



LOMA LINDA  
UNIVERSITY  
MEDICAL CENTER

# LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICAL CENTER

## PÓLIZA DE OPERACIÓN

**CATEGORÍA:** FINANZAS

**CÓDIGO:** C-22

**TEMA:** ASISTENCIA FINANCIERA

**VIGENCIA:** 12/ 2017

**REEMPLAZA:** 12/2016

**PÁGINA:** 1 de 15

---

### PROPÓSITO:

El propósito de esta póliza es definir los criterios que Loma Linda University Medical Center, Loma Linda University East Campus Hospital, Loma Linda University Surgical Hospital and Loma Linda University Health Beaumont-Banning (en lo sucesivo denominado de manera colectiva como LLUMC) usarán 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, IRC) de 1986, sus modificaciones, los reglamentos correspondientes y la Ley de Políticas de Precios Justos de los Hospitales de California (California Hospital Fair Pricing Policies Act).

Los hospitales de cuidados agudos de California deben implementar políticas y prácticas de conformidad con la ley de California y la Sección 501(r) del IRC, al incluir requisitos para las políticas por escrito en las que se proporcionen descuentos y atención de caridad a los pacientes que califiquen financieramente. Esta póliza pretende cumplir con dichas obligaciones legales y con disposiciones tanto para la atención de caridad como para los descuentos a los pacientes que califiquen financieramente, de acuerdo con los términos y las condiciones de la Póliza de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, FAP) de LLUMC.

### ALCANCE DE LA PÓLIZA:

Esta póliza se refiere a la asistencia financiera que LLUMC proporciona a los pacientes por servicios médicamente necesarios. Todas las solicitudes de asistencia financiera provenientes de los pacientes, sus familias, médicos o personal del hospital se abordarán conforme a esta póliza. Esta póliza no aplica a los servicios de los médicos proporcionados en LLUMC. Los médicos de emergencias no son empleados de LLUMC y adoptaron una póliza por separado que ofrece descuentos a los pacientes sin seguro o a los pacientes cuyos costos médicos sean elevados. (Se puede obtener una lista de proveedores que NO están cubiertos por la FAP de LLUMC en <https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc>.)

### FILOSOFÍA:

Como organización basada en la fe, LLUMC se esfuerza por satisfacer las necesidades médicas de los pacientes que se encuentran en su área de servicio geográfica. La misión de LLUMC es “Continuar el Trabajo Sanador de Jesucristo y Satisfacer Todas las Necesidades del Hombre”. La Misión de LLUMC se demuestra de manera expresa mediante esta FAP. La primera y más importante responsabilidad de LLUMC es asegurarse de que sus pacientes reciban una atención médica compasiva, oportuna y apropiada que tome en cuenta la privacidad, la dignidad y el consentimiento informado del paciente.

LLUMC ofrece servicios hospitalarios de manera regular a los pacientes que viven en la localidad y en los alrededores de Loma Linda. Como uno de los hospitales universitarios y terciarios más importantes, LLUMC, también es un recurso regional al atender las necesidades complejas de los pacientes y aceptar con regularidad las transferencias de muchos otros hospitales. LLUMC también ofrece varios programas de tratamiento altamente especializado, algunos de los cuales son únicos. Para ayudar a satisfacer las necesidades de sus pacientes, LLUMC está comprometido a brindar el acceso a programas de asistencia financiera cuando los pacientes no tienen seguro o el seguro no cubre la atención que necesitan y es posible que necesiten ayuda para pagar la factura hospitalaria. Estos programas incluyen programas de cobertura patrocinados por el gobierno, atención de caridad y atención de caridad con descuento según se definen en el presente.

De acuerdo con las disposiciones 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 acción que desaliente a un individuo a buscar atención médica de emergencia, como exigir que el paciente pague antes de recibir el tratamiento por las afecciones médicas de emergencia o al permitir las actividades de cobro de deudas que interfieren con el suministro, sin discriminación, de la atención médica de emergencia.

#### DEFINICIÓN DE LOS TÉRMINOS:

##### Cantidad Generalmente Facturada (Amount Generally Billed, AGB):

El Servicio de Impuestos Internos obliga a LLUMC a establecer una metodología por la que a los pacientes que sean elegibles para recibir la asistencia financiera no se les cobre más de la AGB por los servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios. Para cumplir con este requisito, LLUMC adopta el método prospectivo que se basa en las tarifas de Medicare.

##### Atención de Caridad:

La Atención de Caridad se define como cualquier servicio hospitalario para pacientes internos o ambulatorios médicamente necesario que se brinde a un paciente cuyos ingresos estén un 200 % por debajo del nivel de pobreza federal vigente y que haya demostrado que califica, de acuerdo con los requisitos que contiene la FAP de LLUMC.

##### Pago con Descuento de la Atención de Caridad Parcial:

Un pago con descuento por medio de la FAP se define como atención parcial de caridad que resulta de cualquier servicio hospitalario para pacientes internos o ambulatorios que sea médicamente necesario y que se le proporcione a un paciente sin seguro médico o cuya cobertura de seguro no ofrezca algún descuento sobre las tarifas normales y acostumbradas de LLUMC; y que 1) desee recibir asistencia para pagar la factura del hospital; 2) tenga un ingreso menor que el 350 % por debajo del nivel federal de pobreza; y 3) haya demostrado calificar de acuerdo con los requisitos de la FAP de LLUMC.

**Cargos Brutos:**

Los cobros totales de acuerdo con las tarifas completas establecidas por la organización para el suministro de los servicios de atención a los pacientes antes de que se apliquen las deducciones de ingreso.

**Plan de Pago Calificado:**

Los planes de pago establecidos por los pacientes que califican para el Pago con Descuento por medio de la FAP están clasificados como un Plan de Pago Calificado. No se hará un cargo por intereses al Plan de Pago Calificado ni por ningún otro saldo adeudado del paciente/fiador. En caso de que LLUMC y el paciente/fiador no puedan llegar a un acuerdo sobre los términos de un plan de pago calificado, el hospital usará la fórmula que se describe en la Sección 127400 (i) del Código de Salud y Seguridad (Health & Safety Code), para establecer los términos de un “Plan de pago razonable” según se define en el estatuto.

**Pauta del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL):**

Las pautas del FPL establecen los criterios de elegibilidad por ingreso bruto y tamaño de la familia para el estado del Pago con Descuento y Atención de Caridad como se describe en esta póliza. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos actualiza las pautas del FPL de manera periódica.

**Cálculo de Buena Fe:**

Una cantidad cotizada por el personal de Registro de LLUMC que representa una aproximación razonable al precio real que el paciente deberá pagar por los servicios que reciba en LLUMC. El personal de Registro hará su mejor esfuerzo para desarrollar y cotizar un Cálculo de Buena Fe; sin embargo, es posible que el personal de registro no pueda predecir por completo los servicios médicos reales que ordenará de manera subsecuente el médico que atienda, trate o que brinde consulta al paciente.

**Departamento de Servicios Internacionales:**

El Comité de Caridad Internacional deberá revisar y aprobar todos los casos de caridad internacional conforme al criterio de su presupuesto anual (Póliza de referencia C-51, Beneficio Internacional [International Benefit, C-51]). Los casos revisados y aprobados por el Comité no son elegibles para la asistencia financiera mediante la FAP.

**Requisitos de Calificación de la Póliza de Asistencia Financiera de LLUMC:**

Dependiendo de la calificación individual del paciente, es posible que la asistencia financiera de LLUMC se otorgue para la atención de caridad o el pago con descuento de la atención de caridad parcial. Si una persona solicita la atención de caridad o un pago con descuento y no proporciona la información razonable y necesaria para que LLUMC tome una determinación, es posible que LLUMC considere esa falta al tomar su determinación. Es posible que se niegue la asistencia financiera cuando el paciente o la persona responsable no cumpla con los requisitos de calificación de la FAP de LLUMC.

**Servicios Médicamente Necesarios:**

De acuerdo con esta póliza, la asistencia financiera se aplicará a los servicios médicamente necesarios según lo define la sección 14059.5 del Código de Bienestar e Instituciones de California (California Welfare & Institutions Code). Un servicio es médicamente necesario o hay necesidad médica cuando el

servicio es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir una enfermedad o una discapacidad significativa o aliviar un dolor grave. Los servicios exclusivos para los que existan terapias alternativas médicamente eficaces están excluidos de esta definición. Algunos ejemplos incluyen: 1) los servicios de cirugía cosmética o plástica; 2) los servicios de infertilidad; 3) la corrección de la vista; 4) la terapia de protones; 5) los procedimientos robóticos; 6) ortopedia y prótesis; 7) el embarazo por remplazo; u 8) otros servicios que son primordialmente para la comodidad o la conveniencia del paciente.

Familia del Paciente: Lo siguiente aplicará a todos los casos sujetos a la FAP de LLUMC:

1. Para las personas mayores de 18 años, el cónyuge, pareja de hecho, según lo define la Sección 297 del Código Familiar de California (California Family Code) y los hijos dependientes menores de 21 años, sin importar si viven en casa o no.
  - 1.1 Pareja de Hecho: En California, se establece una relación de pareja de hecho cuando ambas personas presentan una Declaración de Parejas de Hecho (Declaration of Domestic Partnership) ante la Secretaría de Estado de acuerdo con esta división, y, al mismo tiempo que presentan la declaración, se cumplen todos los requisitos siguientes:
    - a. Ambas personas residen en un lugar en común.
    - b. Ninguna de las dos personas está casado(a) con otra persona o es miembro de otra pareja de hecho con alguien más y que no se haya dado por terminada, disuelta o que se haya declarado nula.
    - c. Las dos personas no tienen parentesco sanguíneo que pudiera evitar que se casaran en este estado.
    - d. Ambas personas tienen al menos 18 años.
    - e. Cualquiera de las siguientes:
      - 1) Ambas personas son miembros del mismo sexo.
      - 2) Una o ambas personas cumplen los criterios de elegibilidad conforme al Párrafo II de la Ley de Seguridad Social (Social Security Act) según se define en la Sección 402(a) del Artículo 42 del Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.) para beneficios de seguro en la vejez o en el Párrafo XVI de la Social Security Act, como se define en la Sección 1381 del Artículo 42 del U.S.C para los individuos de edad avanzada. No obstante, cualquier otra disposición en esta sección, las personas de sexo opuesto no podrán constituir una pareja de hecho a menos que una o ambas personas sean mayores de los 62 años.
    - f. Ambas personas sean capaces de dar su consentimiento para la pareja de hecho.
2. Para las personas menores de 18 años, los padres, los familiares cuidadores y otros hijos menores de 21 años del padre o del familiar cuidador.

**A. RESPONSABILIDADES GENERALES DEL PACIENTE**

**TEMA:** PÓLIZA DE ASISTENCIA FINANCIERA

1. Ser Honestos: Los pacientes deben ser honestos y precisos al proporcionar toda la información que LLUMC solicite como parte del proceso de evaluación para asistencia financiera. Los pacientes deben proporcionar la documentación de elegibilidad precisa y veraz razonablemente necesaria para la cobertura de la asistencia financiera por medio de cualquier programa de cobertura del gobierno o la FAP de LLUMC. La honestidad implica y requiere una divulgación total y completa de la información o de la documentación requerida.
2. Para Participar Activamente y Completar la Evaluación Financiera: Se requiere que todos los pacientes que no cuenten con un seguro y quienes soliciten la asistencia financiera llenen una FAP. Antes de salir de LLUMC, los pacientes deberán verificar qué información o documentación adicional deben enviar a LLUMC. El paciente comparte la responsabilidad de entender y cumplir con las fechas límite de LLUMC o de otros programas de asistencia financiera para presentar la documentación.
3. Pagar Cualquiera de los Gastos de su Bolsillo Requeridos o Totales: Los pacientes deben tener previsto, y se requiere que paguen todas o cualquiera de las cantidades que se adeuden al momento de recibir el servicio. Es posible que dichas cantidades incluyan, entre otros:
  - 3.1 Copagos
  - 3.2 Deducibles
  - 3.3 Depósitos
  - 3.4 Cantidades por Costos Compartidos de Medi-Cal/Medicaid
  - 3.5 Cálculos de Buena Fe
4. Compartir la Responsabilidad de la Atención Hospitalaria: Cada paciente comparte la responsabilidad de la atención hospitalaria que reciba. Esto incluye el seguimiento para obtener los medicamentos recetados u otro tipo de atención médica posterior al alta hospitalaria. El paciente también comparte la responsabilidad de garantizar que se lleven a cabo los arreglos necesarios para saldar la cuenta del paciente. Es esencial que cada paciente o el representante de la familia coopere y se comunique con el personal de LLUMC durante el servicio y después de que se reciba.

**B. PROCESO HOSPITALARIO y RESPONSABILIDADES**

1. La elegibilidad conforme a la FAP de LLUMC se proporciona a cualquier paciente cuyo ingreso familiar sea menor que el 350 % del nivel federal de pobreza vigente, si no es cubierto por un seguro tercero, o si la cobertura del seguro tercero no resulta en el pago total de la cuenta.
2. La FAP de LLUMC usa un formato único de solicitud unificado del paciente, tanto para la atención de caridad como para el pago con descuento. El proceso está diseñado para

proporcionar a cada solicitante una oportunidad de recibir el beneficio de asistencia financiera máximo para el que podría calificar. La Solicitud de Asistencia Financiera (Financial Assistance Application, FAA) proporciona la información necesaria del paciente para que el hospital determine si el paciente califica y dicha información se usará para calificar al paciente o al representante de la familia para que reciba la mayor cobertura disponible por medio de los programas del gobierno o conforme a la FAP de LLUMC.

3. Es posible que los pacientes elegibles califiquen y puedan solicitar la FAP de LLUMC siguiendo las instrucciones de la solicitud y haciendo todos los esfuerzos razonables para proporcionar a LLUMC la documentación y la información de beneficios de cobertura de salud para que LLUMC pueda tomar una determinación sobre la calificación del paciente para la cobertura, conforme al programa apropiado. La elegibilidad por sí sola no representa el derecho a calificar para la FAP de LLUMC. LLUMC deberá realizar un proceso de evaluación del solicitante para determinar si califica antes de que se otorgue la atención de caridad total o el pago con descuento por la atención de caridad.
4. La FAP de LLUMC depende de la cooperación de los pacientes que pudieran ser elegibles para la asistencia total o parcial. Para facilitar la recepción de la información del paciente de manera precisa y oportuna, LLUMC usará una FAA. Se les ofrecerá una oportunidad para llenar la FAA a todos los pacientes que no puedan demostrar la cobertura financiera de un seguro tercero.
5. A los pacientes que no cuenten con seguro también se les ofrecerá información, asistencia y una referencia a los programas patrocinados por el gobierno para los que podrían ser elegibles y se les proporcionará información sobre la cobertura de seguros por medio de Covered California. Los pacientes que no cuenten con seguro también recibirán información de contacto de los programas de asistencia legal al consumidor locales que podrían ayudar al paciente sin seguro a obtener cobertura.
6. Es posible que los pacientes que tengan una cobertura insuficiente y cuyo ingreso sea menor que el 350 % del nivel federal de pobreza, y que adeuden un monto de manera personal después de que su seguro haya pagado, también sean elegibles para la asistencia financiera. A cualquier paciente que solicite asistencia financiera se le pedirá que llene una FAA.
7. Se debe llenar una FAA tan pronto como haya indicios de que el paciente pudiera necesitar asistencia financiera. El formulario de solicitud puede llenarse antes del servicio, durante la estancia del paciente o después de que se hayan completado los servicios y de que se haya dado de alta al paciente.
8. Llenar una FAA proporciona:
  - 8.1 La información necesaria para que LLUMC determine si el paciente cuenta con el ingreso suficiente para pagar los servicios;

8.2 documentación útil para determinar la calificación para recibir asistencia financiera; y

8.3 un registro de auditoría que documenta el compromiso de LLUMC de proporcionar la asistencia financiera.

9. Sin embargo, no se requiere llenar una FAA si LLUMC determina, a su entera discreción, que cuenta con la suficiente información financiera del paciente a partir de la cual puede tomar una decisión sobre la calificación para la asistencia financiera. (Consulte la Sección E. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES PARA LA ATENCIÓN DE CARIDAD)

**C. CALIFICACIÓN: ATENCIÓN DE CARIDAD COMPLETA Y PAGO CON DESCUENTO DE LA ATENCIÓN DE CARIDAD:**

1. La calificación para la asistencia financiera total o para el pago con descuento se determinará únicamente por la habilidad de pago del paciente o del representante de la familia del paciente. La calificación para la asistencia financiera nunca se basará en la edad, el género, la identidad de género, la orientación sexual, la etnia, el origen nacional, el estado de veterano, discapacidad o religión. A pesar de que la asistencia financiera no se proporcionará de manera discriminatoria o arbitraria, LLUMC mantiene la entera discreción, conforme a las leyes y reglamentos, de establecer los criterios de elegibilidad para determinar si un paciente ha proporcionado suficiente evidencia para calificar a la asistencia financiera.

2. LLUMC proporcionará asistencia directa a los pacientes o al representante de la familia durante el registro para facilitar el llenado de la FAA. Es posible que se requiera llenar la FAA y enviar cualquier parte o toda la información complementaria para determinar la calificación para la asistencia financiera.

3. Reconocemos que LLUMC ofrece un alto volumen de servicios de atención de menor gravedad de emergencia y de urgencia a la comunidad local y se realizan esfuerzos para reducir la carga de la solicitud en algunos casos. Aunque los cargos por la atención médica de emergencia podrían ser altos, dichos casos son menos frecuentes que muchas otras consultas de atención menores. Cuando los cargos por las consultas de atención de emergencia o de urgencia sean menores a \$5,000, es posible que solo se requiera que el paciente o el representante de la familia envíe una FAA completada y firmada. Es posible que no sea necesario enviar los documentos de declaración de impuestos o recibos de pago en esos casos. Sin embargo, en caso de que los cargos excedan los \$5,000, el paciente o el representante de la familia deberá proporcionar documentos de comprobación de ingresos en la forma de una declaración federal de impuestos o mediante copias de cuando menos los dos recibos de pago más recientes.

4. Es posible que sea necesario que el paciente o el representante de la familia entregue documentación de apoyo en lo subsecuente a LLUMC. Las instrucciones para el envío de la documentación probatoria se le proporcionarán al paciente cuando se llene la FAA. El paciente o el representante de la familia que solicite la asistencia para cumplir con sus

**TEMA:** PÓLIZA DE ASISTENCIA FINANCIERA

obligaciones financieras a LLUMC deberá hacer todos los esfuerzos razonables para proporcionar la información necesaria para que LLUMC tome la determinación sobre la calificación para la asistencia financiera. La FAA y los documentos complementarios requeridos se deben enviar a la Patient Business Office. La ubicación de esta oficina se identificará claramente en las instrucciones de la solicitud.

5. LLUMC deberá proporcionar el personal capacitado para revisar que las FAA estén llenas y sean precisas. Las revisiones de las solicitudes se harán lo más rápido posible, tomando en cuenta la necesidad del paciente de recibir una respuesta oportuna.
6. Es posible que los factores que se consideren al determinar si un individuo califica para la asistencia financiera conforme a esta póliza incluyan:
  - 6.1 El ingreso familiar con base en las declaraciones de impuestos federales, los recibos de pago recientes u otra información relevante proporcionada por el paciente en ausencia de dichos documentos; y
  - 6.2 el tamaño de la familia.
7. La calificación a la Asistencia Financiera puede otorgarse para atención de caridad o para un pago con descuento dependiendo del nivel de calificación del paciente o del representante de la familia, según se define en los criterios de esta FAP. La determinación de la calificación para la asistencia financiera la hará únicamente el personal aprobado por LLUMC de acuerdo con los siguientes niveles de autoridad:
  - 7.1 Gerente de la Patient Business Office: cuentas menores a \$50,000
  - 7.2 Director de la Patient Business Office: cuentas menores a \$100,000
  - 7.3 Director ejecutivo de la Business Office: cuentas menores a \$250,000
  - 7.4 Vicepresidente del Ciclo de Ingresos: cuentas mayores a \$250,000
8. Una vez que se realice la determinación, la calificación para la asistencia financiera aplicará únicamente a los servicios específicos y a las fechas de servicio por las que el paciente o el representante de la familia haya presentado la solicitud. En los casos de atención continua relacionados con el diagnóstico de un paciente que requiere servicios continuos relacionados, LLUMC, a su entera discreción, podrá tratar la atención continua como caso único en el que la calificación aplique a todos los servicios continuos relacionados proporcionados por LLUMC. Otros saldos pendientes previamente existentes en la cuenta del paciente al momento de la determinación de calificación de LLUMC se incluirán como elegibles para la asistencia a entera discreción de la gerencia de LLUMC.
9. Las obligaciones del paciente para el pago de los Costos Compartidos de Medi-Cal/Medicaid no se exentarán en ninguna circunstancia. Sin embargo, luego del cobro de la porción del Costo



Compartido del paciente, cualquier saldo no cubierto o no pagado relacionado con el Costo Compartido de Medi-Cal/Medicaid de un paciente podría considerarse para la Atención de Caridad.

- 10. Los pacientes que se encuentren entre el 201 % y el 350 % del FPL no pagarán más de lo que Medicare pagaría normalmente por un episodio de servicio similar. Esto aplicará a todos los servicios médicamente necesarios para pacientes internos, pacientes ambulatorios, servicios recurrentes y de emergencia proporcionados por LLUMC.
- 11. A los pacientes elegibles para la FAP se les cobrará menos que los Cargos Brutos.

**D. CARIDAD TOTAL Y PAGO CON DESCUENTO: NIVELES DE CALIFICACIÓN DE INGRESOS**

**PACIENTE SIN SEGURO MÉDICO**

- 1. Si el ingreso familiar de un paciente sin seguro es igual o menor que el 200 % del nivel de ingresos de pobreza establecido, con base en las Pautas del FPL vigentes, y el paciente cumple con todos los demás requisitos de calificación para la Asistencia Financiera, el paciente califica para la atención de caridad total.
- 2. Si el ingreso familiar de un paciente es del 201 % al 350 % del nivel de ingresos de pobreza establecido, con base en las Pautas del FPL vigentes, y el paciente cumple con todos los demás requisitos de calificación para la Asistencia Financiera, se aplica lo siguiente:
  - 2.1 Si el servicio no está cubierto por ningún pagador tercero y el paciente normalmente sería responsable de pagar los cargos totales de la factura, la obligación de pago del paciente será un porcentaje de la cantidad de Medicare (tarifa completa de pago de Medicare, es decir, índice de salarios, gastos médicos indirectos [Indirect Medical Expenses, IME], gastos médicos directos [Direct Medical Expenses, DME], etc., y la obligación de pago del paciente) que el programa Medicare habría pagado por el servicio si el paciente fuera beneficiario de Medicare. El porcentaje real que el paciente pagará se basará en la escala progresiva que se muestra en la siguiente Tabla 1:

**TABLA 1**  
**Programa de Descuentos de la Escala Progresiva**

<b>Porcentaje Familiar del FPL</b>	<b>Descuento de M/Care Admisible</b>	<b>Porcentaje de Pago del Gasto de Bolsillo (Out</b>
------------------------------------	--------------------------------------	--

		<b>of Pocket, OOP) del Paciente (de M/Care)</b>
del 201 al 260 %	75 %	25 %
del 261 al 320 %	50 %	50 %
del 321 al 350 %	25 %	75 %

3. Si el ingreso familiar de un paciente es mayor que el 350 % del nivel establecido de pobreza, con base en las Pautas del FPL vigentes, y el paciente cumple con todos los demás requisitos de calificación para la Asistencia Financiera, aplica lo siguiente:

- 3.1 Si el servicio no está cubierto por ningún pagador tercero y el paciente normalmente sería responsable de pagar los cargos totales de la factura, la obligación de pago del paciente será una cantidad equivalente al 100 % de la cantidad bruta (tarifa completa de pago de Medicare, es decir, índice de salarios, IME, DME, etc., y la obligación de pago del paciente) que el programa Medicare habría pagado por el servicio si el paciente fuera beneficiario de Medicare.

**PACIENTE ASEGURADO**

1. Si el ingreso familiar de un paciente asegurado es del 201 % al 350 % del nivel de ingresos de pobreza establecido, con base en las Pautas del FPL vigentes, y el paciente cumple con todos los demás requisitos de calificación para la Asistencia Financiera, aplica lo siguiente:

- 1.1 Por los servicios recibidos por los pacientes cubiertos por un pagador tercero de tal forma que el paciente sea responsable únicamente de una porción de los cargos facturados (es decir, de un deducible o de un copago), entonces, la obligación de pago del paciente será una cantidad equivalente a la diferencia entre lo que pagó el seguro y la cantidad de Medicare (tarifa de pago total de Medicare, por ejemplo índice de salarios, IME, DME, etc. y la obligación de pago del paciente) que habría pagado si el paciente fuera beneficiario de Medicare (es decir, si el seguro pagó más de la cantidad permitida por Medicare, el paciente no deberá nada más, pero si el seguro del paciente pagó una cantidad menor que la cantidad permitida por Medicare, el paciente pagará la diferencia entre la cantidad pagada por el seguro y la cantidad permitida por Medicare).

2. Si el ingreso familiar del paciente es mayor que el 350 % del nivel de ingresos de pobreza establecido, con base en las Pautas del FPL vigentes, aplica lo siguiente:

- 2.1 Por los servicios recibidos por los pacientes cubiertos por un pagador tercero de tal forma que el paciente sea responsable solo de una porción de los cargos facturados (es decir, de un deducible o copago), entonces, la obligación de pago del paciente será una cantidad equivalente a la diferencia de lo que el seguro pagó y la cantidad bruta que Medicare habría pagado por el servicio, más un veinte por ciento (20 %). Por ejemplo, si el seguro pagó más de la cantidad permitida por

Medicare más el 20 %, el paciente ya no deberá nada; pero si el seguro del paciente pagó menos de la cantidad permitida por Medicare más un 20 %, el paciente pagará la diferencia entre la cantidad pagada por el seguro y una cantidad equivalente a la cantidad permitida por Medicare más un 20 %.

**E. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES PARA LA ATENCIÓN DE CARIDAD**

1. Si el personal de Registro de LLUMC determina que el paciente es una persona sin hogar y que no cuenta con la cobertura de un tercer pagador, se considerará al paciente automáticamente elegible para la atención de caridad total.
2. Los pacientes fallecidos que no hayan contado con la cobertura de un pagador tercero, bienes identificables o para quienes no ocurra una audiencia de validación se considerarán automáticamente elegibles para la atención de caridad total.
3. Los pacientes que hayan sido declarados en bancarrota por orden de un tribunal federal de bancarrota en los últimos doce (12) meses, se considerarán elegibles para la atención de caridad total. El paciente o el representante de la familia deberá proporcionar copia del documento de orden del tribunal como parte de su solicitud.
4. Es posible que para los pacientes atendidos en el departamento de emergencias a los que LLUMC no pueda emitir una factura, se cancelen los cargos de la cuenta como Atención de Caridad (por ejemplo, si el paciente sale antes de que se obtenga la información de facturación). Dichas circunstancias se identificarán en las notas de la cuenta del paciente como parte esencial del proceso de documentación.
5. LLUMC considera a los pacientes que son elegibles para los programas de asistencia de bajos recursos patrocinados por el gobierno (por ejemplo, Medi-Cal/Medicaid, Servicios Infantiles de California y cualquier otro programa estatal o local de bajos ingresos aplicable) como automáticamente elegibles para la atención total de calidad cuando el pago no es realizado por el programa gubernamental. Por ejemplo, los pacientes que califican para Medi-Cal/Medicaid así como para otros programas de gobierno que trabajan para las necesidades de los pacientes de bajos ingresos (por ejemplo, Child Health & Disability Prevention Program (CHDP) y California Children's Services, (CCS)) en los que el programa no realiza el pago de todos los servicios o de los días de una estancia en el hospital son elegibles para la cobertura de la Asistencia Financiera. De acuerdo con la FAP de LLUMC, estos tipos de saldos de las cuentas de los pacientes no reembolsables son elegibles para la cancelación total como Atención de Caridad. Los cargos relacionados con las estancias denegadas o con los días de atención denegados se incluyen específicamente como Atención de Caridad. Todas las denegaciones de las Solicitudes de Autorización de Tratamiento (Treatment Authorization Request, TAR) presentadas a Medi-Cal/Medicaid y otros pacientes cubiertos por los programas de calificación por bajos ingresos y otras denegaciones (por ejemplo, cobertura restringida) se clasificarán como Atención de Caridad.

6. Cualquier evaluación para recibir asistencia financiera relacionada con los pacientes cubiertos por el Programa Medicare deberán incluir un análisis razonable de los bienes, las obligaciones, el ingreso y los gastos antes de la calificación de la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera. Dichas evaluaciones de asistencia financiera deberán hacerse antes de que LLUMC concluya el servicio.
  - 6.1 No obstante lo anterior, la porción de las cuentas de pacientes de Medicare (a) por las que el paciente es responsable de manera financiera (cantidades de coseguro y deducible), (b) que no están cubiertas por un seguro o algún otro pagador, incluidos Medi-Cal/Medicaid, y (c) que no sea reembolsada por Medicare como una deuda incobrable podría clasificarse como atención de caridad si:
    - a. El paciente es beneficiario de Medi-Cal/Medicaid o de otro programa para cubrir las necesidades de atención médica de los pacientes de bajos ingresos; o
    - b. el paciente califica de alguna otra forma para la asistencia financiera de acuerdo con esta póliza y luego solo en la medida de la cancelación prevista en esta póliza.
7. Cualquier paciente que no cuente con un seguro y cuyo ingreso sea mayor que el 350 % del FPL vigente y experimente un evento médico catastrófico podría ser considerado elegible para la asistencia financiera. Los pacientes que tengan ingresos mayores no califican para la atención de caridad total de rutina o para la atención de pago con descuento. Sin embargo, es posible que se considere un evento médico catastrófico caso por caso. La determinación de un evento médico catastrófico se basará en la cantidad de los cobros facturados que sean responsabilidad del paciente y se tomará en cuenta el ingreso del paciente y de sus bienes, tal como los informe al momento en que el evento ocurra. La administración usará discreción razonable al hacer una determinación basada en un evento médico catastrófico. Como norma general, cualquier cuenta con una responsabilidad de pago del paciente por los servicios proporcionados que exceda los \$200,000 puede considerarse para ser elegible como un evento médico catastrófico.
8. Cualquier cuenta que una agencia de cobranzas devuelva a LLUMC determinando que el paciente o el representante de la familia no cuentan con los recursos para pagar la factura podría considerarse elegible para la Atención de Caridad. Se mantendrá en el registro de documentación de Atención de Caridad la documentación que demuestre que el paciente o el representante de la familia no puede pagar los servicios.

**F. CRITERIOS PARA REASIGNAR LA DEUDA INCOBRABLE A ATENCIÓN DE CARIDAD**

1. Todas las agencias de cobranzas externas que tengan contrato con LLUMC para llevar a cabo el seguimiento de cuentas o cobro de deudas incobrables usarán los siguientes criterios para identificar un cambio en el estado de deuda incobrable a atención de caridad:

**TEMA:** PÓLIZA DE ASISTENCIA FINANCIERA

- 1.1 Las cuentas de los pacientes no deberán contar con un seguro aplicable (incluidos los programas gubernamentales de cobertura o a otros pagadores terceros); y
  - 1.2 el paciente o el representante de la familia tiene una calificación de puntaje de crédito o de conducta dentro del 25 por ciento más bajo de puntajes crediticios de cualquier método de evaluación de crédito que se utilice; y
  - 1.3 el paciente o el representante de la familia no realizó un pago desde hace 150 días desde la asignación a la agencia de cobro;
  - 1.4 la agencia de cobro determinó que el paciente o el representante de su familia no puede pagar; o
  - 1.5 el paciente o el representante de su familia no cuenta con un Número de Seguridad Social válido ni con una dirección de residencia precisa para poder determinar un puntaje crediticio.
2. Todas las cuentas que una agencia de cobranzas devuelva para que se reasignen de Deuda Incobrable a Atención de Caridad serán evaluadas por el personal del Departamento de Facturación de LLUMC antes de cualquier reclasificación dentro del sistema y los registros contables del hospital.

**G. NOTIFICACIÓN AL PACIENTE**

1. Una vez que se determine la elegibilidad, se enviará una carta al paciente o al representante de la familia en la que se indique el estado de la determinación. En la carta del estado de determinación se indicará uno de los siguientes:
  - 1.1 **Aprobación:** La carta indicará que la cuenta se aprobó, el nivel de aprobación y cualquier cantidad pendiente que el paciente adeude. También se proporcionará información e instrucciones para cualquier acción posterior que el paciente deba tomar.
  - 1.2 **Denegación:** Se le explicarán al paciente los motivos de la denegación de elegibilidad con base en la FAA. También se identificará cualquier cantidad pendiente que el paciente adeude. También se proporcionará la información de contacto y las instrucciones de pago.
  - 1.3 **Pendiente:** Se informará al solicitante por qué la FAA está incompleta. Se identificará toda la información faltante y la notificación solicitará que el paciente o el representante de la familia proporcionen la información a LLUMC.

**H. PLANES DE PAGO CALIFICADOS**

**TEMA:** PÓLIZA DE ASISTENCIA FINANCIERA

1. Cuando LLUMC tome una determinación sobre el descuento, el paciente tendrá la opción de pagar cualquier parte o toda la cantidad adeudada en un pago de una sola exhibición o mediante un Plan de Pago Calificado con un término programado.
2. LLUMC informará las opciones de plan de pago a cada paciente que solicite hacer los arreglos para los pagos a plazo. Los planes individuales de pago se establecerán con base en la capacidad del paciente de cumplir con los términos de pago de manera efectiva. Como norma general, los planes de pago se establecerán para durar un máximo de 12 meses.
3. LLUMC negociará de buena fe con el paciente; sin embargo, no tiene la obligación de aceptar los términos de pago que el paciente ofrezca. En caso de que LLUMC y un paciente o fiador no puedan llegar a acuerdo para establecer un Plan de Pago Calificado, el hospital usará la fórmula de “Plan de pago razonable” según se define en la Sección 127400 (i) del Health & Safety Code como base del plan de pago. Un “Plan de pago razonable” se refiere a pagos mensuales que no sean mayores al 10 por ciento del ingreso familiar mensual de un paciente, excluyendo las deducciones de los gastos esenciales para la vida. Para aplicar la fórmula de “Plan de pago razonable”, LLUMC recopilará información sobre los ingresos familiares del paciente y sobre sus “Gastos esenciales para la vida” conforme al estatuto. LLUMC usará un formulario estandarizado para recopilar esa información. Cada paciente o fiador que busque establecer un plan de pago con la fórmula del “Plan de pago razonable” debe enviar la información sobre el ingreso familiar y de gastos según se le solicite, a menos que los representantes de LLUMC realicen una exención para la solicitud de información.
4. No se cobrarán intereses sobre las cuentas calificadas de los pacientes durante el lapso de cualquier plan de pago acordado conforme a las disposiciones de la FAP.
5. Una vez que LLUMC apruebe un plan de pago, cualquier incumplimiento en el pago de todos los pagos consecutivos adeudados durante un periodo de 90 días constituirá un incumplimiento del plan de pago. Es responsabilidad del paciente o del fiador comunicarse con la Patient Business Office de LLUMC si las circunstancias cambian y no se pueden cumplir los términos del plan de pago. Sin embargo, en caso de incumplimiento en el plan de pago, LLUMC hará un intento razonable de comunicarse con el paciente o con el representante de la familia por teléfono y notificar sobre el incumplimiento por escrito. El paciente tendrá la oportunidad de renegociar el plan de pago extendido al comunicarse con un representante de la Patient Business Office dentro de un periodo de Catorce (14) Días a partir de la fecha de la notificación por escrito sobre el incumplimiento del plan de pago extendido. Si el paciente no solicita la renegociación del plan de pago extendido dentro del plazo de Catorce (14) Días, se considerará inoperante y la cuenta estará sujeta a cobro.
6. De preferencia, todos los pagos deberán procesarse por medio de un proveedor externo de transferencia de fondos electrónicos (electronic Funds Transfer, EFT). Sin embargo, en caso de que el paciente o el representante de la familia exprese la voluntad de pagar bajo un plan de pago, sin hacerlo por medio de un proveedor

de EFT externo, LLUMC se esforzará por hacer los arreglos para esta solicitud, siempre y cuando, el paciente pague el Plan de Pago Extendido en efectivo, cheque, giro postal o tarjeta de crédito.

**I. RESOLUCIÓN DE DISPUTAS**

1. En caso de que surja una disputa sobre la calificación para el Programa de Asistencia Financiera, el paciente puede presentar una apelación por escrito ante LLUMC para que se reconsidere. La apelación por escrito debe contener una explicación completa de la disputa del paciente y las razones para que se reconsidere. Debe adjuntarse a la apelación por escrito cualquier documentación relevante y adicional para apoyar la reclamación del paciente.
2. El Director Ejecutivo de la Patient Business Office revisará todas las apelaciones. El Director Ejecutivo tomará en cuenta todas las declaraciones por escrito de disputa y cualquier documentación adjunta. Después de revisar las reclamaciones del paciente, el Director Ejecutivo proporcionará al paciente una explicación por escrito de los hallazgos y de la determinación. Todas las determinaciones del Director Ejecutivo serán finales. No habrá más apelaciones.

**J. AVISO PÚBLICO**

1. LLUMC publicará avisos para informar al público sobre la FAP, la FAA, el Resumen en Lenguaje Sencillo y la Póliza de Facturación y Cobro. Dichos avisos se publicarán en un alto volumen en las áreas de servicio para pacientes internos y ambulatorios de LLUMC, incluido, entre otros, el departamento de emergencia, la oficina de facturación, las áreas de registro de admisión de pacientes internos y ambulatorios u otras áreas comunes de espera para pacientes de LLUMC. Los avisos también se publicarán en cualquier lugar en el que un paciente podría pagar la factura. Los avisos incluirán información de contacto sobre cómo los pacientes pueden obtener más información sobre la asistencia financiera, así como dónde solicitar dicha asistencia.
  - 1.1 Estos avisos se publicarán en inglés y en español y en cualquier otro idioma según lo requiera la sección 501(r) del IRC.
2. Además, la Póliza de Asistencia Financiera, la Solicitud de Asistencia Financiera, el Resumen en Lenguaje Sencillo y la Póliza de Facturación estarán disponibles en línea en <https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc>.
3. Se proporcionarán copias en papel de los documentos antes mencionados al público sin costo, cuando se soliciten de manera razonable. LLUMC responderá a dichas solicitudes de manera oportuna.

**K. INFORME DE ATENCIÓN DE CARIDAD TOTAL Y PAGO CON DESCUENTO**

**TEMA:** PÓLIZA DE ASISTENCIA FINANCIERA

1. LLUMC informará sobre la Atención de Caridad real proporcionada conforme a los requisitos regulatorios de la Oficina de Planeación y Desarrollo de Salud Estatal (Office of Statewide Health Planning and Development, OSHPD) según se incluyen en el Manual de Contabilidad e Informe para Hospitales (Accounting and Reporting Manual for Hospitals), Segunda Edición. Para cumplir con el reglamento, LLUMC llevará un registro de la documentación por escrito relacionada con sus criterios de Atención de Caridad, y para los pacientes individuales LLUMC llevará un registro de la documentación por escrito relacionada con todas las determinaciones de Atención de Caridad. Como lo requiere la OSHPD, la Atención de Caridad que se proporciona a los pacientes se registrará con base en los cobros reales por los servicios proporcionados.
2. LLUMC proporcionará a la OSHPD una copia de esta FAP que incluye las políticas de atención de caridad total y de las políticas de pago con descuento en un solo documento. La FAP también contiene: 1) todos los procedimientos de calificación de elegibilidad y de los pacientes; 2) la solicitud unificada para atención de caridad total y pago con descuento; y 3) el proceso de revisión, tanto para la atención de caridad total como para el pago con descuento. Estos documentos se entregarán a la OSHPD cada dos años o cuando se lleve a cabo un cambio significativo.

**L. OTROS**

1. Confidencialidad: Se reconoce que la necesidad de Asistencia Financiera es un tema sensible y profundamente personal para quienes la reciben. Las solicitudes de confidencialidad, información y financiamiento se mantendrán para todas las personas que busquen o reciban asistencia financiera. La orientación y la selección del personal que implementará esta póliza debe guiarse por estos valores.
2. Requisitos de Buena Fe: LLUMC organiza la asistencia financiera para los pacientes que califiquen de buena fe y confía en que la información presentada por el paciente o el representante de la familia está completa y es precisa. La provisión de asistencia financiera no elimina el derecho de facturar, ya sea de manera retrospectiva o al momento del servicio, todos los servicios cuando el paciente o el representante de la familia ha proporcionado información imprecisa y fraudulenta a propósito. Además, LLUMC se reserva el derecho de emplear todos los recursos, civiles y penales, en aquellos pacientes o representantes de la familia que proporcionaron información fraudulenta o imprecisa a propósito con el fin de calificar para la FAP de LLUMC.
3. Póliza de Crédito y Cobro: LLUMC ha establecido una Póliza de Crédito y Cobro disponible en línea en <https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc>. Todas las acciones que LLUMC emprenda para obtener la información crediticia sobre un paciente o parte responsable, o en relación con referir a un paciente o parte responsable a una agencia de cobranzas externa será de conformidad con la Póliza de Crédito y Cobro.



**CATEGORÍA:** FINANZAS

**CÓDIGO:** C-22

**PÁGINA:** 17 de 17

**TEMA:** PÓLIZA DE ASISTENCIA FINANCIERA

APROBADO: Comité Administrativo; Junta Directiva de LLUMC; Director Ejecutivo de LLUMC;  
Vicepresidente de Finanzas de LLUMC Carolyn Marovitch