

**BAKERSFIELD  
REHABILITATION HOSPITAL**

<b>Referencia o identificación de la red interna</b>		
<b>Departamento o función:</b> Administración	<b>Número de la política:</b> AD 015	<b>Título de la política:</b> Políticas de Ayuda Económica, Asistencia de Caridad y Prácticas de Facturación para Personas con Seguro Insuficiente (Política de Precios Justos y Procedimientos de Cobro de Deudas del CA Hospital)
<b>Fecha de entrada en vigor:</b> en./23  <b>Fecha de revisión:</b> en./24	<b>Autor:</b>	<b>Autorización del:</b> Comité Médico Ejecutivo Consejo de Administración

**I. OBJETIVO**

Proporcionar un marco para la prestación de asistencia financiera, la declaración de información financiera y el cobro de deudas según lo establecido en las Políticas de Precios Justos del California Hospital.

**II. POLÍTICA**

El hospital se compromete a proporcionar ayuda económica, asistencia de caridad y pagos con descuentos por los servicios prestados. Además, el hospital proporcionará a los pacientes y a sus representantes material escrito sobre su política de pago con descuento y asistencia de caridad para aquellas personas que reúnan los requisitos descritos a continuación. Por último, se ofrecerá a los pacientes y a sus representantes ayuda para rellenar cualquier solicitud de pago con descuento, asistencia de caridad del hospital o ayuda en la solicitud de seguro médico de terceros (es decir, Medicare, Medi-Cal, programas de seguro médico financiados por el estado o el condado).

Se considerará que pueden recibir asistencia de caridad o pagos con descuentos aquellas personas que cumplan los criterios de necesidad médica que adopte el hospital y que exijan los organismos reguladores y de acreditación. Además, un médico o los médicos acreditados por el personal médico y el Comité de Administración del hospital deben aceptar la admisión de la persona que recibe los servicios.

El administrador o la persona que este designe determinarán si se trata de un servicio de asistencia de caridad o de un servicio de pago con descuento según la información que el paciente o su representante hayan facilitado.

Asistencia de caridad:

- Los criterios de elegibilidad pueden incluir, aunque no exclusivamente, los siguientes:
  - pacientes con ingresos inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza;
  - personas que no cuentan con un tercero responsable del pago;
  - activos limitados que no incluyan los enumerados a continuación.

- Se tendrán en cuenta tanto los ingresos del paciente como sus activos monetarios, pero no se incluirán los planes de jubilación o de compensación diferida calificados conforme al Código de Impuestos Internos (es decir, 401K, IRA) ni los planes de compensación diferida no calificada. Ni los primeros \$10,000 de los activos del paciente ni más del 50 % de los activos monetarios por encima de los primeros \$10,000 se incluyen en la elegibilidad.
- La elegibilidad queda a discreción del administrador.

Pagos con descuento:

- El criterio de elegibilidad es el siguiente:
  - Pacientes con gastos médicos elevados cuyos ingresos sean iguales o inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza (FPL).
- Plan de pago prolongado que permite pagar el precio con descuento a lo largo del tiempo.
  - El hospital y el paciente negociarán las condiciones del plan de pago en función de los ingresos familiares del paciente y sus gastos básicos. Si las dos partes no llegan a un acuerdo sobre el plan, el hospital usará la fórmula descrita en la subdivisión (i) del artículo 1274000 para crear un plan de pago razonable.
  - Los planes de pago prolongados no tendrán intereses.

La asignación de la asistencia de caridad o los pagos con descuento se basará en una determinación individualizada de la necesidad económica y NO tendrá en cuenta la edad, el sexo, la raza, la condición social o de inmigrante, la orientación sexual ni la afiliación religiosa.

A las personas que reúnan los requisitos puede que se les ajusten los pagos según una escala móvil de tarifas, de acuerdo con las necesidades económicas, que se determinan a partir de los niveles federales de pobreza (FPL) vigentes en el momento de la determinación. La base de los importes facturados a las personas que reúnen los requisitos es la siguiente:

- Los pacientes cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 400 % del FPL puede que reciban atención gratuita.
- Los pacientes cuyos ingresos familiares superen el 400 % del FPL, pero no superen el 600 % del FPL reúnen los requisitos para recibir servicios con tarifas reducidas.
- Los pacientes cuyos ingresos familiares superen el 600 % del FPL puede que reúnan los requisitos para recibir tarifas con descuento según cada caso y si se tienen en cuenta sus circunstancias específicas, como una enfermedad de suma gravedad.
- Los pagos que se esperan recibir de esos pacientes elegibles no superarían los pagos que se esperarían recibir de Medicare o Medi-Cal, según cuál sea mayor. Si no existe un pago establecido para el servicio en Medicare o Medi-Cal, el hospital tiene la posibilidad de establecer un pago con descuento adecuado.

La comunicación sobre el programa de caridad y los pagos con descuento del hospital se hará pública y de la forma más visible posible. Los métodos de comunicación al público consisten, entre otros, en el envío de avisos en las facturas de los pacientes, la publicación de avisos en el vestíbulo del hospital, en la información de admisión de pacientes y en el sitio web del hospital.

### III. PROCEDIMIENTO

#### A. Preadmisión

1. El hospital hará todo lo posible por obtener del paciente o de su representante información sobre si el seguro médico privado o público puede cubrir total o parcialmente los gastos de los servicios prestados por el hospital al paciente, incluidos, entre otros, los siguientes:
  - a. seguro médico privado (incluido el que se ofrece a través del sistema estatal de intercambio de prestaciones sanitarias)
  - b. Medicare
  - c. Medi-Cal u otros programas de cobertura médica financiados por el estado
2. El hospital proporcionará a todas las personas sin seguro una estimación por escrito de la cantidad de dinero que el hospital exigirá a los pacientes por los servicios de salud prestados.

#### B. Avisos para los pacientes

1. En el momento de la admisión (o en los 3 días siguientes) y del alta, el paciente o su representante autorizado recibirán avisos por escrito sobre la política de ayuda económica del hospital (es decir, pago con descuento y asistencia de caridad), que incluirán, entre otras, lo siguiente:
  - a. Una declaración en la que se indique que, si el paciente carece de seguro o tiene un seguro insuficiente y cumple determinados requisitos de ingresos bajos y moderados, es posible que pueda obtener pagos con descuento o asistencia de caridad.
  - b. El nombre y número de teléfono del administrador del hospital de quien el paciente podría obtener información sobre los pagos con descuento o la asistencia de caridad y cómo solicitar dicha asistencia.
  - c. La información sobre dónde el paciente puede acceder a las políticas de pago con descuento y de asistencia de caridad del hospital.
  - d. La información sobre los requisitos.
  - e. El sitio web del hospital en el que figura la lista de servicios que pueden comprarse, si los hay.
  - f. Una declaración sobre el Programa de Quejas de Facturas Hospitalarias que se explica a continuación:
    - i. El Programa de Quejas de Facturas Hospitalarias es un programa estatal que revisa las decisiones de los hospitales sobre si usted reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar su factura hospitalaria. Si cree que se le negó ayuda económica por error, puede presentar una queja ante el Programa de Quejas de Facturas Hospitalarias. Visite el sitio web [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) para obtener más información y presentar una queja.
  - g. La información sobre Health Consumer Alliance (Alianza de los Consumidores de Salud), incluida la siguiente declaración:
    - i. Ayuda para pagar su factura: existen organizaciones gratuitas de defensa del consumidor que lo ayudarán a comprender el proceso de facturación y pago. Puede llamar a Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o visitar [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org) para obtener más información.

- h. Una hoja de lema con la siguiente declaración en los 15 idiomas más hablados por las personas con conocimientos limitados de inglés (limited-English proficient, LEP) en California, según los datos del Departamento Estatal de Servicios de Salud (State Department of Health Care Services):
    - i. **ATENCIÓN:** Si necesita ayuda en su idioma, llame al [número de teléfono del hospital] o visite la Oficina de Admisiones (Admissions Office) del hospital. La oficina está abierta de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m. y está ubicada en [dirección del hospital]. También se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille, letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles. Estos servicios son gratuitos.
  - 2. Si el paciente no es competente o no puede recibir el aviso durante el proceso de admisión, el aviso se proporcionará, a más tardar, durante el proceso de alta o a través del Servicio Postal de los Estados Unidos que se envía en las 72 horas siguientes a la prestación del servicio.
  - 3. Estos avisos estarán disponibles al menos en inglés y español para satisfacer las principales lenguas que se hablan en la comunidad. A los pacientes que no puedan comprender la información en los formatos escritos disponibles, se les facilitará la información mediante la lectura de la misma con la ayuda de un intérprete o mediante la traducción de los avisos, según sea necesario.
  - 4. Los pacientes atendidos en el hospital que no tengan cobertura de un tercero que pueda pagar o los que soliciten un precio con descuento o asistencia de caridad recibirán una solicitud y ayuda para presentar una solicitud para el programa Medi-Cal u otro programa de cobertura médica financiado por el estado o el condado.
  - 5. Es preferible, aunque no obligatorio, que la solicitud de asistencia de caridad o pago con descuento y la determinación de la necesidad económica se produzcan antes de prestar los servicios médicos necesarios. La determinación puede realizarse en cualquier momento y cuando se conozca información adicional relevante para la elegibilidad del paciente.
- C. Avisos sobre el hospital y el sitio web
- 1. Los avisos descritos anteriormente se publicarán en lugares visibles al público, como la Oficina de Admisiones y el vestíbulo del hospital, así como en el sitio web del hospital.
- D. Solicitudes
- 1. El paciente o su representante recibirán formularios de solicitud de asistencia de caridad o servicios con descuento de la oficina de gestión de casos o de la administración del hospital si así lo solicitan.
  - 2. El formulario proporcionado queda a discreción del hospital y es posible que incluya, entre otros, información personal, financiera y de otro tipo, así como una autorización que permita obtener información de instituciones bancarias, empleadores y otras entidades necesarias para determinar la necesidad económica.
  - 3. Los pacientes que soliciten un pago con descuento, asistencia de caridad u otro tipo de asistencia deberán hacer todos los esfuerzos razonables para proporcionar al hospital la documentación de los ingresos y la cobertura de las prestaciones sanitarias solicitadas.
  - 4. Si el paciente no facilita la información que es razonable y necesaria para que el hospital tome una determinación, el hospital tendrá en cuenta ese incumplimiento a la hora de tomar una decisión.

5. El hospital solicitará como mínimo la siguiente información financiera según el tipo de ayuda económica:
  - a. Solicitud de pago con descuento: prueba de ingresos mediante los recibos de pago recientes o la declaración de impuestos.
    - i. Los recibos de pago recientes son recibos de pago que se hayan emitido en un periodo de seis (6) meses antes o después de que se facture al paciente por primera vez, o en el caso de servicios previos, a la fecha de presentación de la solicitud.
    - ii. Las declaraciones de impuestos recientes son las declaraciones de impuestos que documentan los ingresos del paciente correspondientes al año en que se facturó por primera vez al paciente o a los 12 meses anteriores a la fecha en que se facturó por primera vez al paciente o, en el caso de los servicios previos, a la fecha de presentación de la solicitud.
  - b. Asistencia de caridad: todos los activos monetarios excepto los de planes de jubilación o de compensación diferida (es decir, 401k, IRA).
6. Ninguna información obtenida a través del proceso de descubrimiento financiero se utilizará en las actividades de recopilación.

#### E. Determinación de la elegibilidad

1. El hospital enviará una carta al paciente en la que le notificará la determinación de elegibilidad del hospital, que incluye lo siguiente:
  - a) Una declaración precisa de la determinación del hospital sobre la elegibilidad del paciente para el programa de pago con descuento o el programa de asistencia de caridad.
  - b) Si se ha denegado al paciente el descuento o la asistencia de caridad, debe incluirse una declaración precisa que explique el motivo por el que se le ha denegado el descuento, la asistencia de caridad o ambos.
    - (1) Si la denegación se basó en que los servicios no eran médicamente necesarios, el hospital debe obtener un certificado antes de negar al paciente el derecho al pago con descuento o al programa de asistencia de caridad, en el que conste que los servicios no son médicamente necesarios. El proveedor que remite al paciente o el médico supervisor del hospital debe firmar el certificado.
  - c) Si al paciente se le ha aprobado el pago con descuento o la asistencia de caridad, debe incluirse una explicación clara de la factura reducida e instrucciones sobre cómo puede obtener el paciente información adicional sobre un plan de pago razonable, si corresponde.
  - d) El nombre de la oficina del hospital, nombre e información de contacto donde el paciente puede reclamar la decisión del hospital.
  - e) La información sobre el Programa de Quejas de Facturas Hospitalarias, que incluye lo siguiente:
    - (1) El Programa de Quejas de Facturas Hospitalarias es un programa estatal que revisa las decisiones de los hospitales sobre si usted reúne los requisitos para recibir ayuda para pagar su factura hospitalaria. Si cree que se le negó ayuda económica por error, puede presentar una queja ante el Programa de Quejas de Facturas Hospitalarias, visite [HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov](http://HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov) para obtener más información y presentar una queja.

f) La información sobre Health Consumer Alliance, incluida la siguiente declaración:

(1) existen organizaciones gratuitas de defensa del consumidor que lo ayudarán a comprender el proceso de facturación y pago. Puede llamar a Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o visitar [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org) para obtener más información.

g) La hoja de lemas descrita en el apartado B.1.h. anterior.

#### F. Proceso de quejas de los pacientes

1. Cuando el Departamento de Acceso e Información Sanitaria de California (HCAI) recibe el aviso de una queja de un paciente sobre la determinación de la elegibilidad para el pago con descuento o los programas de asistencia de caridad del hospital, la persona designada por la oficina central de facturación (CBO) dará una respuesta a HCAI en un plazo de 30 días calendario (a menos que se conceda una prórroga) que incluya lo siguiente:

a) Una explicación detallada de la posición actual del hospital sobre si el paciente reúne los requisitos para acceder a las políticas de pagos con descuento o de asistencia de caridad del hospital, incluidas las condiciones de la ayuda económica ofrecida, si la hubiera.

b) Copias de todos los documentos e información pertinentes para las cuestiones planteadas en la queja, incluidas, entre otras, facturas, avisos por escrito y notas de las comunicaciones entre el hospital y el paciente o su representante autorizado.

2. Cuando se recibe el aviso de una queja de un paciente, las facturas pendientes de pago no se enviarán a ninguna agencia de cobros, comprador de deudas u otro cesionario, a menos que dicha entidad haya aceptado cumplir con los requisitos establecidos en los artículos 127400 a 127446 del Código de Salud y Seguridad de California.

3. La persona designada por la CBO responderá a cualquier solicitud de información adicional que haya hecho el HCAI en un plazo de 30 días calendario, a menos que se conceda una prórroga.

4. Si la persona designada por la CBO no puede proporcionar las respuestas solicitadas en los puntos E.1. y E.2. en un plazo de 30 días calendario, la persona designada por la CBO podrá solicitar una prórroga razonable del plazo a través del portal de quejas en línea para pacientes.

a) Esta solicitud debe presentarse antes de la fecha de vencimiento y describir las acciones que se están llevando a cabo para obtener la información o los registros, y cuándo se espera recibirlos.

#### G. Cobro de deudas

1. Todo paciente al que se facture y que no haya presentado una prueba de cobertura por parte de un tercero durante su admisión recibirá un aviso claro y visible que incluya lo siguiente:

a) Una declaración de las tarifas por el servicio prestado.

b) Una solicitud para que el paciente informe al hospital si tiene alguna cobertura de seguro médico, como se ha indicado anteriormente.

c) Una declaración en la que se indique que si el paciente no tiene cobertura de seguro o prestaciones, puede tener derecho a Medicare, Medi-Cal o a una cobertura mediante un seguro médico del estado o del condado, o a la asistencia de caridad.

- d) Una declaración en la que se indique cómo pueden obtener los pacientes las solicitudes para el programa Medi-Cal, para la cobertura mediante un seguro médico del estado o del condado; también se indicará que el hospital proporcionará dichas solicitudes si así se solicita. Una remisión a un centro local de asistencia al consumidor en las oficinas de servicios legales.
2. Antes de iniciar los procedimientos de cobro, el hospital ofrecerá un plan de pago razonable al paciente que cumpla los requisitos y permitirá que transcurran al menos 180 días desde la fecha de vencimiento de cualquier pago programado que no se abone en su totalidad. Esto solo se aplica al primer pago atrasado.
3. A los pacientes con asistencia de caridad aprobada no se les facturarán los servicios prestados después del alta.
4. El hospital hará todo lo posible por establecer un plan de pago con el paciente.
5. El hospital mantendrá un acuerdo por escrito con cualquier entidad que cobre créditos hospitalarios en el que se indique que dicha entidad se compromete a cumplir las normas y el reglamento de prácticas del hospital. La entidad se ajustará a la definición y aplicación de un plan de pago razonable, a la política de asistencia de caridad o a la política de pago con descuento del hospital.
6. Antes de asignar una factura al servicio de cobros, el hospital enviará al paciente un aviso con la siguiente información:
  - a) la fecha o fechas de servicio de la factura;
  - b) el nombre de la entidad que cobrará la factura;
  - c) una declaración en la que se informe al paciente de cómo obtener una factura detallada del hospital;
  - d) el nombre y el tipo de plan de la cobertura médica del paciente en ese momento;
  - e) una solicitud de asistencia de caridad y de ayuda económica del hospital;
  - f) las fechas en las que se envió al paciente el aviso inicial de solicitud de ayuda económica, las fechas en las que se le entregó la solicitud de ayuda económica y, si corresponde, la fecha en la que se tomó una decisión sobre la solicitud.
7. No se comunicará ninguna información adversa a una agencia de información al consumidor ni se iniciarán acciones civiles contra un paciente por falta de pago antes de transcurridos 180 días desde la facturación inicial.
8. Si un paciente está intentando obtener la asistencia de caridad o los pagos con descuento e intenta, de buena fe, saldar una factura pendiente, ya sea mediante la negociación de un plan de pago razonable o mediante pagos parciales regulares, el hospital no enviará la factura pendiente de pago a ninguna entidad de cobro.
9. No se utilizarán embargos de salarios o embargos sobre una residencia principal como medio para cobrar facturas hospitalarias pendientes de pago.