financiera Hoag disponible en las comunidades a las que servimos de una manera fácil de entender. Además del inglés, este resumen, la Política de Asistencia Financiera Hoag y el formulario de Solicitud de Asistencia Financiera Hoag están disponibles en otros idiomas, incluyendo árabe, chino, farsi, coreano, español y vietnamita. Por favor, visite hoag.org

CONFIDENCIALIDAD Entendemos que la necesidad de ayuda financiera puede ser un tema delicado y profundamente personal. Estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de las solicitudes, la información y la financiación.

Referencia: n/d

La revisión y/o aportación de este procedimiento fue

proporcionada por los siguientes:

Sección 501® del Código de Rentas Internas; 26 C.F.R. 1.501(r) (1)-1.501(r) (7);
Código de Salud y Seguridad de California. Título y versión de la IFU: n/d