

ANAHEIM GLOBAL MEDICAL CENTER
CHAPMAN GLOBAL MEDICAL CENTER
HEMET GLOBAL MEDICAL CENTER
MENIFEE GLOBAL MEDICAL CENTER
ORANGE COUNTY GLOBAL MEDICAL CENTER
SOUTH COAST GLOBAL MEDICAL CENTER
VICTOR VALLEY GLOBAL MEDICAL CENTER

POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

Título:	POLÍTICA DE ATENCIÓN CARITATIVA/PAGO CON DESCUENTO		
Manual:	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE LA OFICINA DE NEGOCIOS	Política núm.:	02.06.02
Fecha original: 8 de marzo de 2005	Fecha de modificación: 7 de agosto de 2017, 8 de diciembre de 2022, 2 de febrero de 2023	Fecha de revisión: 1 de abril de 2015	

PROPÓSITO:

El propósito de esta política es definir los criterios que utilizarán las Instalaciones mencionadas anteriormente (cada una de ellas una “Instalación”) para cumplir con los requisitos de la Ley de Políticas de Precios Justos de Hospitales de California.

CAMPO DE APLICACIÓN:

Esta política se aplica al costo de los servicios de atención médicamente necesaria que brinda la Instalación a pacientes que cumplen con los requisitos para recibir atención caritativa o pago con descuento. A menos que se especifique lo contrario, esta política no se aplica a los servicios brindados por médicos u otros proveedores médicos, incluidos, entre otros, médicos de salas de urgencias, anestesiólogos, radiólogos, personal hospitalario, patólogos, etc., cuyos servicios no están incluidos en la factura del paciente de la Instalación. Esta política no crea una obligación para que la Instalación pague por los servicios de dichos médicos u otros proveedores médicos. En California, un médico de urgencias que brinda servicios de urgencias en un hospital debe brindar descuentos a pacientes sin seguro o pacientes con costos médicos altos que se encuentran en el 400 por ciento o menos del nivel federal de pobreza.

DEFINICIONES:

Atención caritativa: La atención caritativa se define como servicios hospitalarios médicamente necesarios para pacientes ambulatorios o internados proporcionados sin costo a un paciente que (1) es un paciente sin seguro o un paciente con costos médicos elevados, (2) tiene un ingreso igual o menor al 200% de las Pautas federales de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) aplicables actuales y (3) ha establecido que califica de acuerdo con los requisitos contenidos en esta política.

Pago con descuento: Un pago con descuento se define como una asistencia financiera parcial que resulta de cualquier servicio hospitalario médicamente necesario ambulatorio o con internado

proporcionado a un paciente que (1) desea ayuda para pagar su factura hospitalaria, (2) no tiene seguro o es un paciente con costos médicos elevados, (3) tiene un ingreso del 201% al 400% de las FPG aplicables, y (4) que ha establecido que califica de acuerdo con los requisitos contenidos en esta política.

Pautas federales de pobreza (“FPG”): Las Pautas federales de pobreza son pautas emitidas y actualizadas periódicamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos que establecen los criterios de elegibilidad de ingresos brutos (según el tamaño de la familia) para poder recibir Atención caritativa y Pago con descuento como se describe en esta política.

Cotización de buena fe: Un monto cotizado por el personal de Registro de la Instalación que representa una aproximación razonable del precio real que se pagará por los servicios recibidos por el paciente en la Instalación. Si se requiere razonablemente una cotización de buena fe, el personal de Registro hará todo lo posible para desarrollar y cotizar una cotización de buena fe; sin embargo, es posible que el personal de Registro no pueda predecir por completo los servicios médicos reales que posteriormente ordenarán los médicos tratantes o consultantes del paciente.

Servicios médicamente necesarios: La asistencia financiera en virtud de esta política solo se aplicará a los servicios médicamente necesarios, que son servicios o suministros que se determinen adecuados y necesarios para el diagnóstico, la atención directa o el tratamiento de la afección médica y que cumplan con los estándares de buena práctica médica en la comunidad médica. La asistencia financiera está excluida en virtud de esta política para los servicios que no sean médicamente necesarios, incluidos, entre otros, los servicios únicos para los que se encuentran disponibles terapias alternativas médicamente eficaces. Los ejemplos de servicios excluidos incluyen, entre otros, los siguientes: servicios de cirugía estética y/o plástica, servicios para tratar la infertilidad u otros servicios que sean principalmente para la comodidad y/o conveniencia del paciente.

Paciente con costos médicos elevados: Se considera que un paciente tiene costos médicos elevados si tiene (1) un ingreso familiar igual o menor al 400% de las FPG aplicables y (2) cumple uno de los siguientes criterios:

- (a) Gastos médicos anuales a pagarse en efectivo por el individuo en el hospital que excedan el menor de los dos valores siguientes: el 10% del ingreso familiar actual del paciente o el ingreso familiar de los 12 meses anteriores, o
- (b) Gastos médicos anuales a pagarse en efectivo que excedan el 10% del ingreso familiar del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos del paciente pagados por el paciente o su familia en los 12 meses anteriores.

Familia del paciente: La familia del paciente se entiende como:

1. Para las personas de 18 años de edad o más, la familia del paciente significa un cónyuge, pareja doméstica (según se define en la Sección 297 del Código de la Familia) o hijos dependientes menores de 21 años de edad, ya sea que vivan en el hogar o no.
 - a. Pareja doméstica: Se establecerá una sociedad de convivencia doméstica en California cuando ambas personas presenten una Declaración de sociedad de convivencia

doméstica ante el Secretario de Estado de conformidad con esta división y, al momento de la presentación, se cumplan todos los siguientes requisitos:

- (1) Ambas personas tienen una residencia común.
- (2) Ninguna de las personas está casada con otra persona ni es miembro de otra sociedad de convivencia doméstica con otra persona que no haya sido terminada, disuelta o declarada nula.
- (3) Las dos personas no están relacionadas por sangre de una manera que les impida casarse entre sí en este estado.
- (4) Ambas personas tienen al menos 18 años de edad.
- (5) Cualquiera de los siguientes:
 - (A) Ambas personas son miembros del mismo sexo; o
 - (B) Una o ambas personas cumplen con los criterios de elegibilidad del Título II de la Ley de Seguridad Social, según se define en la Sección 402(a) del Título 42 del Código de los Estados Unidos para los beneficios del seguro de vejez, o del Título XVI de la Ley de Seguridad Social, según se define en la Sección 1381 del Título 42 del Código de los Estados Unidos para las personas mayores. Sin perjuicio de cualquier otra disposición de esta sección, las personas de sexos opuestos no pueden constituir una pareja doméstica a menos que una o ambas personas sean mayores de 62 años.
- (6) Ambas personas son capaces de consentir a la sociedad de convivencia doméstica.

2. Para las personas menores de 18 años, la familia del paciente significa los padres, parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años de un padre o pariente cuidador.

Plan de pago calificado: Un plan de pago establecido para un paciente que ha calificado para un Pago con descuento a través de esta política se clasifica como un Plan de pago calificado. Un Plan de pago calificado no tendrá cargos por intereses aplicados a ninguno o todos los saldos adeudados por el paciente/garante. En caso de que la Instalación y el paciente/garante no puedan llegar a un acuerdo sobre los términos de un Plan de pago calificado, la Instalación utilizará la fórmula descrita en la Sección 127400(i) del Código de Salud y Seguridad para establecer los términos de un “plan de pago razonable”, según se define en el estatuto.

Paciente no asegurado: Un Paciente no asegurado es un paciente que no tiene cobertura de terceros de una aseguradora de salud, un plan de servicios de atención médica, Medicare o Medicaid, y cuya lesión no es una lesión compensable para fines de compensación laboral, seguro de automóvil u otro seguro según lo determine y documente la Instalación.

POLÍTICA:

I. Calificación para Atención caritativa/pago con descuento: Dependiendo de si un paciente califica de acuerdo con esta política, se le puede otorgar asistencia financiera en forma de atención caritativa o pago con descuento. Si una persona solicita atención caritativa o pago con descuento y no proporciona información que sea razonable y necesaria para que la Instalación tome una determinación, la Instalación puede considerar esto al tomar su determinación. Se puede denegar la asistencia financiera cuando el paciente o la persona responsable no cumple con los requisitos de calificación según esta política.

La Instalación hará todos los esfuerzos razonables para tomar la determinación de calificación de un paciente lo antes posible. La Instalación no proporcionará información adversa a una agencia de informes crediticios ni iniciará una acción civil contra el paciente por falta de pago en ningún momento antes de los 180 días posteriores a la facturación inicial.

II. Requisitos de la solicitud: A todos los pacientes que no puedan demostrar que cuentan con cobertura financiera a través de aseguradoras externas se les ofrecerá la oportunidad de completar la Solicitud de asistencia financiera. Los pacientes deben proporcionar documentación de elegibilidad precisa y veraz que sea razonablemente necesaria para determinar si el paciente reúne los requisitos para recibir cobertura de asistencia financiera a través de cualquier programa de cobertura gubernamental o de esta política. El paciente debe estar consciente de su obligación de pagar todos o parte de los montos adeudados al momento del servicio. Dichos montos adeudados pueden incluir, entre otros, copagos y deducibles.

III. Proceso y procedimiento.

A. Elegibilidad. Un paciente es elegible para recibir asistencia financiera si (1) el ingreso familiar del paciente es igual o menor al 400% de las FPG aplicables y (2) el paciente es un paciente sin seguro o un paciente con costos médicos elevados. No obstante, la Instalación puede, a su criterio exclusivo, optar por ofrecer asistencia financiera a los pacientes cuyos ingresos familiares sean mayores al 400% de las FPG aplicables.

La elegibilidad por sí sola no es un derecho a recibir asistencia financiera. El paciente debe completar la Solicitud de asistencia financiera y proporcionar toda la documentación requerida, y la Instalación debe completar un proceso de evaluación del solicitante y determinar la calificación antes de que se le pueda otorgar atención caritativa o un pago con descuento al paciente.

B. Otras opciones de seguro. A los pacientes no asegurados también se les ofrecerá (1) información, asistencia y derivación a programas patrocinados por el gobierno para los que pueden ser elegibles e (2) información sobre la cobertura de seguro a través de Covered California. A los pacientes no asegurados también se les proporcionará información de contacto para el centro local de asistencia legal al consumidor que puede ayudarlos a obtener cobertura de beneficios de salud.

C. Cómo completar una solicitud de asistencia financiera.

1. La solicitud de asistencia financiera debe completarse tan pronto como exista una indicación de que el paciente puede necesitar asistencia financiera. El formulario de solicitud puede completarse antes del servicio, durante la estadía del paciente o después de que se completen los servicios y el paciente haya sido dado de alta.
2. La Solicitud de asistencia financiera proporciona:

- a. Información necesaria para que la Instalación determine si el paciente tiene ingresos suficientes para pagar los servicios.
 - b. Documentación útil para determinar si reúne los requisitos para recibir asistencia financiera; y
 - c. Un registro de auditoría que documente el compromiso de la Instalación de brindar asistencia financiera.
3. En determinadas circunstancias, puede que no se requiera una Solicitud de asistencia financiera completa si la Instalación, a su criterio exclusivo, determina que tiene suficiente información financiera del paciente a partir de la cual tomar una decisión sobre la elegibilidad para la asistencia financiera.
 4. Si un paciente solicita o tiene una solicitud pendiente para otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo que solicita asistencia financiera conforme a esta política, ninguna solicitud impedirá que el paciente establezca su elegibilidad conforme al otro programa.
- D. Determinación basada en la capacidad de pago. La elegibilidad para recibir atención caritativa o un pago con descuento se determinará únicamente en función de la capacidad de pago del paciente o del representante de su familia. La elegibilidad no se basará de ninguna manera en la edad, el género, la orientación sexual, la identidad de género, la etnia, el origen nacional, la condición de veterano, la discapacidad o la religión. Si bien la asistencia financiera no se brindará de manera discriminatoria o arbitraria, la Instalación se reserva el derecho absoluto, de conformidad con las leyes y los reglamentos, de establecer los criterios de elegibilidad y determinar cuándo un paciente ha proporcionado pruebas suficientes de que reúne los requisitos para recibir asistencia financiera.
- E. Calificación de activos/ingresos.
1. Para pago con descuento: A los efectos de determinar la elegibilidad de un paciente para un pago con descuento, la Instalación considerará el tamaño de la familia y la documentación del ingreso familiar en forma de declaraciones de impuestos federales y recibos de sueldo recientes.
 2. Para atención caritativa:
 - a. Para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir atención caritativa, la Instalación considerará el tamaño de la familia y la documentación de ingresos y activos, incluida la información sobre todos los activos monetarios, incluidos, entre otros, las declaraciones de impuestos federales, los recibos de sueldo recientes de los últimos 3 meses (o, para personas que trabajan por cuenta propia, los informes de ingresos y gastos de los últimos 3 meses o el informe de pago de impuestos trimestrales recientes) y/u otra información relevante, pero no incluirá declaraciones sobre planes de jubilación o compensación diferida calificados según el Código de Impuestos Internos, o

planes de compensación diferida no calificados. La Instalación puede exigir exenciones o autorizaciones del paciente o de la familia del paciente, autorizando a la Instalación a obtener información de la cuenta de instituciones financieras o comerciales, u otras entidades que posean o mantengan los activos monetarios, para verificar su valor.

- b. Se pueden evaluar los activos familiares de un paciente para determinar si existen suficientes recursos familiares del paciente para satisfacer la factura de la Instalación por los servicios prestados. La evaluación de los activos del paciente considerará tanto el valor del activo como los montos adeudados contra el activo para determinar si hay un patrimonio neto potencial disponible para satisfacer la obligación de pago del paciente. Reconociendo la necesidad de proteger los activos básicos del hogar, a cada unidad familiar de pacientes evaluada se le permitirán las siguientes exenciones de activos:
 - i. Residencia principal;
 - ii. Un vehículo por paciente o dos vehículos por unidad familiar;
 - iii. Los primeros \$10,000 de activos monetarios y el 50% de los activos monetarios después de los primeros \$10,000; y
 - iv. Planes de jubilación o de compensación diferida calificados bajo el Código de Impuestos Internos, o planes de compensación diferida no calificados.

F. Evento médico catastrófico. Cualquier paciente que experimente un evento médico catastrófico puede ser considerado elegible para recibir asistencia financiera según lo determine la Instalación a su criterio exclusivo. La determinación de un evento médico catastrófico se basará en el monto de los ingresos y activos familiares del paciente según lo informado al momento del suceso. Como regla general, cualquier cuenta con una responsabilidad del paciente por servicios prestados que supere los \$100,000 puede considerarse elegible como un evento médico catastrófico.

G. Directrices de precios. Si un paciente califica para un pago con descuento, la Instalación limitará el pago esperado por los servicios médicamente necesarios prestados al monto que la Instalación esperaría, de buena fe, recibir por la prestación de los servicios de Medicare, Medi-Cal o el plan de salud vigente para los pacientes de Medi-Cal, el que sea mayor. Si la Instalación proporciona un servicio para el cual no existe un pago establecido por un programa patrocinado por el gobierno, la Instalación establecerá un pago con descuento apropiado. En general, se aplicarán las siguientes tarifas:

H. Planes de pago calificados.

1. Cuando la Instalación haya determinado que un paciente reúne los requisitos para recibir un pago con descuento, el paciente tendrá la opción de pagar cualquiera o todos los montos pendientes en un pago único o mediante un plan de pago calificado con un plazo programado. La Instalación analizará las opciones de plan de pago con cada paciente calificado que solicite realizar pagos de conformidad con un plan de pago calificado. Se organizarán planes de pago individuales en función de la capacidad del paciente para cumplir de manera efectiva con los términos de

pago. Como pauta general, los planes de pago se estructurarán para que no duren más de 36 meses.

2. Plan de pago razonable. Si un paciente calificado o un garante y la Instalación no pueden llegar a un acuerdo sobre los términos de un plan de pago calificado, la Instalación utilizará la fórmula de “plan de pago razonable” según se define en la Sección 127400(i) del Código de Salud y Seguridad como base para un plan de pago. Un “plan de pago razonable” significa pagos mensuales que no superen el 10% del ingreso familiar del paciente por un mes, excluyendo las deducciones por gastos de vida esenciales, definidos por la Sección 127400(i) del Código de Salud y Seguridad como gastos por cualquiera de los siguientes: alquiler o pago y mantenimiento de la casa, alimentos y suministros para el hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, escuela o cuidado infantil, manutención de los hijos o del cónyuge, gastos de transporte y de automóvil, incluidos seguros, gasolina y reparaciones, pagos a plazos, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.

Para aplicar la fórmula del “plan de pago razonable”, la Instalación deberá recopilar información de la familia del paciente sobre los ingresos y los “gastos de vida esenciales” de acuerdo con el estatuto. Cada paciente o garante que busque establecer un plan de pago mediante la aplicación de la fórmula del “plan de pago razonable” deberá presentar la información de ingresos y gastos familiares según lo solicitado en el formulario estandarizado de la Instalación, a menos que la Instalación renuncie a la solicitud de información.

3. Sin intereses. No se cobrarán intereses a las cuentas de plan de pago calificado durante la vigencia de cualquier plan acordado de conformidad con las disposiciones de esta política.
4. Incumplimiento de pago. Una vez que la Instalación haya aprobado un plan de pago calificado, el incumplimiento de todos los pagos consecutivos adeudados puede constituir un incumplimiento del plan de pago. Es responsabilidad del paciente o del garante comunicarse con la Oficina de negocios central de la Instalación si las circunstancias cambian y no se pueden cumplir los términos del plan de pago. Sin embargo, en caso de incumplimiento del plan de pago, la Instalación hará un intento razonable de comunicarse con el paciente o su representante familiar por teléfono y también notificará el incumplimiento por escrito. El paciente tendrá la oportunidad de renegociar el plan de pago calificado extendido y podrá hacerlo comunicándose con la Oficina de negocios central dentro de los veintiún (21) días a partir de la fecha de la notificación por escrito del incumplimiento del plan de pago extendido. Si el paciente no solicita la renegociación del plan de pago calificado dentro de los veintiún (21) días, el plan de pago se considerará inoperante y la cuenta puede quedar sujeta a acciones de cobro según lo permita la ley.

- IV. Apelaciones. Si el paciente no está de acuerdo con la decisión sobre la solicitud, tiene derecho a impugnar y apelar la calificación del paciente. El paciente puede solicitar una revisión adicional al director de la Oficina de negocios central y/o al director financiero.
- V. Médicos de urgencias. Un médico de urgencias que presta servicios médicos de urgencia en un hospital que brinda atención de urgencias también está obligado por ley a ofrecer descuentos a pacientes sin seguro o pacientes con costos médicos elevados que estén en o por debajo del 400% de las FPG aplicables. Un “médico de urgencias” es un médico y cirujano con licencia de conformidad con el Capítulo 5 (empezando en la Sección 2000) de la División 2 del Código de Negocios y Profesiones que está acreditado por un hospital y es empleado o contratado por el hospital para brindar servicios médicos de urgencia en el departamento de urgencias del hospital. Sin embargo, un “médico de urgencias” no incluirá a un médico especialista que sea llamado al departamento de urgencias de un hospital o que sea parte del personal o tenga privilegios en el hospital fuera del departamento de urgencias. Esta declaración no se interpretará como la imposición de responsabilidades adicionales a la Instalación.