



LOMA LINDA
UNIVERSITY
MEDICAL CENTER

LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICAL CENTER

POLÍTICA OPERACIONAL

CATEGORÍA: FINANZAS

ASUNTO: ASISTENCIA FINANCIERA

CÓDIGO: C-22

EFFECTIVA: 07/2024

REEMPLAZA: 08/2023

PÁGINA: 1 de 18

PROPÓSITO:

El propósito de esta política es definir el criterio que se usará en *Loma Linda University Medical Center, Loma Linda University East Campus Hospital, Loma Linda University Surgical Hospital, Loma Linda University Health Beaumont-Banning y Loma Linda Behavioral Medicine Center* (denominados de aquí en adelante como LLUMC) para cumplir con los requisitos estipulados en las leyes federales y estatales, incluida la sección 501(r) del Código de Impuestos Internos (*Internal Revenue Code*) de 1986, según sus enmiendas, y las regulaciones correspondientes y la Ley de Políticas de Precios Justos de los Hospitales en California (*California Hospital Fair Pricing Policies Act*) incluidas bajo las regulaciones del Título 22, sección 96051 y subsiguientes.

Los hospitales de cuidado agudo de California deben implementar políticas y prácticas que cumplan con la ley de dicho Estado y la sección 501(r), incluyendo los requisitos para las políticas escritas en las que se proporcionen descuentos y atención caritativa a los pacientes que califiquen financieramente. Esta política pretende cumplir con dichas obligaciones legales y estipular los servicios considerados como *atención caritativa y atención caritativa parcial con descuento* a los pacientes que sean elegibles financieramente y que califiquen de acuerdo con los términos y condiciones de la Política de Asistencia Financiera de LLUMC (FAP).

ALCANCE DE LA POLÍTICA:

Esta política se refiere a la asistencia financiera proporcionada a los pacientes por parte de LLUMC por servicios médicamente necesarios. Todas las solicitudes de asistencia financiera hechas por pacientes, familiares, médicos o personal del hospital deben considerarse según los términos de esta política. Esta política no aplica a los servicios prestados por los médicos en LLUMC. Los doctores de emergencias no son empleados de LLUMC y han adoptado una política por separado que brinda descuentos a los pacientes no-asegurados o a los pacientes con gastos médicos elevados. (Se puede obtener una lista de los doctores que NO están cubiertos bajo la Política de Asistencia Financiera de LLUMC en la página <https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc>).

FILOSOFÍA:

Como una organización con bases religiosas, LLUMC se esmera en satisfacer las necesidades médicas de los pacientes en su área geográfica de servicio. La misión de LLUMC es: “*Continuar con las enseñanzas y el ministerio de curación de Jesucristo y restaurar la plenitud del hombre*”. Dicha Misión

está claramente demostrada a través de esta política. La primera y más importante responsabilidad de LLUMC es velar por que sus pacientes reciban atención médica de manera compasiva, puntual y apropiada, en consideración a su privacidad, dignidad y consentimiento informado.

Por lo general, LLUMC brinda servicios médicos a los pacientes que viven en Loma Linda y sus alrededores. Como uno de los hospitales universitarios de nivel terciario más importantes, LLUMC también es considerado en la región como un pilar fundamental que atiende casos médicos complejos y normalmente acepta traslados de muchos otros hospitales. LLUMC también ofrece muchos programas de tratamiento altamente especializados, algunos de los cuales son únicos en su especie. Para ayudar a satisfacer las necesidades de sus pacientes, LLUMC tiene programas de asistencia financiera disponibles para los pacientes que no tienen seguro médico o tienen cobertura insuficiente y pudieran necesitar ayuda para pagar la factura del hospital. Estos programas incluyen: programas de cobertura patrocinados por el gobierno, atención caritativa y atención caritativa con descuento, conforme a lo aquí descrito.

De acuerdo con las regulaciones de la Ley Federal del Trabajo y Tratamiento Médico de Emergencia (*Federal Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA*), LLUMC tiene prohibido participar en cualquier acto que desmotive a las personas a buscar atención médica de emergencia, como exigir a un paciente en la sala de emergencias que pague antes de recibir tratamiento por afecciones médicas de emergencia, o permitir actividades de cobro que interfieran con la provisión, sin discriminación, de la atención médica de emergencia.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Monto generalmente facturado (AGB):

El Servicio de Impuestos Internos (IRS) requiere que LLUMC establezca una metodología mediante la cual a los pacientes elegibles para asistencia financiera no se les cobrará más que el monto normalmente facturado por servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios. Para los efectos de este requisito, LLUMC adopta el método prospectivo basado en las tarifas de Medicare.

Atención caritativa parcial con descuento:

El pago con descuento según esta Política se define como *atención caritativa parcial* que resulte de cualquier servicio hospitalario médicamente necesario brindado a pacientes internos o ambulatorios que no tienen seguro médico, o cuya cobertura de seguro no ofrezca un descuento sobre las tarifas normales y habituales de LLUMC; y 1) desean obtener asistencia para pagar la cuenta del hospital; 2) tienen un ingreso de, o por debajo del 400% de las pautas actuales del FPL; y 3) reúnen los requisitos de elegibilidad descritos en esta Política de Asistencia Financiera de LLUMC.

Elegibilidad:

LLUMC utiliza **únicamente** el tamaño de la familia y el ingreso familiar en relación con las pautas actuales del FPL para determinar la elegibilidad de cada paciente. El ingreso familiar se determina utilizando únicamente una copia de la declaración de impuestos del paciente o los comprobantes de sueldo más recientes. **No** se tomarán en cuenta otros “activos monetarios” al determinar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera, incluidos todos o algunos fondos de jubilación, todos o algunos planes de compensación diferida. No se consideran otros activos monetarios al determinar la elegibilidad, incluidos los primeros diez mil dólares (\$10,000), o no más del 50 por ciento de los activos

monetarios superiores a diez mil dólares (\$10,000). Cualquier paciente cuyos ingresos sean de, o estén por debajo del 200% de las pautas del FPL del año en curso, es elegible para recibir atención caritativa total. **Todos** los pacientes cuyos ingresos sean superiores al 201%, pero inferiores al 400% de las pautas actuales del FPL, incluidos aquellos pacientes que puedan tener “costos médicos elevados”, son elegibles para un descuento por asistencia financiera. Los pacientes que cumplan con otras situaciones especiales también pueden ser elegibles para recibir atención caritativa total o parcial con descuento en el pago. Los detalles para cada situación específica están descritos detalladamente más adelante en la sección F de esta Política.

Pautas del Nivel Federal de Pobreza (FPL):

Las pautas del nivel federal de pobreza establecen que el criterio de elegibilidad se basa en el ingreso bruto y el tamaño de la familia para calificar para atención caritativa total y parcial con descuento, como se describe en esta Política. Dichas pautas son actualizadas de forma periódica por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Atención caritativa total (Full Charity Care)

Los servicios ofrecidos como atención caritativa total se definen como cualquier servicio médicamente necesario para pacientes internos o ambulatorios que tengan ingresos por debajo del 200% de las pautas actuales del FPL y que haya demostrado su elegibilidad, según los requerimientos descritos en esta Política de Asistencia Financiera de LLUMC.

Estimado de buena fe:

Es un presupuesto proporcionado por el personal de Registración de LLUMC que representa un cálculo aproximado del precio real a pagar por los servicios proporcionados al paciente en LLUMC. Dicho personal hará todo lo posible para preparar y entregar un cálculo de buena fe. Sin embargo, es posible que el personal de Registración no pueda predecir todos los servicios médicos que posteriormente ordenen los médicos que atiendan, ofrezcan tratamiento o brinden consultas especializadas al paciente.

Cargos brutos:

Son los cargos totales de acuerdo con las tarifas completas establecidas por la organización para la prestación de servicios de atención al paciente antes de aplicar las deducciones de ingresos.

Programa de quejas sobre facturas hospitalarias:

El Programa de quejas sobre facturas del hospital es un programa estatal que revisa las decisiones del hospital para saber si usted califica para recibir ayuda para pagar su factura. Si usted cree que se le negó asistencia financiera de manera injustificada, puede presentar una queja ante dicho Programa. Para más información y para presentar una queja visite HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov.

Requisitos de elegibilidad de la Política de Asistencia Financiera de LLUMC:

Dependiendo de la elegibilidad individual del paciente, LLUMC puede otorgar asistencia financiera para atención caritativa total o atención caritativa parcial con descuento. Si una persona solicita dichos servicios de beneficencia completa o parcial y no proporciona información que sea razonable y necesaria para poder tomar una determinación, incluida la información sobre el tamaño de la familia y una copia de su declaración de impuestos o comprobantes de pago más recientes, LLUMC tomará en cuenta dicho incumplimiento al tomar la decisión. La asistencia financiera puede denegarse cuando el paciente o el encargado de la cuenta no reúna los requisitos de elegibilidad establecidos en esta Política.

Servicios médicamente necesarios:

La asistencia financiera según esta Política debe aplicar a los servicios médicamente necesarios como se define en la sección 14059.5 del Código de Bienestar e Instituciones de California (*California Welfare & Institutions Code*). Un servicio es médicamente necesario o una necesidad de salud cuando el servicio es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir una enfermedad o discapacidad grave, o para aliviar un dolor intenso. En el dado caso que el hospital determine que un servicio en particular no es médicamente necesario, el médico remitente y/o el proveedor de atención médica con cargo de supervisor deben firmar una declaración que indique la justificación para determinar que el servicio o los servicios hospitalarios no son médicamente necesarios. Dicha declaración debe estar lista antes de la denegación de asistencia financiera total o parcial por parte de LLUMC.

Familia del paciente:

Los siguientes términos deben aplicar para todos los casos bajo esta Política:

1. Para personas mayores de 18 años de edad, cónyuge, pareja de hecho (*domestic partner*), según se define en la sección 297 del Código de Familia de California, y los hijos dependientes menores de 21 años, sea que vivan o no bajo su techo.
 - 1.1 Una pareja de hecho está conformada por dos adultos que han elegido compartir su vida en una relación íntima y comprometida de cuidado mutuo.
 - 1.2 La unión de hecho (*domestic partnership*) se establece en California cuando ambas personas presentan una Declaración de Pareja de Hecho ante la Secretaría del Estado, en conformidad con esta división y, que en dicho momento, cumplan con todos los siguientes requisitos:
 - a. Ninguna de las personas está casada con alguien más, ni forma parte de otra unión de hecho sin antes haber terminado, disuelto, o anulado legalmente esa relación.
 - b. Ninguna de las dos personas tiene lazos consanguíneos entre sí que de alguna manera les impediría casarse en este Estado.
 - c. Ambas personas tienen al menos 18 años de edad, salvo lo dispuesto a continuación:
 - i. Una persona menor de 18 años que, junto con su pareja, cumpla con todos los requisitos para registrar una unión de hecho, excepto el requisito de tener al menos 18 años de edad, puede establecer una unión de hecho obteniendo una orden judicial que otorgue permiso a la persona o personas menores de edad para establecer una unión de hecho registrada.
 - ii. Ambas personas están en capacidad de consentir la unión de hecho.
2. Para personas menores de 18 años, padres, familiares cuidadores y otros hijos menores de 21 años del padre de familia o del familiar cuidador.

Plan de pago calificado:

Los planes de pago establecidos por los pacientes que calificaron para el *pago con descuento* por medio de esta Política están clasificados como “Plan de pago calificado”. A dichos planes de pago no se les aplicará ningún tipo de interés al monto adeudado por el paciente o garante (encargado de la cuenta). En caso de que LLUMC y el paciente/responsable del pago no puedan llegar a un acuerdo

sobre las condiciones para un plan de pago, el hospital usará la fórmula descrita en la sección 127400 (i) del Código de Salud y Seguridad (*Health and Safety Code*), a fin de establecer los términos para un “Plan de pago razonable”, según lo establece el estatuto.

A. RESPONSABILIDADES GENERALES DEL PACIENTE

1. Ser honesto: Los pacientes deben ser honestos y sinceros al proporcionar toda la información que LLUMC les solicite como parte del proceso de evaluación de asistencia financiera. Ellos deben presentar documentación de elegibilidad que sea real y verdadera, razonablemente necesaria para recibir asistencia financiera a través de cualquier programa gubernamental que ofrezca cobertura o por medio de esta Política. La honestidad implica y requiere la plena y completa revelación de información y/o documentación requerida.
2. Participar activamente y completar el proceso de evaluación financiera: Es necesario que todos los pacientes que no cuenten con un seguro y aquellos que soliciten asistencia financiera llenen una Solicitud de Asistencia Financiera (FAA). Antes de abandonar LLUMC, los pacientes deben verificar qué información o documentación adicional deberán entregar a LLUMC. El paciente comparte la responsabilidad de entender y cumplir con la fecha límite otorgada por LLUMC o por otros programas de asistencia financiera para presentar la documentación. Los asesores financieros del hospital están disponibles para proporcionar dicha ayuda.
3. Cancelación de la totalidad de los montos adeudados (*out-of-pocket*): Los pacientes deben saber que tienen que pagar cualquier monto adeudado en su cuenta al momento de recibir el servicio. Dichos montos adeudados pueden incluir, entre otros:
 - 3.1 Copagos
 - 3.2 Deducibles
 - 3.3 Depósitos
 - 3.4 Cantidades por costos compartidos de Medi-Cal/Medicaid
 - 3.5 Estimados de buena fe
4. Compartir la responsabilidad por la atención médica en el hospital: Cada paciente comparte la responsabilidad por la atención que recibe. Esto incluye hacer su parte para obtener las recetas o cualquier otro seguimiento médico después del alta. También tiene la responsabilidad de asegurarse que se hayan hecho todos los arreglos para saldar la cuenta del hospital. Es de suma importancia que cada paciente o su representante coopere y se comunique con el personal de LLUMC, durante y después de brindado el servicio.

B. PROCESO y RESPONSABILIDADES del HOSPITAL

1. La elegibilidad según esta Política de Asistencia Financiera es para cualquier y todo paciente cuyo ingreso familiar está por debajo del 400% de las pautas del nivel federal de pobreza, si no tiene cobertura de seguro médico, o si lo tiene, pero no le cubre el pago de la cuenta en su totalidad. La elegibilidad incluye a aquellos pacientes que pudieran tener costos médicos elevados.
2. La Política de Asistencia Financiera de LLUMC utiliza un único formulario de solicitud para los pacientes, tanto para la atención caritativa total como para la atención caritativa parcial con descuento. El proceso está diseñado para brindar a cada paciente la oportunidad de recibir el máximo beneficio de asistencia financiera para el cual reúna los requisitos. La Solicitud de asistencia financiera le brinda al hospital la información necesaria para poder determinar la elegibilidad del paciente, la cual se utilizará para autorizar al paciente o a su representante familiar para recibir la máxima cobertura disponible a través de programas gubernamentales y/o bajo la Política de Asistencia Financiera de LLUMC.
3. Los pacientes elegibles pueden calificar y aplicar para asistencia financiera siguiendo las instrucciones en la solicitud y haciendo todos los esfuerzos razonables para proporcionar a LLUMC la documentación e información necesaria, de manera que LLUMC pueda determinar su elegibilidad para recibir cobertura bajo el programa apropiado. La elegibilidad por sí sola no constituye un derecho a ser aprobado bajo esta Política. LLUMC debe completar un proceso de evaluación de la solicitud basado en la información provista por el aplicante del tamaño de la familia y la declaración de impuestos o de los comprobantes de salario más recientes para verificar el ingreso familiar, antes de que pueda otorgar atención caritativa total o atención caritativa parcial con descuento.
4. La Política de Asistencia Financiera de LLUMC debe contar con la cooperación individual de los pacientes que puedan ser elegibles para recibir asistencia total o asistencia parcial. Para facilitar la obtención de información financiera del paciente de manera correcta y puntual, LLUMC utilizará una Solicitud de asistencia financiera. A todos los pacientes que no puedan demostrar que tienen cobertura de seguro médico, se les ofrecerá múltiples oportunidades para llenar dicha solicitud.
5. A los pacientes que no cuenten con seguro también se les ofrecerá información, asistencia y referimiento a programas gubernamentales para los que pudieran ser elegibles; así como información referente a cobertura médica a través del programa *Covered California*, Cobertura Presuntiva de Medi-Cal u otros programas para los que el paciente pudiera ser elegible. Además, dichos pacientes recibirán información para contactar a los programas locales de asistencia legal al consumidor, los cuales podrían ayudar a los pacientes no-asegurados a obtener cobertura.

6. AYUDA PARA PAGAR LAS FACTURAS

6.1 **Existen organizaciones de defensa del consumidor gratuitas que le ayudarán a comprender el proceso de facturación y pago. Para más información, puede llamar a *Health Consumer Alliance* al 888-804-3536 o ir a healthconsumer.org.**

7. Los pacientes con cobertura insuficiente cuyos ingresos están por debajo del 400% de las pautas actuales del FPL y que quedan debiendo un saldo después de que su seguro ha pagado, también pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera. Cualquier paciente que solicite ayuda financiera deberá llenar una Solicitud de asistencia financiera.
8. Dicha Solicitud se debe llenar en cuanto haya alguna indicación de que el paciente pudiera tener la necesidad de recibir asistencia financiera. La solicitud se puede llenar antes de recibir los servicios, durante la hospitalización, o después de haberlos recibido y haya sido dado de alta. Las solicitudes de asistencia financiera se aceptan en cualquier momento en que el paciente realiza una solicitud o cuando el hospital o sus empleados identifiquen la necesidad potencial de un paciente en particular. Por lo tanto, la Solicitud se puede completar y enviar en cualquier momento.
9. Se puede determinar la atención caritativa total o parcial incluso después de que la cuenta de un paciente haya sido enviada a una agencia externa de cobranza (*collection agency*). Si esto ocurre, la cuenta será devuelta a LLUMC por la agencia de cobranza.
10. Llenar una Solicitud de Asistencia Financiera proporciona:
 - 10.1 La información necesaria (el tamaño de la familia y el ingreso familiar) para confirmar la asistencia financiera y la elegibilidad; y
 - 10.2 La documentación (declaración de impuestos o comprobantes de salario más recientes) que confirma si se reúnen los requisitos para la asistencia financiera; y
 - 10.3 Las pruebas de auditoría que documentan los esfuerzos que hace LLUMC para proporcionar asistencia financiera.
11. Sin embargo, no es necesario llenar una Solicitud de asistencia financiera si LLUMC, a su absoluta discreción, determina que tiene suficiente información financiera del paciente para fundamentar una decisión de elegibilidad para asistencia financiera. (Refiérase a la sección F, CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES DE ATENCIÓN CARITATIVA).

C. ELEGIBILIDAD: ATENCIÓN CARITATIVA TOTAL / PARCIAL CON DESCUENTO

1. La elegibilidad para asistencia financiera total o parcial con descuento se debe determinar únicamente por la incapacidad del paciente y/o su representante familiar para pagar, según los criterios de las pautas actuales del FPL. Dicha elegibilidad no deberá basarse bajo ningún modo en la edad, género, identidad de género, orientación sexual, origen étnico, nacionalidad, condición de veterano, discapacidad o religión del paciente. Si bien la asistencia financiera no se

brindará de manera discriminatoria o arbitraria, LLUMC mantiene su total discreción, de acuerdo con las leyes y regulaciones, para establecer criterios de elegibilidad y determinar cuándo un paciente ha proporcionado evidencia suficiente de su elegibilidad para recibir asistencia financiera.

2. La elegibilidad de los pacientes que reúnan los requisitos puede determinarse en cualquier momento en que LLUMC reciba una Solicitud de Asistencia Financiera completa, junto con la debida documentación que la respalde.
3. LLUMC proporcionará ayuda directa a los pacientes o a sus representantes familiares durante el proceso de registración para facilitar el proceso de llenar la solicitud de asistencia financiera. Llenar dicha solicitud y presentar toda la información suplementaria necesaria puede ser un requisito para establecer elegibilidad para obtener asistencia financiera.
4. Dado que LLUMC atiende una gran cantidad de emergencias de menor gravedad y servicio de urgencias médicas a miembros de la comunidad, hay casos en los que se trata de evitar la inconveniencia de tener que llenar la solicitud. Aunque los cargos por la atención médica de emergencia pueden ser bastante altos, tales casos son menos frecuentes que muchos otros casos de menor gravedad que se atienden. Cuando el cobro por visitas a la sala de emergencias o al servicio de urgencias es menor de \$5,000 es posible que el paciente o su representante familiar sólo tenga que llenar y firmar una Solicitud, en cuyo caso, puede que no tenga que presentar los comprobantes de salario ni la declaración de impuestos. Sin embargo, en caso de que el cobro supere los \$5,000 el paciente o su representante deberá presentar los debidos comprobantes de ingreso, ya sea la declaración de impuestos o copias de los comprobantes de salario más recientes.
5. Posteriormente, podría ser necesario que el paciente y/o su representante familiar tenga que enviar la debida documentación a LLUMC. Las instrucciones para presentar la documentación se le darán al paciente cuando llene la Solicitud. El paciente y/o el representante familiar que solicite asistencia a LLUMC para cumplir con su obligación financiera deberá hacer todos los esfuerzos para brindar la información que se le pida, esto es para que LLUMC pueda determinar su elegibilidad para recibir dicha asistencia. La Solicitud y la documentación adicional requerida se deben enviar a la oficina de cobro *Patient Business Office* (PTO). En las instrucciones para llenar la solicitud encontrará claramente la dirección postal de dicha oficina.
6. LLUMC tiene personal que ha sido capacitado para revisar que las solicitudes de asistencia financiera estén completas y correctas. La revisión de dichas solicitudes se hará a la brevedad posible tomando en cuenta las necesidades del paciente de recibir una pronta respuesta.
7. Los factores a considerar para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera conforme a esta política pueden incluir:
 - 7.1 El ingreso familiar, basado en la declaración federal de impuestos, comprobantes de salarios recientes u otra información relevante presentada por el paciente en ausencia de dichos documentos; y
 - 7.2 El tamaño de la familia.

-
- 7.3 Otros activos monetarios tales como fondos de jubilación, cualquier compensación diferida, los primeros diez mil dólares (\$10,000) de activos, y/o solo el cincuenta por ciento (50%) de los activos monetarios por encima de \$10,000 **no** serán considerados para determinar la elegibilidad del paciente. La elegibilidad de cualquiera o todos los pacientes, cuyos ingresos sean inferiores al cuatrocientos por ciento (400%) de las pautas actuales del FPL, está basada únicamente en el tamaño de la familia y la información contenida en la declaración de impuestos o los comprobantes de salario.
8. Dependiendo del nivel de elegibilidad del paciente o su representante, el paciente podría reunir los requisitos para recibir asistencia financiera como atención caritativa total y atención caritativa parcial con descuento, según lo define esta Política de Asistencia Financiera. Solamente el personal aprobado de LLUMC podrá tomar una determinación de otorgar asistencia financiera conforme a los siguientes niveles de autoridad:
- | | |
|---|--------------------------------|
| 8.1 Gerente de la Oficina de Cobro PTO: | Cuentas inferiores a \$ 50,000 |
| 8.2 Director de la Oficina de Cobro PTO: | Cuentas inferiores a \$100,000 |
| 8.3 Vicepresidente Asistente de Finanzas: | Cuentas inferiores a \$250,000 |
| 8.4 Vicepresidente de Ingresos Presupuestarios: | Cuentas superiores a \$250,000 |
9. Una vez tomada la determinación, la elegibilidad para Asistencia Financiera corresponderá a las fechas y los servicios específicos que el paciente y/o su representante hayan solicitado. En casos en los que el paciente requiera atención continua y servicios relacionados a la misma debido a su diagnóstico, LLUMC, a su absoluta discreción, podría tratar la atención continua como un sólo caso y aprobar la elegibilidad para todos los servicios relacionados proporcionados por LLUMC. Cualquier monto pendiente de otras cuentas preexistentes al momento de determinar si califica o no para la asistencia financiera, será incluido para ser cancelado, a la absoluta discreción de la gerencia de LLUMC.
10. Bajo ninguna circunstancia se exonerará al paciente de su responsabilidad de pagar el costo compartido de Medi-Cal/Medicaid que le corresponde. Sin embargo, una vez que el paciente haya pagado su parte, cualquier balance no cubierto o adeudado relacionado con dicho costo compartido podría ser considerado como atención caritativa.
11. Los pacientes cuyos ingresos son inferiores al 200% de las pautas actuales del FPL reciben atención caritativa total y aquellos pacientes que tengan sus ingresos entre el 201% y el 400% de las pautas actuales del FPL no pagarán más de lo que Medicare o Medi-Cal normalmente pagaría, lo que sea mayor, por un servicio similar. Esto deberá aplicarse a todos los servicios médicamente necesarios, ya sean servicios internos, ambulatorios, recurrentes y de emergencia proporcionados por LLUMC.
12. A los pacientes elegibles bajo esta Política siempre se les cobrará menos que los cargos brutos.

D. ATENCIÓN CARITATIVA TOTAL / ATENCIÓN PARCIAL CON DESCUENTO – NIVELES DE INGRESOS ELEGIBLES**PACIENTE SIN SEGURO**

1. Si el ingreso familiar de un paciente no-asegurado es de 200% o menor del nivel federal de pobreza establecido en las pautas actuales del FPL, y el paciente llena todos los demás requisitos para recibir asistencia financiera, su caso califica para atención caritativa total.
2. Si el ingreso familiar está entre 201% y el 400% del nivel federal de pobreza establecido en las pautas actuales del FPL, y el paciente llena todos los demás requisitos para recibir asistencia financiera, la siguiente regla aplicará:
 - 2.1 Si los servicios no están cubiertos por ningún seguro médico, de modo que el paciente normalmente sería responsable de los cargos facturados en su totalidad, entonces el paciente deberá pagar un porcentaje del monto de Medicare (tarifa completa de Medicare, es decir, nivel salarial, IME, DME, etc., y monto a pagar por el paciente) que Medicare hubiera pagado por esos servicios si el paciente fuese beneficiario de Medicare. El porcentaje real pagado por cualquier paciente se basará en la escala proporcional que se muestra en la Tabla 1 a continuación:

TABLA 1
Escala proporcional de descuento

Porcentaje familiar del nivel federal de pobreza	Descuento permitido del deducible de Medicare	Porcentaje a pagar de su bolsillo (de Medicare)
201 – 250%	75%	25%
251 – 300%	50%	50%
301 – 350%	25%	75%
351 – 400%	15%	85%

3. Si el ingreso familiar es mayor del 400% del nivel de pobreza establecido en las pautas actuales del FPL, y el paciente llena todos los demás requisitos para recibir asistencia financiera, la siguiente regla aplicará:
 - 3.1 Si los servicios no están cubiertos por ningún seguro médico de modo que el paciente normalmente sería responsable del pago total de la cuenta, el paciente deberá pagar la cantidad equivalente al 100% del monto bruto (tarifa completa de Medicare, es decir, nivel salarial, IME, DME etc., y monto a pagar por el paciente) que Medicare hubiera pagado por esos servicios si el paciente fuese beneficiario de Medicare.

E. PACIENTE ASEGURADO

1. Si el ingreso familiar del paciente es 200% o menor del nivel de pobreza establecido en las pautas actuales del FPL, y el paciente llena todos los demás requisitos para recibir asistencia financiera, LLUMC aceptará el monto pagado por el seguro médico, y el paciente no tendrá que pagar nada adicional.

-
2. Si el ingreso familiar del paciente está entre el 201% y el 400% del nivel de pobreza establecido en las pautas actuales del FPL, y el paciente llena todos los demás requisitos para recibir asistencia financiera, la siguiente regla aplicará:
 - 2.1 Para los servicios brindados al paciente que tiene cobertura médica de modo que el paciente es responsable solamente de una porción del monto cobrado (por ej., del deducible o copago), entonces la obligación del paciente es pagar la cantidad equivalente a la diferencia entre lo que el seguro haya pagado y el monto bruto (tarifa completa de Medicare, es decir, nivel salarial, IME, DME etc., y monto a pagar por el paciente) que Medicare hubiese pagado por los servicios si el paciente fuese beneficiario de Medicare (Por ej., si el seguro pagó más del monto permitido por Medicare, el paciente no adeuda nada más, pero si el seguro pagó menos de esa cantidad, el paciente tendrá que pagar la diferencia entre la cantidad pagada por el seguro y el monto permitido por Medicare).
 3. Si el ingreso familiar del paciente es mayor del 400% del nivel de pobreza establecido en las pautas actuales del FPL, la siguiente regla aplicará:
 - 3.1 Para los servicios brindados al paciente con cobertura de seguro médico, de modo que el paciente es responsable solamente de una porción del monto cobrado (por ej., un deducible o copago), entonces la obligación del paciente es pagar la cantidad equivalente a la diferencia entre lo que el seguro haya pagado y el monto bruto que hubiese pagado por los servicios, más un veinte por ciento (20%). Por ejemplo, si el seguro pagó más del monto permitido por Medicare más un 20%, el paciente no adeudará nada más, pero si el seguro pagó menos del monto permitido por Medicare más un 20%, el paciente tendrá que pagar la diferencia entre la cantidad pagada por el seguro y un monto equivalente al monto permitido por Medicare más un 20%.

F. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES DE ATENCIÓN CARITATIVA

1. Si el personal de Registración de LLUMC determina que un paciente vive como una persona indigente (*homeless*) y que no tiene cobertura médica, automáticamente será considerado elegible para recibir atención caritativa total.
2. Los pacientes fallecidos sin ninguna cobertura de seguro médico, ni herencia documentada, ni una audiencia testamentaria programada, serán considerados automáticamente elegibles para recibir atención caritativa total.
3. Los pacientes que en los últimos doce (12) meses fueron declarados en quiebra por orden de una corte federal de bancarrotas serán considerados como elegibles para atención caritativa total. El paciente o su representante familiar deberá proporcionar una copia del documento expedido por la corte como parte de los comprobantes de su solicitud.

-
4. A los pacientes atendidos en la sala de emergencias, a quienes LLUMC no pueda enviarles un estado de cuenta, podría cancelárseles la deuda como atención caritativa (por ejemplo, si el paciente se va antes de obtener la información financiera). Todas estas circunstancias se deben anotar en la cuenta del paciente como parte esencial del proceso de documentación.
 5. Cualquier paciente que haya recibido servicios hospitalarios, proporcionados de buena fe por LLUMC, puede ser considerado elegible para atención caritativa cuando se determine que no es posible facturar a ninguna de las partes debido a las siguientes circunstancias:
 - A. No se puede identificar ninguna cobertura de seguro médico.
 - B. No se puede confirmar la información de contacto del paciente o garante (por ej., no se conoce una dirección, teléfono u otros datos de contacto válidos).
 - C. El correo postal ha sido devuelto.
 - D. Se ha llevado a cabo un seguimiento de rastreo y no se ha descubierto información adicional que permita el contacto con el paciente o garante.
 6. LLUMC considera que los pacientes elegibles para programas de asistencia gubernamental para personas de bajos recursos (por ej., *Medi-Cal/Medicaid*, *California Children's Services* y cualquier otro programa local o estatal parecido) son automáticamente elegibles para atención caritativa total cuando el programa gubernamental no cubra los gastos. Por ejemplo, los pacientes que califican para recibir *Medi-Cal/Medicaid*, así como otros programas para personas de bajos recursos (por ej., CHDP y algunos CCS); son elegibles para Asistencia Financiera, en dado caso que estos programas no paguen por todos los servicios o días de internamiento. Conforme a esta Política de Asistencia Financiera, estos tipos de balances no-reembolsados de la cuenta del paciente se consideran elegibles cancelarse en su totalidad como atención caritativa; incluyendo específicamente aquellos cobros denegados de internamientos o días extras en el hospital. También se consideran como atención caritativa todas las solicitudes denegadas para autorización de tratamiento (TAR) hechas a los pacientes de *Medi-Cal/Medicaid* y a otros pacientes con programas gubernamentales para personas de bajos recursos, y otros casos denegados (por ej., cobertura limitada).
 7. Cualquier evaluación para asistencia financiera relacionada a pacientes que tienen Medicare debe incluir un análisis razonable de los activos y pasivos, ingresos y gastos de los pacientes antes de ser elegibles para el programa de asistencia financiera.
 - 7.1 Pese a lo antes mencionado, la porción de la cuenta que corresponde al paciente de Medicare – (a) la cual le toca pagar al paciente (el deducible y coseguro), (b) la cual no cubre el seguro ni ninguna otra persona incluyendo *Medi-Cal/Medicaid*, y (c) la cual no es reembolsable por Medicare como deudas incobrables, podría clasificarse como atención caritativa si:
 - a. El paciente es beneficiario de *Medi-Cal/Medicaid* u de otro programa que atiende las necesidades de salud a pacientes de bajos recursos; o

-
- b. El paciente, califica de algún otro modo para recibir asistencia bajo esta Política, pero solo en la medida que esta Política permita la cancelación de la deuda.
8. Cualquier paciente que no cuente con un seguro, cuyo ingreso es mayor al 400% del nivel federal de pobreza actual y que sufre una situación médica catastrófica, podría ser considerado elegible para recibir asistencia financiera. Dichos pacientes que gozan de mayores ingresos, no son candidatos para recibir la atención caritativa total de rutina ni atención parcial con descuento. Sin embargo, para determinar si una situación es catastrófica, cada caso se debe considerar en forma individual. Esta determinación se debe tomar en base al monto facturado del cual el paciente es responsable, y considerando los ingresos y bienes que reporte en ese momento. La gerencia deberá usar la debida discreción al tomar una determinación basada en una situación médica catastrófica. Como referencia general, todas las cuentas que son responsabilidad del paciente por servicios brindados que excedan los \$200,000 puede que se consideren elegibles como costos médicos catastróficos.
9. Todas las cuentas devueltas a LLUMC por una agencia de cobranza que haya determinado que el paciente o su representante familiar no cuentan con los recursos necesarios para pagar, pueden considerarse elegibles como atención caritativa. La documentación que hace constar que el paciente o su representante no pueden pagar por los servicios, se guardará en el archivo de datos de servicios otorgados por concepto de atención caritativa.

G. CRITERIO PARA REASIGNAR UNA DEUDA INCOBRABLE A ATENCIÓN CARITATIVA

1. Todas las agencias de cobranza externas contratadas por LLUMC para realizar el seguimiento de cuentas y/o el cobro de deudas incobrables deberán cumplir con la Política de Asistencia Financiera de LLUMC. Dichas esas agencias de cobro de LLUMC deberán tener la Política de Asistencia Financiera de LLUMC y ponerla a disposición de los pacientes cuando se realicen esfuerzos de seguimiento de cuentas y/o cobro de deudas incobrables.
2. Todas las agencias de cobranza contratadas por LLUMC para dar seguimiento y/o cobrar deudas irrecuperables o incobrables utilizarán el siguiente criterio para identificar cualquier cambio de estatus para reclasificar una cuenta de incobrable a atención caritativa:
- 2.1 Todas las cuentas de los pacientes deben carecer de un seguro (incluyendo cobertura de programas gubernamentales o de otro seguro responsable del pago) o el paciente tiene un seguro substancialmente insuficiente; y
 - 2.2 El paciente o su representante familiar debe tener una puntuación de crédito y/o comportamiento dentro del percentil 25 más bajo del puntaje crediticio cuando se use cualquier método de evaluación de crédito; y
 - 2.3 El paciente o representante familiar no ha realizado ningún pago en los 180 días después de que se envió su cuenta a una agencia de cobranza; y

-
- 2.4 Los intentos para comunicarse con el paciente o el fiador por vía telefónica y/o correo postal no han sido exitosos; y
 - 2.5 La agencia de cobranza ha determinado que el paciente o su representante no tiene los medios visibles para realizar el pago y, por lo tanto, no puede pagar; y
 - 2.6 El paciente o su representante no tiene un número válido de seguro social, o un domicilio concretamente definido para poder determinar un puntaje crediticio; y
 - 2.7 El paciente o fiador no posee bienes inmuebles; y
 - 2.8 La dirección proporcionada al hospital por el paciente o fiador es incorrecta o no fue proporcionada del todo; y
 - 2.9 No se puede obtener información sobre el empleo y/o el empleador.
3. Todos los agentes de cobro de cuentas contratados por LLUMC deberán devolver las cuentas de deudas incobrables a LLUMC para su reclasificación como atención caritativa cuando se haya determinado que el paciente puede ser elegible para recibir atención caritativa u otra asistencia financiera.
 4. Todas las cuentas que la agencia externa de cobranza devuelva para la reasignación de cuenta incobrable a atención caritativa serán evaluadas por el personal de la oficina de Facturación de LLUMC antes de reclasificarlas en el sistema de contabilidad y registros del hospital.

H. NOTIFICACIÓN PARA LOS PACIENTES

1. Una vez que se tome la determinación de elegibilidad, se le enviará una carta al paciente o a su representante familiar, en la cual se le indica una de las siguientes decisiones:
 - 1.1 Aprobación: La carta indicará que la cuenta ha sido aprobada, el grado de aprobación y cualquier saldo pendiente que tenga que pagar. También se le dará información e instrucciones sobre cualquier otra acción que deba tomar.
 - 1.2 Negativa: Se le explicarán al paciente las razones por las cuales se le negó la elegibilidad a la Solicitud de Asistencia Financiera, y se identificará cualquier saldo pendiente de pago. También se le dará la información de contacto e instrucciones referentes al pago.
 - 1.3 Pendiente: Se informará al solicitante la razón por la cual la Solicitud de Asistencia Financiera está incompleta. Se le indicará toda la información que esté pendiente, y en la notificación se le pedirá al paciente o a su representante proporcionar dicha información a LLUMC.

I. PLAN DE PAGO CALIFICADO

1. Cuando LLUMC haya tomado una determinación con respecto al descuento, el paciente tendrá la opción de saldar cualquier monto adeudado en un solo pago, o programar un plan de pagos a plazo con un "Plan de Pago Calificado".
2. LLUMC conversará las opciones del plan de pagos con cada paciente que solicite un plan para pagar a plazos. El plan individual de pagos se dispondrá en base a la capacidad del paciente de poder cumplir eficazmente con dicho plan de pagos. Como regla general, el plan de pagos se programará de manera que la cuenta se salde en menos de 12 meses.
3. LLUMC negociará con el paciente en buena fe; sin embargo, no está en obligación alguna de aceptar los términos del plan de pagos ofrecido por el paciente. En el dado caso que LLUMC y un paciente o el responsable del pago no puedan llegar a un acuerdo para establecer un Plan de Pago Calificado, el hospital usará la fórmula del "Plan de Pago Razonable" como lo define la sección 127400 (i) del Código de Salud y Seguridad como la base para el plan de pagos. Un "Plan de Pago Razonable" significa pagos mensuales que no sean más del 10 por ciento del ingreso familiar del paciente por mes, excluyendo las deducciones de gastos básicos del diario vivir. Para aplicar la fórmula del "Plan de Pago Razonable", LLUMC recopilará información de los ingresos y "gastos básicos del diario vivir" de la familia del paciente de acuerdo con dicho estatuto. LLUMC utilizará un formulario estandarizado para recopilar dicha información. Cada paciente o responsable del pago que desee establecer un plan de pagos aplicando el "Plan de Pago Razonable" deberá presentar la información solicitada de ingresos y gastos familiares, a menos que los representantes de LLUMC decidan no solicitarla.
4. No se cobrarán intereses a las cuentas de los pacientes elegibles durante el tiempo que dure el plan de pagos negociado, según lo establecido en la Política de Asistencia Financiera.
5. Una vez que el plan de pagos ha sido aprobado por LLUMC, cualquier incumplimiento de pago de manera consecutiva por un período de 90 días, se convertirá en un plan de pago moroso. Si las circunstancias del paciente llegasen a cambiar y no pudiera efectuar los pagos, es responsabilidad del paciente o del responsable del pago ponerse en contacto con la Oficina de Cobro de LLUMC (*Patient Business Office*). Sin embargo, en caso de que la cuenta esté morosa, LLUMC tratará dentro de lo posible, comunicarse por teléfono con el paciente o su representante, y también le notificará por escrito sobre la tardanza en los pagos. El paciente tendrá una oportunidad de volver a negociar la extensión del plan de pagos poniéndose en contacto con el representante de dicha oficina de cobro dentro de los catorce (14) días posteriores a la fecha de la notificación escrita de su retraso. Si el paciente no pide volver a negociar una extensión del plan de pagos dentro de esos catorce (14) días, el plan de pagos quedará anulado y la cuenta se enviará a una agencia de cobranza.
6. Preferiblemente, todos los pagos se deben procesar por medio de un proveedor independiente de transferencia electrónica de fondos. Sin embargo, en el caso de que el paciente o su representante indique que quiere pagar bajo un plan de pagos sin utilizar dichos servicios electrónicos, LLUMC hará todo lo posible por satisfacer dicha petición, siempre y cuando el

paciente pague la extensión del plan de pagos con dinero en efectivo, cheque, giro postal o tarjeta de crédito.

J. RESOLUCIÓN DE DISPUTAS

1. En caso de que surgiera una controversia con respecto a elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera, el paciente puede presentar una apelación por escrito ante LLUMC para reconsiderar la decisión. Dicha apelación debe contener una explicación completa de las quejas del paciente y su justificación para reconsiderarla. Cualquier otra documentación relevante que apoye el reclamo del paciente debe adjuntarse a la apelación escrita.
2. Todas y cada una de las apelaciones serán revisadas por el Vicepresidente Asistente de la Oficina de Cobro, quien tomará en cuenta todas las declaraciones escritas y cualquier documentación adjunta. Luego, después de haberse hecho una revisión completa de los reclamos presentados, el Vicepresidente Asistente le dará al paciente una explicación por escrito de la investigación y la decisión tomada. Toda decisión hecha por el Vicepresidente Asistente será definitiva, y no se podrán hacer apelaciones adicionales.

K. AVISO AL PÚBLICO

1. LLUMC colocará avisos para informar al público sobre la Política de Asistencia Financiera, la Solicitud de Asistencia Financiera, el Aviso Público y la Política de Facturación y Cobro de Deudas. Dichos avisos se deben colocar en áreas de servicio donde haya gran cantidad de pacientes internos y externos, incluyendo entre otras: la sala de emergencias, la oficina de facturación, áreas de registración de pacientes internos y de consulta externa, unidades de observación de pacientes ambulatorios, y demás áreas de LLUMC donde comúnmente esperan los pacientes. Los avisos también se deberán colocar en cualquier lugar donde los pacientes paguen sus facturas, e incluirán información de contacto de cómo un paciente puede obtener más información sobre asistencia financiera, así como también dónde solicitarla.
 - 1.1 Estos avisos se deben colocar en inglés y en español, y estar disponibles en otros idiomas conforme a la sección 501(r) del Código de Impuestos Internos (IRC).
 - 1.2 Se incluirá una hoja con un mensaje en todos los idiomas requeridos junto con los avisos públicos para garantizar el acceso a los servicios de los pacientes.
2. Además, la Política de Asistencia Financiera, la Solicitud de Asistencia Financiera, el Aviso Público y la Política de Facturación y Cobro de Deudas deberán estar disponibles en línea en <https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc>.
3. Las copias impresas de los documentos antes mencionados se pondrán a disposición del público sin costo adicional, cuando se soliciten de manera razonable. LLUMC responderá a dicha solicitud de manera oportuna.

L. REPORTE DE ATENCIÓN CARITATIVA TOTAL Y PAGO CON DESCUENTO

1. LLUMC reportará los servicios de atención caritativa que realmente haya proporcionado según los requisitos regulatorios del Departamento de Información y Acceso a la Salud (*Department of Health Care Access and Information - HCAI*), como lo describe la segunda edición del Manual de Contabilidad e Informes Hospitalarios. Para cumplir con este reglamento, LLUMC mantendrá documentación escrita de sus criterios para otorgar atención caritativa, y para los pacientes individuales, mantendrá documentación escrita de todas las decisiones tomadas en los casos de atención caritativa. Como lo requiere el HCAI, los casos atendidos como atención caritativa se registrarán conforme a los cobros reales por los servicios proporcionados.
2. LLUMC proporcionará una copia de la Política de Asistencia Financiera al HCAI, que incluye la política a seguir para atención caritativa total y atención parcial con descuento en un solo documento. Esta Política también contiene: 1) todos los procedimientos de calificación y elegibilidad de los pacientes; 2) una sola solicitud en la que puede pedir atención caritativa total y parcial con descuento; y 3) el proceso de revisión, tanto para la atención caritativa total como para el pago con descuento. Estos documentos se deben entregar al HCAI cada dos años o cada vez que se le haga un cambio significativo.
3. LLUMC designará un contacto primario y secundario autorizado para recibir comunicaciones informativas y de cumplimiento de HCAI. Cada uno de estos dos miembros del personal designado de LLUMC se registrará en HCAI y cualquier cambio en los contactos primarios o secundarios se comunicará a HCAI dentro de los diez (10) días hábiles.
4. LLUMC designará un contacto primario y secundario autorizado para revisar y responder las quejas de los pacientes. Cada uno de estos dos miembros del personal designado de LLUMC se registrará en HCAI y cualquier cambio en los contactos primarios o secundarios se comunicará a HCAI dentro de los diez (10) días hábiles.

M. OTROS

1. Confidencialidad – Se reconoce que la necesidad de recibir asistencia financiera es un tema sensible y sumamente personal para quienes la reciben. Toda persona que busca o recibe asistencia financiera puede contar con que se mantendrá la confidencialidad de su solicitud, información, y financiación. La capacitación y selección del personal que implementará esta política deberá apegarse a estos valores.
2. Requisitos de buena fe – LLUMC hace arreglos de asistencia financiera con los pacientes elegibles en buena fe y confía en que la información que presenta el paciente o su representante familiar es veraz y precisa. El hecho de proporcionar asistencia financiera no elimina el derecho de facturar por todos los servicios brindados, ya sea retroactivamente o al momento de brindarlos, si el paciente o su representante familiar deliberadamente han presentado alguna información fraudulenta o errónea. Además, LLUMC se reserva el derecho de emplear todos los recursos, civiles y penales, de aquellos pacientes o representantes familiares que

deliberadamente proporcionaron información fraudulenta y errónea para poder ser elegibles para la Política de Asistencia Financiera de LLUMC.

3. LLUMC ha establecido una Política de Facturación y Cobro de Deudas que está disponible en línea en <https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc>. Todas las acciones que LLUMC lleve a cabo para obtener información crediticia de un paciente o encargado de la cuenta, o en conexión con el envío de sus cuentas morosas a una agencia de cobranza externa, se hará de conformidad con la Política de Facturación y Cobro de Deudas.

APROBADO POR: LLUMC Board, LLUMC Chief Executive Officer, LLUMC Chief Financial Officer; LLUMC Hospital Cabinet