



DEPARTAMENTO: SERVICIOS FINANCIEROS AL PACIENTE Documento Creado: 1/11/2015

TÍTULO: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA AL PACIENTE Actualizado: 13/11/2024

I. PROPÓSITO

Eisenhower Medical Center (EMC) atiende a todas las personas de Rancho Mirage y la región desértica circundante. Como proveedor hospitalario regional, EMC se dedica a brindar servicios de atención médica de alta calidad y orientados al cliente que satisfagan las necesidades de los pacientes a los que atendemos. Brindarles a los pacientes oportunidades de cobertura de asistencia financiera para servicios de atención médica es un elemento esencial para cumplir con la misión de EMC. Esta política describe el Programa de Asistencia Financiera de EMC, junto con sus criterios, sistemas y métodos.

Los hospitales de cuidados intensivos de California deben cumplir con los Códigos de Salud y Seguridad AB774, AB 1020 y la sección 501(r) del IRS, incluidos ciertos requisitos para políticas escritas que brinden descuentos, atención de caridad y planes de pago razonables a pacientes que califiquen financieramente. Esta política tiene como objetivo cumplir con dichas obligaciones legales.

El departamento de Servicios Financieros para Pacientes es responsable de las políticas y procedimientos de contabilidad de pacientes para garantizar la coherencia en los tiempos, el registro y el tratamiento contable de las transacciones en EMC. Esta política incluye el manejo de las transacciones contables de los pacientes de una manera que respalde la misión y los objetivos operativos de EMC.

II. CAMPO DE APLICACIÓN

Esta política se aplica a la asistencia financiera y a los planes de pago con descuento que ofrece Eisenhower Medical Center. Todas las solicitudes de asistencia financiera de pacientes, familiares de pacientes, médicos o personal del hospital se abordarán de acuerdo con esta política.

III. POLÍTICA

Eisenhower Medical Center se compromete a brindar acceso a programas de asistencia

financiera para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que puedan necesitar ayuda para pagar su factura de servicios de atención médica. Estos programas incluyen programas de cobertura patrocinados por el gobierno, atención caritativa y atención caritativa parcial con descuento. Esta política:

- Describe la base para calcular los montos que se cobran a los pacientes que son elegibles para recibir asistencia financiera.
- Describe el método mediante el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera.
- Describe los montos límite que EMC puede cobrar por brindar atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a las personas que son elegibles para recibir asistencia financiera. El límite se basará en la tarifa con descuento que sea comparable a la de los pagadores gubernamentales de EMC.
- Describe los métodos utilizados para publicitar ampliamente la política dentro de las comunidades a las que EMC presta servicios.

IV. DEFINICIONES

Para los propósitos de esta Política, los términos se definen a continuación:

Plena Atención de Caridad se define como una exención del 100 % de la obligación financiera del paciente por servicios hospitalarios médicamente necesarios o de emergencia. Los ingresos familiares de un paciente no deben superar el 100 % de las pautas federales de pobreza actuales para calificar.

Atención de Descuento Parcial de Caridad Se define como cualquier servicio hospitalario médicamente necesario o de emergencia proporcionado a un paciente que no tiene seguro o tiene un seguro insuficiente y que se encuentra en el 400 % o menos de las pautas federales de pobreza actuales.

Los pacientes que se encuentran en el 400 % o menos del nivel federal de pobreza y tienen “costos médicos elevados” pueden ser elegibles para recibir atención caritativa total o parcial. Los “costos médicos elevados” se definen como los costos anuales de bolsillo en el hospital que exceden el menor de los dos valores siguientes: el 10 % del ingreso familiar actual del paciente o el ingreso familiar de los 6 meses anteriores, como se describe en el Proyecto de Ley 1020 de la Asamblea.

Un médico de urgencias, según se define en la Sección 127450 del Código de Salud y Seguridad de California, que proporciona servicios médicos de urgencia en un hospital que brinda atención de urgencia también está obligado por ley a ofrecer descuentos a pacientes sin seguro o pacientes con costos médicos elevados que se encuentran en el 400 por ciento o menos del nivel federal de pobreza.

Condición Médica de Emergencia: EMC trata a las personas que están fuera del área de servicio de EMC si existe una condición emergente, urgente, o que amenace la vida como se define dentro del significado de la Sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd).

Ingresos de Familia: Los ingresos de familia se determinan basándose en las Pautas Federales de Pobreza que se establece bajo la definición de la Oficina del Censo de EE. UU..

- Una familia de algún paciente se define como una persona de 18 años de edad y mayor, cónyuge, pareja doméstica e hijos dependientes menores de 21 años de edad, ya sea que vivan en el hogar o no;
- El ingreso familiar incluye ganancias, compensación de desempleo, compensación de trabajadores, seguro social, ingresos por seguro complementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobrevivientes, pagos por discapacidad, alquileres, regalías, ingresos de propiedades y fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia financiera desde fuera del hogar y otras fuentes misceláneas;
- El ingreso familiar de una persona incluye los ingresos de todos los miembros de la familia adultos. Para pacientes menores de 18 años, el ingreso familiar incluye el de los padres y/o los padrastros, socios solteros o parejas domésticas, o familiares cuidadores;
- Los beneficios no en efectivo (es decir, Medicare, Medicaid y Golden State Advantage Card EBT, la asistencia térmica, los almuerzos escolares, la asistencia de la vivienda, la asistencia basada en la necesidad de organizaciones sin fines de lucro, pagos de cuidado de crianza o asistencia para alivio de desastres) no se cuentan como ingresos cuando se hace una determinación de elegibilidad para la asistencia financiera.

Pautas Federales de Pobreza: Las Pautas Federales de Pobreza se actualizan anualmente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos. Las pautas actuales se pueden consultar en <http://aspe.hhs.gov/POVERTY/>

Asistencia Financiera: Según esta política, la Asistencia Financiera es Atención de Caridad o Descuento para la Atención de Caridad Parcial brindada a los pacientes para los cuales sería una dificultad financiera pagar completamente los gastos de bolsillo esperados por los servicios médicamente necesarios proporcionados por EMC, y que cumplan con los criterios de la elegibilidad para dicha asistencia. Los pacientes que identifican las dificultades financieras para pagar completamente los gastos de bolsillo esperados por los servicios médicamente necesarios de EMC reciben asistencia si cumplen con los criterios de elegibilidad para dicha asistencia.

Garante: Una persona distinta al paciente que es responsable por el pago de la factura de ese paciente.

Cargos Brutos: Los cargos totales a las tarifas establecidas completas de la organización para la provisión de servicios de atención al paciente antes de aplicar las deducciones de los ingresos.

Servicios de Atención Médica: Son los servicios médicamente necesarios de hospital y médicos.

Médicamente necesario: Medicare lo define como servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones.

Presunta Caridad: Determinación de elegibilidad para Asistencia Financiera basada en información socioeconómica específica del paciente que se recopila de fuentes del mercado.

Pruebas de Ingresos: Para fines de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera, EMC revisará los ingresos familiares anuales de los dos (2) períodos de pago anteriores y/o del año fiscal anterior, como lo muestran los talones de pago o las declaraciones de impuestos sobre la renta recientes y otra información. La prueba de ingresos se puede determinar anualizando los ingresos familiares del año hasta la fecha, teniendo en cuenta la tasa de ingresos actual.

Plan Razonable de Pagos: Un plan de pago ampliado sin intereses que se negocia entre EMC y el paciente para cubrir los gastos de bolsillo del paciente. El plan de pago tendrá en cuenta los ingresos del paciente, los gastos básicos de vida, los activos, el monto adeudado y cualquier pago anterior. Los planes de pago serán por un plazo no menor a 4 pagos mensuales para arreglos de pago hechos con nuestro Departamento de Atención al Cliente.

Pacientes Sin Seguro: Una persona que no tiene cobertura de terceros por parte de una aseguradora comercial externa, un plan ERISA, un Programa Federal de Atención Médica (incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), Compensación para Trabajadores u otra asistencia de terceros para ayudarlo a cumplir con sus obligaciones de pago. También incluye pacientes que tienen cobertura de terceros, pero que han excedido su límite de beneficios, se les ha negado la cobertura o no se proporciona cobertura para los servicios de atención médica específicos desde el punto de vista médico para los cuales el paciente busca tratamiento de EMC.

Pacientes Sin Seguro: Una persona, con cobertura de seguro pública o privada, para quien sería una dificultad financiera pagar en su totalidad los gastos de bolsillo esperados por los servicios médicos brindados por EMC.

V. PAUTAS GENERALES

A. Servicios Elegibles:

- La asistencia financiera, según esta política, se aplicará a los servicios hospitalarios médicamente necesarios y de emergencia.
- En caso de que exista incertidumbre sobre si un servicio en particular es médicamente necesario, el personal administrativo de EMC tomará una determinación.

B. Servicios NO Elegibles:

- Los servicios que por lo general no son considerados ser médicamente necesarios
- Cualquier servicio electivo

C. Disposiciones Generales:

- El Programa de Asistencia Financiera de EMC utiliza una solicitud única y unificada para el paciente tanto para Atención Caritativa Completa como para Atención Caritativa Parcial con Descuento. El proceso está diseñado para brindar a cada solicitante la oportunidad de recibir el máximo beneficio de asistencia financiera para el que pueda calificar. La solicitud de asistencia financiera proporciona al hospital la información necesaria para evaluar la calificación del paciente. Dicha información se utilizará para determinar la elegibilidad del paciente o del representante familiar para la máxima cobertura bajo el Programa de Asistencia Financiera de EMC.
- Los pacientes elegibles pueden calificar para el Programa de Asistencia Financiera de EMC siguiendo las instrucciones de la solicitud y haciendo todos los esfuerzos razonables para proporcionar al hospital documentación de respaldo e información de cobertura de beneficios de salud, de modo que el hospital pueda tomar una determinación sobre la calificación del paciente para la cobertura bajo el programa. La elegibilidad por sí sola no es un derecho a la cobertura del Programa de Asistencia Financiera de EMC. EMC debe completar un proceso de evaluación del solicitante y determinar la cobertura antes de que se pueda otorgar la atención caritativa completa o la atención caritativa parcial con descuento.
- El Programa de Asistencia Financiera de EMC depende de la cooperación de pacientes individuales que pueden ser elegibles para asistencia total o parcial. Para facilitar la recepción de información financiera precisa y oportuna del paciente, EMC utilizará una solicitud de asistencia financiera y toda la documentación presentada para tomar la decisión sobre la asistencia financiera. A todos los pacientes que no puedan demostrar cobertura financiera por parte de aseguradoras externas se les ofrecerá la oportunidad de completar la solicitud de asistencia financiera, incluso si esos cargos incluyeron tarifas con descuento como resultado de la cobertura de seguro de terceros. A los pacientes sin seguro también se les ofrecerá información, asistencia y referencias a programas patrocinados por

el gobierno para los que podrían ser elegibles. Los pacientes pueden obtener solicitudes para la cobertura ofrecida a través de los Intercambios de Beneficios de Salud de California, utilizando la dirección del sitio web www.coveredca.com, a través de la Alianza de Consumidores de Salud en healthconsumer.org, o a través del Departamento de Servicios Sociales Públicos de Riverside en 1 (800) 274-2050 orrivcodpss.org.

- 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 brinden los servicios y se le haya dado de alta al paciente.
- EMC ayudará a los solicitantes a obtener coberturas alternativas para las que sean elegibles, como Medi-Cal.
- No se requiere una solicitud de asistencia financiera completa si EMC determina que tiene suficiente información financiera del paciente a partir de la cual puede tomar una decisión sobre la calificación para la asistencia financiera. Esto incluye, entre otros, los casos de pacientes indigentes o fallecidos.
- A los pacientes que pagan por cuenta propia se les ofrece un descuento que eleva su saldo total al 150 % de la tarifa de Medicare por esos mismos cargos. Este descuento es independiente de la Atención Caritativa y de la Atención Caritativa Parcial con Descuento.

VI. PROCEDIMIENTOS

A. Calificación: Atención de Caridad Completa y Atención de Caridad Parcial con Descuento

- La elegibilidad para recibir asistencia financiera total o parcial se determinará únicamente por la capacidad de pago del paciente y/o su representante familiar. La elegibilidad para recibir asistencia financiera no se basará de ninguna manera en la edad, el género, la orientación sexual, la etnia, el origen nacional, la condición de veterano, la discapacidad o la religión.
- El paciente y/o el representante de la familia del paciente que solicite ayuda para cumplir con su obligación financiera con el hospital deberá hacer todos los esfuerzos razonables para proporcionar la información necesaria para que el

hospital tome una determinación de calificación para la asistencia financiera. El hospital brindará orientación y/o asistencia directa a los pacientes o a su representante familiar según sea necesario para facilitar la finalización de las solicitudes del programa. Se puede contactar a un especialista financiero para pacientes al (760) 340-3911 extensión 3595. Según las pautas de CMS, se puede encontrar una lista de la transparencia de precios del Eisenhower Medical Center en <https://eisenhowerhealth.org/patients-visitors/patient-financial-services-bill-payment/>

- La calificación para el Programa de Asistencia Financiera se determina después de que el paciente y/o el representante de la familia del paciente establezcan su elegibilidad de acuerdo con los criterios contenidos en esta política. Si bien la asistencia financiera no se brindará de manera discriminatoria o arbitraria, el hospital conserva la total discreción, de conformidad con las leyes y regulaciones, para establecer los criterios de elegibilidad y determinar cuándo un paciente ha proporcionado evidencia suficiente de su calificación para recibir asistencia financiera.
- Los pacientes o su familiar representante pueden completar una solicitud para el Programa de Asistencia Financiera. La solicitud y los documentos complementarios requeridos se envían al Departamento de Servicios Financieros para pacientes de EMC. Esta oficina debe estar claramente identificada en las instrucciones de la solicitud.
- EMC proporcionará personal capacitado para revisar las solicitudes de asistencia financiera para verificar que estén completas y sean precisas. Las revisiones de las solicitudes se completarán lo más rápido posible teniendo en cuenta la necesidad del paciente de recibir una respuesta oportuna.
- La determinación de asistencia financiera será realizada únicamente por personal aprobado del Hospital de acuerdo con los siguientes niveles de autoridad:
 - Gerente, Servicios Financieros al Paciente: Cuentas menores de \$25,000
 - Director, Servicios Financieros al Paciente: Cuentas menores o iguales a \$50,000
 - Vicepresidente, Revenue Cycle: Cuentas menores o iguales a \$100,000
 - Director Financiero: Cuentas mayores de \$100,000
- Los criterios de calificación se utilizan para tomar la determinación de cada caso individual para la cobertura bajo el Programa de Asistencia Financiera de EMC.
- La calificación del Programa de Asistencia Financiera puede otorgarse para

asistencia financiera total o parcial, según el nivel de elegibilidad del paciente o del representante familiar, según se define en los criterios de esta Política del Programa de Asistencia Financiera.

- Una vez determinada, la calificación para el Programa de Asistencia Financiera se aplicará a los servicios específicos y las fechas de servicio para los cuales el paciente y/o el representante de la familia del paciente hayan presentado la solicitud. En los casos de atención continua relacionada con el diagnóstico de un paciente que requiera servicios relacionados continuos, el hospital, a su exclusivo criterio, puede tratar la atención continua como un caso único para el cual la calificación se aplica a todos los servicios relacionados continuos proporcionados por el hospital. Otros saldos de cuentas de pacientes preexistentes pendientes al momento de la determinación de la calificación por parte del hospital se incluirán como elegibles para la cancelación a exclusivo criterio de la administración del Hospital.
- Si se realizaron pagos antes de la determinación de la asistencia financiera, estos pagos se reembolsarán de inmediato en todas las cuentas con fechas de servicio comprendidas dentro del período de tiempo de aprobación de la solicitud financiera. Sin embargo, el hospital no está obligado a reembolsar al paciente si el monto adeudado es inferior a cinco dólares (\$5.00). El hospital debe otorgarle al paciente un crédito por el monto adeudado dentro de los 60 días a partir de la fecha en que se otorga la asistencia financiera según el Código de Salud y Seguridad (HSC) 127440. Se pagarán intereses al paciente a una tasa del 10 por ciento anual sobre el capital de acuerdo con la sección 685.010 del Código de Procedimiento Civil, a partir de la fecha en que el hospital reciba el pago del paciente. No se pagarán intereses si el monto adeudado es inferior a cinco dólares (\$5.00).
- Las obligaciones del paciente para los pagos de la parte del costo de Medi-Cal/Medicaid no se eximirán bajo ninguna circunstancia. Sin embargo, después de cobrar la parte del costo del paciente, cualquier otro saldo pendiente relacionado con Medi-Cal/Medicaid puede considerarse para recibir asistencia financiera. Los pacientes que se encuentren en el 400 % o menos del FPL no pagarán más de lo que Medicare pagaría normalmente por una visita similar. Esto se aplicará a todos los servicios médicamente necesarios para pacientes hospitalizados, ambulatorios, recurrentes y de emergencia proporcionados por EMC.
- Los pacientes que se encuentran en un nivel de pobreza del 400 % o inferior y tienen “costos médicos elevados” pueden ser elegibles para recibir atención caritativa total o parcial. Los “costos médicos elevados” se definen como los costos anuales de bolsillo en el hospital que exceden el menor de los dos valores siguientes: el 10 % del ingreso familiar actual del paciente o el ingreso familiar de

los 12 meses anteriores, según el proyecto de ley AB1020.

- Ningún paciente de Eisenhower Medical Center deberá pagar más del monto generalmente facturado por procedimientos o servicios.

B. Niveles de Calificación de Ingresos para Atención Caritativa Total y Parcial con Descuento

- Si el ingreso familiar del paciente es 400 % o menos del nivel de ingreso de pobreza establecido, según las pautas actuales del FPL, y el paciente cumple con todos los demás requisitos del Programa de Asistencia Financiera, el paciente puede calificar para un ajuste de responsabilidad de hasta el 100 %.
- Si el ingreso familiar del paciente está entre el 101% y el 400% del nivel de ingreso de pobreza establecido, según las pautas actuales del FPL, y el paciente cumple con todos los demás requisitos de calificación del Programa de Asistencia Financiera, el porcentaje real pagado por cada paciente individual se basará en la escala móvil que se muestra en la Tabla 1 a continuación.

TABLA 1: Programa de Pago de Escala Móvil

Porcentaje del Nivel de Pobreza	Responsabilidad del Paciente Exonerada
100%	100%
101 - 199%	70%
200 - 299%	50%
300 - 400%	10%

- Si los servicios están cubiertos por un tercero pagador, de modo que el paciente es responsable solo de una parte de los cargos facturados (es decir, un deducible o copago), la obligación de pago del paciente será un monto igual a la diferencia entre lo que pagó el seguro y el monto bruto que Medicare hubiera pagado por el servicio si el paciente fuera beneficiario de Medicare. Si el monto pagado por el seguro excede lo que hubiera pagado Medicare, el paciente no tendrá ninguna otra obligación de pago.

C. Elegibilidad Presunta para Atención Caritativa

EMC reconoce que no todos los pacientes, o los garantes de los pacientes, pueden completar la solicitud de asistencia financiera o proporcionar la documentación requerida.

En el caso de los pacientes o los garantes de los pacientes que no puedan proporcionar la documentación requerida pero cumplan con ciertos criterios de necesidad financiera, EMC puede otorgar asistencia financiera. En particular, la elegibilidad presunta puede determinarse sobre la base de circunstancias de vida individuales que pueden incluir:

- Personas sin techo o que recibieron atención en una clínica para personas sin techo.
- Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales que no cuentan con fondos (por ejemplo, el programa de reducción de gastos de Medicaid)
- El paciente ha fallecido sin patrimonio conocido.

En el caso de los pacientes o sus garantes que no respondan al proceso de solicitud de EMC, se pueden utilizar otras fuentes de información, como se describe a continuación, para realizar una evaluación individual de la necesidad financiera. Esta información permitirá a EMC tomar una decisión informada sobre la necesidad financiera de los pacientes que no responden.

Con el fin de ayudar a un paciente que comunica una dificultad financiera, EMC puede recurrir a un tercero para que revise la información del paciente o del Garante del paciente a fin de evaluar la necesidad financiera. EMC puede utilizar la información del modelo predictivo para otorgar una elegibilidad presunta a los pacientes o sus garantes o para satisfacer los requisitos de documentación de los mismos. En los casos en que no haya información proporcionada directamente por el paciente, y después de los esfuerzos por confirmar la disponibilidad de cobertura, el modelo predictivo proporciona un método sistemático para otorgar una elegibilidad presunta a los pacientes con necesidades financieras.

En caso de que un paciente no califique según el conjunto de reglas presuntivas, el paciente aún puede proporcionar la información requerida y ser considerado bajo el proceso tradicional de solicitud de Asistencia Financiera establecido a continuación en la subdivisión A de la Sección VI.

Las cuentas de pacientes a las que se les haya otorgado el estatus de elegibilidad presunta se ajustarán en consecuencia. Estas cuentas serán reclasificadas bajo la Política de Asistencia Financiera. El descuento otorgado no se enviará a cobranza y no se incluirá en los gastos por deudas incobrables de EMC.

La evaluación presuntiva proporciona un beneficio comunitario al permitir que EMC identifique sistemáticamente a los pacientes con necesidades financieras, reduzca las cargas administrativas y brinde asistencia financiera a los pacientes y a los garantes, algunos de los cuales no han respondido al proceso de solicitud de asistencia financiera.

D. Planes de Pago

Se ofrecerá un plan de pago extendido para cualquier saldo pendiente o cuando el Hospital haya determinado que se otorgará asistencia financiera parcial. El paciente tendrá la opción de pagar parte o la totalidad de los montos pendientes en un pago único o mediante un plan de pago a plazos programado.

EMC ofrecerá al paciente un plan de pago extendido razonable que no supere el 10 % de los ingresos familiares del paciente durante un mes, sin incluir las deducciones por gastos básicos de vida. Los proveedores internos y externos utilizarán una calculadora de pagos como forma de validar las exclusiones mencionadas anteriormente.

“Gastos esenciales para vivir” Se definen como gastos de cualquiera de los siguientes: pagos de alquiler o hipoteca (incluidos los gastos de mantenimiento), alimentos y suministros para el hogar, servicios públicos, ropa, pagos médicos o dentales, seguros, escuela, cuidado infantil, manutención conyugal, transporte o gastos de automóvil (incluidos seguros, combustible y reparaciones), pagos a plazos, gastos de lavandería y limpieza y otros gastos extraordinarios. EMC trabajará con el proveedor externo para asegurarse de que estos gastos se tengan en cuenta antes de ofrecer un plan de pago.

El Hospital discutirá las opciones de plan de pago extendido con cada paciente según la Ley de Facturación Justa AB1276. Los planes de pago extendidos individuales se organizarán según la capacidad del paciente para cumplir efectivamente con los términos de pago. Como regla general, los planes de pago se estructurarán para que duren no más de 4 meses a menos que el paciente califique según las pautas del plan de pago extendido AB776. El Hospital negociará de buena fe con el paciente; sin embargo, no existe obligación de aceptar los términos de pago ofrecidos por el paciente. No se cobrarán intereses a las cuentas de pacientes calificados durante la duración de cualquier plan de pago organizado según las disposiciones de la Política de asistencia financiera. Una vez que EMC haya aprobado un plan de pago, cualquier falta de pago de todos los pagos consecutivos adeudados durante un período de 150 días constituirá un incumplimiento del plan de pago.

Es responsabilidad del paciente o del garante comunicarse con el departamento de Servicios financieros para pacientes de EMC 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, EMC hará un intento razonable de comunicarse con el paciente o su

representante por teléfono y también notificará el incumplimiento por escrito. El paciente tendrá la oportunidad de renegociar el plan de pago extendido y podrá hacerlo comunicándose con un representante de Servicios Financieros para Pacientes dentro de los catorce (14) 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 extendido dentro de los catorce (14) días, el plan de pago se considerará inoperante y la cuenta quedará sujeta a cobro. Cualquier saldo que no se ajuste al acuerdo del plan de pago y que tenga una antigüedad mayor a 180 días se considerará elegible para Deuda Incobrable y se asignará al proveedor de cobros externo de Eisenhower.

E. Otras Circunstancias Especiales

Si se determina que el paciente no tiene techo, se lo considerará elegible para recibir asistencia financiera. No se requiere ninguna solicitud. Se realizará un ajuste en la cuenta para mostrar un saldo cero.

Los pacientes fallecidos que no tengan cobertura de terceros, un patrimonio identificable o para quienes no se realizará una audiencia sucesoria serán considerados elegibles para recibir asistencia financiera. No se requiere ninguna solicitud. Se realizará un ajuste en la cuenta para mostrar un saldo cero.

EMC considera indigentes a aquellos pacientes que son elegibles para los programas de asistencia para personas de bajos ingresos patrocinados por el gobierno (por ejemplo, Medi-Cal/Medicaid, Healthy Families, California Children's Services y cualquier otro programa estatal o local para personas de bajos ingresos que corresponda). Por lo tanto, dichos pacientes son elegibles según la Política de Asistencia Financiera cuando el pago no lo realizan los programas gubernamentales. Por ejemplo, los pacientes que califican para Medi-Cal/Medicaid, así como otros programas que atienden las necesidades de pacientes de bajos ingresos (por ejemplo, CHDP, Healthy Families y CCS) donde el programa no realiza el pago de todos los servicios o días durante una estadía en el hospital, son elegibles para la cobertura del Programa de Asistencia Financiera. Según la Política de asistencia financiera de EMC, estos tipos de saldos de cuentas de pacientes no reembolsados son elegibles para un ajuste completo como Atención de caridad. Todas las denegaciones de solicitudes de autorización de tratamiento (TAR), la falta de pago de servicios no cubiertos proporcionados a pacientes de Medi-Cal/Medicaid y otros cubiertos por programas de bajos ingresos que califican y otras denegaciones (por ejemplo, cobertura restringida) deben clasificarse como Atención de Caridad.

Toda evaluación para asistencia financiera relacionada con pacientes cubiertos por el Programa Medicare debe incluir una solicitud de asistencia financiera que muestre un análisis razonable de todos los activos, pasivos, ingresos y gastos monetarios del paciente, antes de la calificación de elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera. Los

activos del paciente que se excluirán son aquellos de planes de jubilación o compensación diferida (es decir, 401K, 403b, pensiones y opciones sobre acciones de empleados). No obstante lo anterior, la parte de las cuentas de pacientes de Medicare (a) por las que el paciente es financieramente responsable (montos de coaseguro y deducible), (b) que no está cubierta por el seguro o cualquier otro pagador, incluido Medi-Cal/Medicaid, y (c) que no es reembolsada por Medicare como una deuda incobrable, puede clasificarse como atención de caridad si:

1. El paciente es beneficiario de Medi-Cal/Medicaid u otro programa que atiende las necesidades de atención médica de pacientes de bajos ingresos; o
2. El paciente califica de otra manera para recibir asistencia financiera bajo esta política y sólo hasta el alcance de la cancelación prevista en esta política.

Cualquier paciente cuyos ingresos sean iguales o inferiores al 400 % del nivel de pobreza establecido y experimente un evento médico catastrófico puede ser considerado elegible para recibir asistencia financiera. Dichos pacientes, que tienen ingresos altos, no califican para recibir asistencia financiera de rutina. Sin embargo, la consideración como un evento médico catastrófico puede hacerse caso por caso. La determinación de un evento médico catastrófico se basará en el monto de la responsabilidad del paciente a los cargos facturados y la consideración de los ingresos del individuo y todos los activos según lo informado al momento del suceso en la solicitud de asistencia financiera. La Administración del Hospital utilizará una discreción razonable al tomar una determinación basada en un evento médico catastrófico. Como regla general, cualquier cuenta con una responsabilidad del paciente por servicios prestados que exceda los \$100,000 puede considerarse elegible como un evento médico catastrófico.

Cualquier cuenta devuelta al hospital por una agencia de cobros que haya determinado que el paciente o el representante familiar no tiene los recursos para pagar su factura puede ser considerada elegible para recibir asistencia financiera/Atención Caritativa. La documentación de la incapacidad del paciente o el representante familiar para pagar los servicios se mantendrá en el archivo de documentación de asistencia financiera.

F. Criterios para la Reasignación de Deuda Incobrable a Atención Caritativa

Todos los saldos pendientes se mantendrán en la empresa durante un total de 180 días. A partir de entonces, todos los saldos se considerarán morosos y tendrán un estado de deuda incobrable durante 181 días a partir de la fecha en que el saldo se convirtió en autopago. Estas cuentas se enviarán potencialmente a una agencia de cobro externa designada en un último intento por cobrar los saldos pendientes. Todas las agencias de cobro externas, contratadas por EMC para realizar el seguimiento de las cuentas o el cobro de deudas incobrables, utilizarán los siguientes criterios para identificar un cambio de estado de deuda incobrable a atención caritativa:

- A. La agencia de cobranza ha determinado que el paciente/representante familiar no puede pagar.
- B. El paciente cumple los criterios de la sección VI. Elegibilidad Presunta.
- C. El paciente o el representante familiar no tiene un Número de Seguro Social válido y/o una dirección de residencia indicada con precisión para determinar una puntuación crediticia.

Todas las cuentas devueltas por una agencia de cobranza para su reasignación de Deuda Incobrable a Atención de Caridad serán evaluadas por el personal del hospital antes de cualquier reclasificación dentro del sistema y registros contables del hospital.

El Hospital hará todos los esfuerzos razonables, como se describe en AB774, para determinar si una persona es elegible según la política de asistencia financiera del Hospital antes de emprender acciones de cobro extraordinarias, ya sea directa o indirectamente a través de cualquier comprador de deuda, agencia de cobros u otra parte a la que el centro hospitalario haya remitido la deuda individual.

Eisenhower Medical Center no realizará ninguna de las siguientes acciones para solicitar el pago de la atención cubierta por el hospital:

- Informar a las agencias de informes crediticios de consumidores sobre información adversa sobre la persona.
- Imponer un gravamen sobre la propiedad de una persona. Sin embargo, un gravamen que un hospital tiene derecho a hacer valer según las leyes estatales sobre el producto de una sentencia, acuerdo o compromiso adeudado a un individuo como resultado de lesiones personales para las cuales el hospital brindó atención no es una ECA (Acción de Cobro Extraordinaria).
- Ejecutar una hipoteca sobre bienes inmuebles
- Embargar o confiscar la cuenta bancaria u otra propiedad personal de una persona
- Iniciar una acción civil contra una persona
- Causar el arresto de una persona o una orden de arresto
- Embargar el salario de una persona
- Aplazar o denegar la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de una factura por atención brindada anteriormente cubierta por la política de asistencia financiera del hospital
- Exigir un pago antes de brindar atención médicamente necesaria debido a facturas pendientes por atención brindada anteriormente

VII. Notificación

A. Para que la información esté disponible sobre su política y Programa de Asistencia Financiera, EMC hará lo siguiente:

1. Publique esta política, un resumen y la solicitud de asistencia financiera de EMC en el sitio web de EMC.
2. Publique anuncios visibles sobre la disponibilidad de Asistencia Financiera en los departamentos de emergencias, en los centros de cuidados urgentes, en departamentos de admisión y registro, en Servicios Financieros al Paciente, y en otros lugares donde EMC considere adecuado.
3. Haga copias en papel del formulario de solicitud FAP, FAP y el resumen del lenguaje sencillo de la FAP disponible a pedido y sin cargo tanto por correo como en ubicaciones públicas.
4. Haga avisos a disposición y otra información sobre asistencia financiera a todos los pacientes.
5. Imprima la política en los idiomas principales del 5 por ciento o más de los pacientes del hospital.
6. Make available its Financial Assistance Policy or a program summary to appropriate community health and human services agencies and other organizations that assist people in financial need.
7. Haga a disposición información sobre Asistencia Financiera, incluido un número de contacto, sobre facturas de pacientes y mediante comunicación oral con pacientes no asegurados y potencialmente insuficientes.
8. Proporcione asesoramiento financiero a los pacientes sobre sus facturas de EMC y diga a conocer la disponibilidad de dicho asesoramiento. (Nota: es responsabilidad del paciente o del garante del paciente programar asistencia con un asesor financiero).
9. Proporcione información y educación sobre sus políticas y prácticas de asistencia financiera y recopilación disponibles para el personal administrativo y clínico apropiado.
10. Fomentar la derivación de pacientes por asistencia financiera por parte del personal o personal médico de EMC, incluidos médicos, enfermeras, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos.
11. Fomentar y apoyar las solicitudes de asistencia financiera por parte de un paciente, el garante de un paciente, un familiar, un amigo cercano o asociado del paciente, sujeto a las leyes de privacidad aplicables.

B. Una vez que se realiza una determinación de elegibilidad, se enviará una carta que indica el estado de determinación al paciente o al representante familiar. La carta de estado de determinación indicará uno de los siguientes:

1. **Aprobación:** La carta indicará que la cuenta ha sido aprobada, el nivel de

- aprobación y cualquier monto pendiente adeudado por el paciente.
2. **Denegación:** Las razones para la denegación de la solicitud de asistencia financiera se explicarán al paciente. Cualquier cantidad pendiente adeudada por el paciente también se identificará.
 3. **Pendiente:** Se informará al solicitante sobre por qué la solicitud de asistencia financiera está incompleta. Toda la información pendiente será identificada y solicitada que sea suministrada al hospital por el paciente o el representante familiar.

VIII. Resolución de Disputas

En el caso de que surja una disputa con respecto a la calificación, el paciente puede presentar una apelación por escrito de reconsideración con el hospital. La apelación por escrito debe contener una explicación exhaustiva de la disputa y la justificación del paciente para su reconsideración. Toda la documentación relevante adicional para respaldar el reclamo del paciente debe adjuntarse a la apelación por escrito.

Las apelaciones serán revisadas por el Director del Hospital de Servicios Financieros del Paciente. El Director considerará todas las declaraciones escritas de disputa y cualquier documentación adjunta. Después de completar una revisión de los reclamos del paciente, el director deberá proporcionar al paciente una explicación por escrito de los hallazgos y la determinación.

En el caso de que el paciente crea que una disputa permanece después de la consideración de la apelación del Director de Servicios Financieros del Paciente, el paciente puede solicitar por escrito, una revisión del Vicepresidente de Ciclo de Ingresos del Hospital o Director Financiero. El Director Financiero (CFO) revisará la apelación y la documentación por escrito del paciente, así como las conclusiones del Director de Servicios Financieros al Paciente. El CFO deberá determinar y proporcionará una explicación por escrito de los hallazgos al paciente. Todas las determinaciones del CFO serán finales. No hay más apelaciones.

IX. Aviso al Público

EMC proporcionará a la Oficina de Planificación y Desarrollo de la Salud en todo el estado (OSHPD) una copia de esta Política de Asistencia Financiera que incluye la atención de caridad completa y las políticas de atención de caridad parcial de descuento dentro de un solo documento. La Política de Asistencia Financiera también contiene:

1. Todos los procedimientos de elegibilidad y calificación del paciente.
2. La solicitud unificada para la atención de caridad completa y el descuento

- de cuidado de la caridad parcial.
3. El proceso de revisión para el cuidado de la caridad completa y el descuento de cuidado de la caridad parcial. Estos documentos se suministrarán a OSHPD cada dos años o cada vez que se realice un cambio significativo.

EMC publicará avisos informando al público sobre el Programa de Asistencia Financiera. Dichos avisos se publicarán en áreas de servicio hospitalario y pacientes ambulatorios del hospital, incluidas, entre otros, el Departamento de Emergencias, la Oficina de Facturación, la Admisión de Hospitalización y las áreas de Registro Ambulatorio u otras áreas comunes de espera para el paciente del hospital. Los avisos también se publicarán en cualquier lugar donde un paciente pueda pagar su factura. Los avisos incluirán información de contacto sobre cómo un paciente puede obtener más información sobre los programas de asistencia financiera, así como dónde solicitar dicha asistencia.

Estos avisos se publicarán en inglés y español y cualquier otro idioma que sea representativo del 5% o más de los pacientes en el área de servicio del hospital. Una copia de esta política de asistencia financiera estará disponible para el público de manera razonable.

X. Confidencialidad

Se reconoce que la necesidad de asistencia financiera es un problema sensible y profundamente personal para los destinatarios. La confidencialidad de las solicitudes, la información y la financiación se mantendrán para todos los que buscan o reciban asistencia financiera. La orientación del personal y la selección del personal que implementará esta política debe guiarse por estos valores.

XI. Requisitos de Buena Fe

EMC hace arreglos para asistencia financiera para pacientes calificados de buena fe y se basa en el hecho de que la información presentada por el paciente o representante familiar es completa y precisa.

La provisión de asistencia financiera no elimina el derecho a facturar, ya sea retrospectivamente o en el momento del servicio, para todos los servicios, cuando el paciente o el representante de la familia han proporcionado información fraudulenta o deliberadamente inexacta. Además, EMC se reserva el derecho de buscar todos los remedios, incluidos, entre otros, daños civiles y penales de aquellos pacientes o representantes familiares que han proporcionado información fraudulenta o deliberadamente inexacta.

Actualizado:

9/2/2016
21/4/2016
26/4/2016
6/5/2016
9/5/2016
16/5/2016
3/6/2016
10/11/2016
21/5/2018
14/12/2021
20/01/2022
10/01/2023
13/11/2024