



<b>Título:</b> Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos		<b>Número:</b> L3003
<b>Manual:</b> Organizacional	<b>Sección:</b> Finanzas	<b>Fecha de entrada en vigor:</b> 13/12/2024

## I. PROPÓSITO:

- A.** Para los fines de la Política del Programa de Asistencia Financiera y Pagos con Descuentos para Pacientes, CHOC Enterprise se refiere a la red colectiva de organizaciones de atención médica, servicios y profesionales afiliados a CHOC. CHOC Enterprise incluye las siguientes entidades:
1. Hospital de CHOC: el hospital pediátrico principal ubicado en Orange, California, que brinda servicios médicos especializados y atención a niños.
  2. CHOC en Mission Hospital: una instalación de atención médica ubicada dentro del Providence Mission Hospital en Mission Viejo, California, que ofrece atención pediátrica y servicios especializados.
  3. Especialista de CHOC: un grupo de especialistas pediátricos que brindan atención experta en diversas subespecialidades pediátricas dentro de la red de CHOC.
  4. Red de Atención Primaria de CHOC: una red de profesionales de atención primaria afiliados a CHOC, que ofrece servicios de salud integrales a niños desde el nacimiento hasta la adolescencia.
- Juntas, estas entidades forman CHOC Enterprise (en adelante, CHOC), que ofrece atención pediátrica de alta calidad en diversas especialidades y ubicaciones, y que está sujeta a los términos y condiciones establecidos en esta Política de Asistencia Financiera.
- B.** CHOC se compromete a brindar atención médica de calidad a todos los pacientes, independientemente de su situación financiera. Los pacientes que cumplen los criterios establecidos en el Programa de Asistencia Financiera podrían calificar para recibir asistencia financiera y así cubrir de forma total o parcial los costos de su atención médica. Para solicitar asistencia financiera, visite nuestro sitio web ([www.CHOC.org/patients-family/pay-bill](http://www.CHOC.org/patients-family/pay-bill)). CHOC también ofrece beneficios para la comunidad en general en términos de educación e investigación médicas.
- C.** Bajo esta política, se puede proporcionar asistencia financiera a pacientes que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente y no pueden costear su atención médica ni los gastos de bolsillo. Las condiciones que deben reunirse para el Programa de Asistencia Financiera no debe basarse nunca en la edad, el género, la orientación sexual, el origen étnico o nacional, las discapacidades ni la religión.
- D.** En algunos casos, la asistencia financiera puede extenderse a pacientes cuya situación financiera hace que sea inviable o imposible pagar por los servicios médicos necesarios. La evaluación de la necesidad de tratamiento médico en CHOC se basará en el juicio clínico. El juicio clínico del médico del paciente o del personal del Servicio de Urgencias será el único criterio para determinar los servicios que recibe el paciente en CHOC.
- E.** Esta política aplica a todos los pacientes ambulatorios y hospitalizados de CHOC, incluida la CHOC Medical Foundation. CHOC basa los requisitos que deben reunirse para nuestra asistencia financiera en las solicitudes financieras actuales. CHOC no usa fuentes externas para la determinación o la idoneidad al Programa de Asistencia Financiera (FAP).

<b>Manual:</b> Administrativo	<b>Número:</b> L3003
<b>Sección:</b> Finanzas	<b>Título:</b> Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos

## II. DEFINICIONES:

- A. Datos del paciente:** número de expediente médico, nombre del paciente, fecha de nacimiento, estatus de seguro, idoneidad para otro tipo de apoyo.
- B. Familia del paciente:** para esta póliza, se incluye lo siguiente:
  1. para personas de 18 años de edad o más, cónyuge, pareja según lo definido en la Sección 297 del Código Familiar de California; y niños dependientes menores de 21 años, vivan en el hogar o no;
  2. para menores de 18 años, el padre/la madre, los familiares cuidadores y otros hijos menores de 21 años del padre/de la madre o de los familiares cuidadores.

## III. POLÍTICA:

- A.** La política de CHOC establece que se debe determinar la idoneidad para la asistencia financiera en el momento del registro, mediante un proceso de análisis financiero de todos los pacientes que no puedan cumplir con los requisitos de depósito de CHOC.
- B.** Esta política distingue entre los pacientes con deudas incobrables y los pacientes que reúnen las condiciones para asistencia financiera al analizar la falta de voluntad de pago del paciente o su familia en contraposición con la incapacidad demostrada de pago. Si el paciente o su familia no cumplen con las solicitudes de información que respalden la incapacidad de pago, podrían perder el derecho de ser considerados para el Programa de Asistencia Financiera.
- C.** El objetivo de CHOC es identificar al paciente que reúne las condiciones para asistencia financiera en el momento del registro. Sin embargo, si la información completa sobre el seguro o la situación financiera del paciente no está disponible por un tratamiento de urgencia, o si la condición financiera del paciente, su garante o su familia cambia, la designación para la asistencia financiera se puede establecer después de que se presten los servicios y, en algunos casos, incluso después de la facturación al paciente.
- D.** Si un médico o profesional clínico del personal desea solicitar asistencia financiera a futuro para un paciente conocido, podrá encontrar el protocolo para solicitar asistencia financiera en Paws, en el banco de formularios en línea.
- E.** CHOC remitirá al paciente o a su familia a programas alternativos (es decir, Medi-Cal, California Children's Services, California Health Benefit Exchange u otro programa de salud patrocinado por el Gobierno para los beneficios de salud en los que participa el hospital). Si el paciente o su familia no cumplen con el proceso de remisión, podrían perder el derecho de que se los considere para el Programa de Asistencia Financiera para la visita o el ingreso en cuestión. Se mantendrá la confidencialidad de la información y la dignidad de todos los pacientes que busquen o reciban los servicios de asistencia financiera.
- F.** Los pacientes que reciban servicios en la sala de urgencias del hospital también podrían reunir las condiciones para asistencia financiera para pagar los honorarios médicos de la sala de urgencias.
- G.** A continuación, se incluye una lista de los profesionales médicos, además del hospital en sí mismo, que brindan atención necesaria por razones médicas en el hospital. Para mayor comodidad, están organizados por categoría de atención. La lista indica si los profesionales médicos están cubiertos por el FAP del hospital.

<b>Manual:</b> Administrativo	<b>Número:</b> L3003
<b>Sección:</b> Finanzas	<b>Título:</b> Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos

Especialidad médica o departamento	Cubiertos por el FAP del hospital	No cubiertos por el FAP del hospital
Alergia e Inmunología	x	
Anestesiología		x
Enfermedades cardiovasculares	x	
Dental		x
Radiología de diagnóstico	x	
Servicio de Urgencias		x
Gastroenterología	x	
Medicina general/de familia	x	
Cirugía general		x
Medicina interna	x	
Neurocirugía		x
Neurología	x	
Obstetricia y Ginecología	x	
Medicina ocupacional	x	
Oncología	x	
Oftalmología	X	
Cirujanos (todos)		x
Otorrinolaringología	x	
Patología		x
Pediatría	x	
Medicina o rehabilitación física	x	
Cirugía plástica	x	
Podología		x
Enfermedades pulmonares	x	
Radiología terapéutica	x	
Cirugía torácica		x
Urología	x	
Otro: Psiquiatría	x	
Otro: Genética Clínica	x	
Otro: Dermatología	x	
Otro: Endocrinología	x	
Otro: Hematología	x	
Otro: Hospitalistas	x	
Otro: Enfermedades infecciosas	x	
Otro: Neonatología	x	
Otro: Nefrología	x	
Otro: Reumatología	x	
Otro Medicina del sueño	x	

#### IV. PROCEDIMIENTO:

##### A. Idoneidad

1. La identificación de la asistencia financiera se logra a partir de la determinación de la situación financiera del paciente o de su familia. Dicha determinación debe hacerse en el momento del registro o antes, o bien lo más pronto posible. En algunos casos, como en los ingresos de urgencia, quizás no sea posible establecer si reúne los requisitos para el Programa de

<b>Manual:</b> Administrativo	<b>Número:</b> L3003
<b>Sección:</b> Finanzas	<b>Título:</b> Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos

Asistencia Financiera hasta después del alta del paciente. En estos casos, o en aquellos en los que ocurran eventos durante o después de la estancia de un paciente que cambien la situación financiera del paciente o de la familia del paciente, la idoneidad del paciente para el Programa de Asistencia Financiera no se verá afectada de ninguna manera por el momento en que se determine que el paciente cumple con los criterios para calificar.

2. La responsabilidad de identificar que un paciente reúne los requisitos para el Programa de Asistencia Financiera en o antes del momento de la visita del paciente a CHOC será del departamento que registre al paciente. Esto requerirá que el paciente o la familia del paciente complete una declaración de “Divulgación Financiera”. Esto también puede incluir copias de documentos pertinentes (comprobantes de pago recientes, declaraciones de impuestos u otros documentos para verificar los activos monetarios) para determinar el ingreso familiar anual y los activos personales del paciente o de su familia. En aquellas situaciones descritas anteriormente, en las que no se puede establecer que se reúnen los requisitos en el momento del servicio, el Departamento de Servicios Financieros para el Paciente trabajará con el paciente o su familia en determinar esto.
3. Los pacientes o sus familias con seguro también podrían calificar para el Programa de Asistencia Financiera por la parte de la factura que el seguro no cubra. Esto podría incluir deducibles, coseguros y servicios no cubiertos. Determinar si un paciente reúne las condiciones que se requieren estará sujeto a las mismas pautas que en el caso de los pacientes sin seguro.
4. **Período de calificación.**
  - a. Los pacientes que califiquen pueden recibir asistencia financiera durante seis meses.
5. **Cálculo del monto de asistencia financiera.**
  - a. CHOC obtendrá información sobre los ingresos de la familia del paciente. Esto incluye salarios y sueldos, pagos de prestaciones sociales, pagos del seguro social, beneficios por huelga, beneficios de desempleo, manutención infantil, cuotas alimenticias, dividendos e intereses. El ingreso total de la familia se comparará con la tabla (consulte el anexo A) para determinar si el paciente reúne los requisitos para la asistencia financiera según las pautas federales de pobreza. Los pacientes sin seguro o aquellos con costos médicos altos cuyos ingresos familiares anuales equivalen al 400 % o menos de las pautas de pobreza reúnen las condiciones para solicitar asistencia financiera. La asistencia financiera se considerará de forma parcial en el caso de los pacientes cuyos ingresos sean mayores al 200 % y menores al 400 % de las pautas de pobreza. Aquellas familias con ingresos anuales del 200 % o menos de las pautas federales de pobreza reúnen las condiciones para un ajuste del 100 % de la asistencia financiera. Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente cuyos ingresos familiares, según se determine a partir de la solicitud de asistencia, sean del 200 % o menos de las pautas de pobreza recibirán atención sin costo.

<b>Manual:</b> Administrativo	<b>Número:</b> L3003
<b>Sección:</b> Finanzas	<b>Título:</b> Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos

- b. Al brindar atención médica de beneficencia, CHOC debe, por ley, considerar los montos que suelen facturarse a las personas con seguros que cubren urgencias u otra atención de necesidad médica (“montos generalmente facturados” o AGB), y debe garantizar que los pacientes que reciben atención de beneficencia no paguen más que los AGB por otros servicios que sean necesarios por razones médicas.
  - c. Los pacientes de CHOC Community Clinic reúnen las condiciones para asistencia financiera según lo detallado en esta política; se usa el anexo B para calcular la escala móvil del copago por visita para los pacientes que estén por debajo del 200 % de las pautas federales de pobreza.
  - d. En el caso de los pacientes que soliciten asistencia financiera y reciban una aprobación total o parcial, la aprobación de la asistencia se enviará a la compañía a cargo de la facturación del médico de la sala de urgencias para su consideración.
6. **Política de pago con descuento**
- a. En el caso de los pacientes con ingresos entre el 201 % y el 300 % del nivel federal de pobreza, el hospital puede ofrecer una escala de descuento en tarifas para pago privado, en la que los gastos médicos permitidos equivaldrían a un descuento del 75 % de lo facturado. En este nivel, el reembolso que recibiría CHOC no debe exceder el pago que CHOC recibiría por el mismo servicio o conjunto de servicios de parte de Medicare o Medi-Cal, el que sea mayor.
  - b. En el caso de los pacientes con ingresos entre el 301 % y el 400 % del nivel federal de pobreza, CHOC puede ofrecer una escala de descuento en tarifas para pago privado, en la que los gastos médicos permitidos equivaldrían a un descuento del 50 % de lo facturado. En este nivel, el reembolso que recibiría CHOC no debe exceder el pago que CHOC recibiría por el mismo servicio o conjunto de servicios de parte de Medicare o Medi-Cal, el que sea mayor.
7. Las directrices de idoneidad del Programa de Asistencia Financiera de CHOC se basan en las pautas federales de pobreza más recientemente publicadas. El Anexo A indica los límites de ingresos del hogar según las Pautas Federales de Pobreza, publicadas anualmente.
8. **Idoneidad para el Plan de Pago Mensual**
- a. Los pacientes o las familias de pacientes que califiquen y estén aprobados según el Programa de Asistencia Financiera para un descuento parcial sobre los costos también reúnen las condiciones para hacer pagos mensuales. CHOC y la familia del paciente pueden negociar los términos del plan de pago. Si no se puede llegar a un acuerdo entre la familia del paciente y CHOC, la familia del paciente deberá completar un formulario del plan de pago extendido del FAP de CHOC (anexo C). Al recibir este formulario completo, CHOC evaluará los ingresos mensuales totales de la familia menos los gastos de vida esenciales de la familia. Luego, se ofrecerá un plan de pago mensual a la familia con una tasa que no exceda el 10 % de los ingresos menos los gastos de vida esenciales. Durante el período

<b>Manual:</b> Administrativo	<b>Número:</b> L3003
<b>Sección:</b> Finanzas	<b>Título:</b> Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos

de pago aprobado, CHOC no aplicará intereses al saldo de la cuenta con descuento.

- b. Un plan de pago con descuento extendido podría ser declarado inoperante después de que el paciente o la familia del paciente no realicen pagos consecutivos durante un período de 90 días. Antes de declarar inoperante un plan de pago extendido, CHOC, o su agencia de cobranza o cesionarios, deben hacer un intento razonable de notificar al paciente o la familia del paciente por teléfono o al último número de teléfono conocido y por escrito al último domicilio conocido, informando que el plan de pago extendido podría volverse inoperante y que podría haber una oportunidad para renegociarlo si lo solicita el paciente o la familia del paciente.

**B. Excepciones:**

1. Se entiende que pueden surgir circunstancias atenuantes que exijan una consideración especial al aprobar la asistencia financiera para pacientes que no cumplen los criterios establecidos. Los representantes de CHOC deben tener en cuenta esto al evaluar los casos individuales de los pacientes para el Programa de Asistencia Financiera. Si bien no es posible brindar una lista definitiva o completa de todas las circunstancias atenuantes que pueden surgir, estos son algunos factores importantes que se deben considerar:
  - a. El monto que adeuda el paciente o su familia en relación con sus ingresos totales. Si el total de los costos de bolsillo del paciente en CHOC excede el 10 % del ingreso anual del paciente o de su familia durante los últimos 12 meses.
  - b. La situación médica del paciente o del profesional médico de su familia.
  - c. La voluntad del paciente o de su familia de trabajar con CHOC hasta agotar todas las demás formas de pago.
2. Cualquier circunstancia que se considere dentro de la categoría de “circunstancias atenuantes” debe ser puesta en conocimiento del director de servicios financieros para pacientes. Los casos que caigan en esta categoría pueden requerir la aprobación del vicepresidente de finanzas o del director financiero

**C. Proceso de aprobación, denegación o apelación del Programa de Asistencia Financiera**

1. Todas las cuentas de pacientes recomendadas para un ajuste de asistencia financiera total o parcial, después de cumplir con las pautas establecidas en esta política, deben seguir este proceso de aprobación de firmas:
  - a. **CHOC (hospital y clínicas)**

\$.01 - \$5,000	Gerente
\$5,001 - \$50,000	Director ejecutivo del ciclo de ingresos
\$50,001 - \$100,000	Vicepresidente del ciclo de ingresos
\$100,001 (aplica a todas las apelaciones)	Vicepresidente ejecutivo y director financiero

<b>Manual:</b> Administrativo	<b>Número:</b> L3003
<b>Sección:</b> Finanzas	<b>Título:</b> Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos

**b. CHOC Medical Foundation**

\$0 - \$500	Supervisor de la oficina comercial
\$501 - \$2,500	Gerente de la oficina comercial
\$2,501 - \$10,000	Director de servicios comerciales para médicos
>\$10,001	Vicepresidente del ciclo de ingresos

2. Cuando se tome una decisión para aprobar o denegar una cuenta de paciente para el Programa de Asistencia Financiera, se enviará una carta al paciente como notificación de la decisión tomada. Si se rechaza una solicitud para el Programa de Asistencia Financiera, un representante de CHOC se comunicará con el paciente o con su familia para acordar los pagos de la cuenta.
3. **Proceso de apelación:**  
Si en cualquier momento durante el proceso de aprobación de la asistencia financiera la solicitud se pone en duda, el paciente o su familia tienen derecho a solicitar que se reconsidere la solicitud en el próximo nivel del proceso de aprobación. La determinación final de denegación de la asistencia financiera dependerá únicamente del vicepresidente ejecutivo y del jefe de Finanzas, y su decisión se considerará definitiva.
4. La apelación del paciente o de su familia debe enviarse por escrito al director de Cuentas de Pacientes dentro de los treinta (30) días desde la notificación de denegación original.
5. La provisión del Programa de Asistencia Financiera no elimina el derecho a facturar, ya sea de forma retrospectiva o en el momento del servicio, por todos los servicios si se brinda información fraudulenta, imprecisa o incompleta durante el proceso de solicitud. Además, CHOC se reserva el derecho de reclamar una compensación por daños civiles y criminales, entre otros, causados por quienes brindaron información falsa, imprecisa o incompleta para calificar para el Programa de Asistencia Financiera.

**D. Programa de Asistencia Financiera: Notificación al paciente o a su familia**

1. En las declaraciones de los pacientes de CHOC, se notifica, en inglés y en español, sobre la política del Programa de Asistencia Financiera de CHOC y se detalla la información de contacto para obtener información adicional sobre la asistencia. Además, en todas las declaraciones de los pacientes se explica cómo la familia del paciente puede obtener información sobre California Health Benefit Exchange, así como también sobre los planes de salud financiados por el condado y el estado. El hospital tendrá solicitudes para los planes estatales y del condado disponibles para su distribución.
2. Se deberá publicar un resumen del Programa de Asistencia Financiera en inglés y en español, junto con la información de contacto, en áreas de CHOC de alto tránsito, como el área de Ingreso, la sala de urgencias, las clínicas, el área de registro ambulatorio y las oficinas de Contabilidad para Pacientes.
3. CHOC brindará aviso del Programa de Asistencia Financiera y la información de contacto a todos los pacientes con pago por cuenta propia en el lugar del servicio, y también les brindará información sobre los programas patrocinados por el Gobierno e información de contacto sobre California Health Benefit Exchange.

<b>Manual:</b> Administrativo	<b>Número:</b> L3003
<b>Sección:</b> Finanzas	<b>Título:</b> Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos

**E. Proceso de cobro:**

1. Si un paciente califica para la asistencia del Programa de Asistencia Financiera y se está esforzando por saldar una factura pendiente dentro de un período razonable, CHOC o su agente no enviarán ni amenazarán con enviar la cuenta impaga a una agencia externa si esto perjudica el crédito del paciente. Si CHOC se ve obligado a enviar la cuenta a una agencia de cobros externa, el monto remitido a la agencia debe reflejar el nivel de pago reducido para el cual el paciente calificaba según el Programa de Asistencia Financiera. CHOC no se involucrará en esfuerzos de cobro extraordinarios. Si el paciente realiza pagos en su cuenta de CHOC que exceden el monto total a cargo del paciente, CHOC le reembolsará los pagos excedentes junto con el interés acumulado a la tasa establecida en las leyes aplicables desde el día en que el hospital recibe el pago del paciente y este se identifica como crédito del paciente. Sin embargo, CHOC no está obligado a reembolsar al paciente ni a pagar intereses si la cantidad adeudada es menor a \$5.00. El hospital reconocerá el crédito de \$5.00 por un mínimo de 60 días para los saldos del paciente acumulados durante ese período.
2. Al tratar con pacientes identificados como sin seguro en un nivel equivalente o inferior al 400 % del nivel federal de pobreza, CHOC no recurrirá a embargos de salario ni a derechos de retención sobre la residencia principal del paciente o de su familia como forma de cobrar las facturas de CHOC impagas. Este requisito no impide que CHOC solicite un reembolso en acuerdos de responsabilidad de terceros.

**F. Documentación para los descuentos del Programa de Asistencia Financiera**

Cuando ya se haya determinado que un paciente califica para el Programa de Asistencia Financiera, es importante que su expediente esté debidamente documentado para facilitar la identificación rápida del paciente y para mantener un registro apropiado de los hechos que llevaron a la determinación de la idoneidad para la asistencia financiera. La documentación mínima que puede exigirse para cada caso de asistencia financiera puede limitarse a una de las siguientes opciones:

1. Una copia de la ficha de divulgación financiera completa del paciente o de su familia, incluida su documentación de respaldo (es decir, declaraciones de impuestos del año anterior [preferido], formularios W-2 o comprobantes de pago actuales).
2. Copias de documentos adicionales, notas, etc., que detallen las circunstancias atenuantes que se consideraron al determinar si reúne los requisitos para el Programa de Asistencia Financiera (si está disponible o es necesario).
3. Una copia de la “Aprobación de asistencia financiera” firmada por el representante del hospital que corresponda (si está disponible).
4. Bancarrota en el último año (calificación automática para el Programa de Asistencia Financiera).

**G. Informes**

La asistencia financiera debe registrarse con la siguiente información:

1. Los datos del paciente que constituyan información de salud protegida (PHI) se almacenarán de forma que se proteja la privacidad y la confidencialidad de dicha información, y solo se registrarán si son necesarios para implementar el Programa de Asistencia Financiera.

<b>Manual:</b> Administrativo	<b>Número:</b> L3003
<b>Sección:</b> Finanzas	<b>Título:</b> Programa de Asistencia Financiera para Pacientes y Descuentos en Pagos

- a. Estado como paciente hospitalizado o ambulatorio.
  - b. Cargos totales del paciente
  - c. Gastos de la asistencia financiera, aprobados y denegados
  - d. Fecha de la aprobación o denegación
  - e. Justificación de cualquier rechazo
2. Todos los expedientes de solicitud son confidenciales y se mantendrán en un lugar seguro durante un mínimo de tres años después de la fecha de la solicitud y la finalización de la auditoría del cierre del año fiscal de CHOC. Todos los registros del Programa de Asistencia Financiera se mantendrán durante un período de siete (7) años. Al final del período respectivo, toda la información se destruirá o se almacenará de modo que se proteja la privacidad y confidencialidad del paciente.

**V. REFERENCIAS:**

- A. Revenue Cycle Management, Zimmerman and Associates, diciembre de 2002.
- B. California Hospital Association, Voluntary Principles and Guidelines for Assisting Low-Income Uninsured Patient, 6 de febrero de 2004.
- C. American Hospital Association, Statement of Principles and Guidelines on Hospital Billing and Collection Practices, 27 de abril de 2004.
- D. Assembly Bill 774 Chan-Hospitals: fair pricing policies.
- E. California Hospital Association, Charity Care Requirements Implementation AB 774, 3 de noviembre de 2006.
- F. Barclays California Code of Regulations, Title 22, Chapter 7, Section 75049.
- G. Department of Health and Human Services, Federal Poverty Income Guidelines, <http://coverageforall.org/pdf/FHCE FedPovertyLevel.pdf>, 1 de marzo de 2010.
- H. Health Center Program Statute: Section 330 of the Public Health Services Act (42 U.S.C. 254b).
- I. Program Regulations 42 code of Federal Regulations (CFR) Part 51c and 42 CFR Parts 56.201-56.604 for Community and Migrant Health Centers CDPH Issue AFL Related to California Hospital Fair Pricing Policies, 5 de noviembre de 2014.

**CONTRIBUIDORES DE LA POLÍTICA**

<b>Contribuidores de la Política</b>	
Facilitador:	Gerente de cuentas de pacientes
Colaboradores de la política	
Jefe del departamento:	Director del ciclo de ingresos
Miembro del equipo de gestión ejecutiva:	Ken Baxter, vicepresidente de ciclo de ingresos

**Anexo A**

<b>Pautas federales de pobreza publicadas para 2024</b>				
<b>Cantidad de miembros del grupo familiar</b>	<b>Hasta el 100 %</b>	<b>Hasta el 200 %</b>	<b>Hasta el 300 %</b>	<b>Hasta el 400 %</b>
<b>1</b>	<b>\$15,060</b>	<b>\$30,120</b>	<b>\$45,180</b>	<b>\$60,240</b>
<b>2</b>	<b>\$20,440</b>	<b>\$40,880</b>	<b>\$61,320</b>	<b>\$81,760</b>
<b>3</b>	<b>\$25,820</b>	<b>\$51,640</b>	<b>\$77,460</b>	<b>\$103,280</b>
<b>4</b>	<b>\$31,200</b>	<b>\$62,400</b>	<b>\$93,600</b>	<b>\$124,800</b>
<b>5</b>	<b>\$36,580</b>	<b>\$73,160</b>	<b>\$109,740</b>	<b>\$146,320</b>
<b>6</b>	<b>\$41,960</b>	<b>\$83,920</b>	<b>\$125,880</b>	<b>\$167,840</b>
<b>7</b>	<b>\$47,340</b>	<b>\$94,680</b>	<b>\$142,020</b>	<b>\$189,360</b>
<b>8</b>	<b>\$52,720</b>	<b>\$105,440</b>	<b>\$158,160</b>	<b>\$210,880</b>
<b>Descuento</b>	<b>100 %, excepto en copagos</b>		<b>75 %</b>	<b>50 %</b>

**Anexo B**

<b>Escala de honorarios variables</b> <b>Pautas de ingresos según el nivel federal de pobreza (FPL) mensual bruto</b> Por tamaño de familia. Válido para 2024.			
<b>Código del plan de salud</b>	<b>Atención primaria de beneficencia</b>	<b>Pago por cuenta propia, acuerdos especiales</b>	<b>Pago por cuenta propia</b>
<b>Pautas del FPL</b>	<b>100 % o menos</b>	<b>101 % - 200 %</b>	<b>Más del 200 %</b>
<b>Cantidad de personas por familia</b>			
<b>1</b>	\$0 - \$1,255	\$1,256 - \$2,510	Más de \$2,511
<b>2</b>	\$1,703	\$1,704 - \$3,407	Más de \$3,408
<b>3</b>	\$2,152	\$2,153 - \$4,303	Más de \$4,304
<b>4</b>	\$2,600	\$2,601 - \$5,200	Más de \$5,201
<b>5</b>	\$3,048	\$3,049 - \$6,097	Más de \$6,098
<b>6</b>	\$3,497	\$3,498 - \$6,993	Más de \$6,198
<b>7</b>	\$3,945	\$3,946 - \$7,890	Más de \$7,891
<b>8</b>	\$4,393	\$4,394 - \$8,787	Más de \$8,787
<b>CMG</b>	\$10; visita por enfermedad	\$60; visita nueva por enfermedad \$40; visita por enfermedad para pacientes establecidos	\$85; visitas parciales y visitas no programadas
<b>Tarifa por servicio</b>	\$0; solo administración de vacuna contra la gripe  Los servicios de WCC aplican a Gateway	\$25; solo administración de vacuna contra la gripe Los servicios de WCC aplican a Gateway	\$25; solo administración de vacuna contra la gripe \$100; visita completa de bienestar
<b>Tarifa por servicio del Breathmobile</b>	\$25; visita al consultorio \$0; solo administración de vacuna contra la gripe	\$25; visita al consultorio \$25; solo administración de vacuna contra la gripe	\$25; visita al consultorio \$25; solo administración de vacuna contra la gripe
<b>Análisis de laboratorio</b>	“Facturar al paciente”, excepto que pague durante la visita con tarifas de clínica reducidas; en ese caso, “facturar a la clínica”	“Facturar al paciente”, excepto que pague durante la visita con tarifas de clínica reducidas; en ese caso, “facturar a la clínica”	“Facturar al paciente” (recibe factura de radiología o laboratorio con las tarifas habituales)
<b>Radiología</b>	“Facturar al paciente”	“Facturar al paciente”	“Facturar al paciente” (Recibe factura de Radiología a tarifas regulares)
<b>Medicamentos recetados</b>	Receta entregada. Paga el paciente.	Receta entregada. Paga el paciente.	Receta entregada. Paga el paciente.

<b>Suministros</b> (es decir, cámaras de inhalación, muletas)	Del inventario de la clínica, según sea necesario	Del inventario de la clínica, según sea necesario	
--	---	---	--

**Anexo C**  
**Formulario de plan de pago extendido del FAP de CHOC/CCMH**

<b>Fecha:</b>	<b>Fecha del servicio:</b>
<b>Nombre del paciente:</b>	<b>ADJ</b> <b>Fecha:</b>
<b>Ingreso mensual: \$</b>	
<b>Sustraer los gastos esenciales:</b>	
<b>Alquiler/pago de la casa</b>	<b>\$</b>
<b>Mantenimiento</b>	<b>\$</b>
<b>Comida</b>	<b>\$</b>
<b>Provisiones para el hogar</b>	<b>\$</b>
<b>Servicios públicos</b>	<b>\$</b>
<b>Ropa</b>	<b>\$</b>
<b>Gastos médicos</b>	<b>\$</b>
<b>Seguro</b>	<b>\$</b>
<b>Escuela o cuidado infantil</b>	<b>\$</b>
<b>Manutención infantil/conyugal</b>	<b>\$</b>
<b>Transporte</b>	<b>\$</b>
<b>Gastos del automóvil, combustible, reparaciones, seguro</b>	<b>\$</b>
<b>Pagos del automóvil</b>	<b>\$</b>
<b>Lavandería y limpieza</b>	<b>\$</b>
<b>Gastos totales</b>	<b>\$</b>

**Ingresos totales después de los gastos esenciales**  
**Plan de pago extendido, pagos mensuales**

**\$** \_\_\_\_\_  
**\$** \_\_\_\_\_