

Asistencia Económica

Departamento(s):	PAS, PFS, SAU	Grupo(s):	Ministerios, Cooperativas	Región(es):	NCAL, SCAL, SW
Fechas de modificación:	04-20-16	Fechas de revisión:			
Fecha de adopción:	01-01-16	Fecha de aprobación:			
Política número:	RCS.14	Fecha aprobada por Directiva de SJH:	12-04-15		
		Fecha aprobada por RCORC:	Aprobada por: Mesa Directiva de St. Joseph Health		

Generalidades

Objetivo

La política a continuación explica el Programa de Asistencia Económica (FAP, por sus siglas en inglés) de St. Joseph Health (SJH). Además, resume las directrices del FAP con respecto al proceso de facturación y cobro a los pacientes. Esta política establece las directrices operacionales del FAP de SJH para personal de los Servicios de Ciclo de Ingresos (RCS, por sus siglas en inglés) y las entidades de apoyo responsables de llevar a cabo el proceso de asistencia económica a nombre de los Hospitales SJH detallados en el Anexo A.

Alcance

Esta política se aplica a todos los Hospitales SJH y a toda Atención Emergente y Urgente y otra Atención Médicamente Necesaria suministrada por los Hospitales SJH (con la excepción de atención cosmética, experimental o investigativa).

Esta política se interpretará en coherencia con la Sección 501(r) y, con respecto a los Hospitales SJH en California, con las *Hospital Fair Pricing Policies* (Políticas de precios justos de hospitales) descritos en el Código de Salud y Seguridad de California (secciones 127400-127446). En el caso de existir un conflicto entre las disposiciones de dichas leyes y esta política, regirán las leyes.

Las disposiciones de esta política que son específicas a California se identifican con “California” o “CA.” Asimismo, las disposiciones de esta política que se aplican únicamente a los Hospitales SJH de Texas se identifican con “Texas” o “TX.” A menos que se especifique al contrario, las disposiciones de esta política se aplican a todo el sistema de SJH.

California:

Un médico de urgencia que provee servicios médicos de urgencia en un hospital que ofrece atención urgente, también tiene la obligación legal de ofrecer descuentos a los pacientes que están subasegurados o no asegurados, tienen costos médicos altos y están en o por debajo del índice federal de pobreza. Cualquier arreglo para asistencia económica con los costos relacionados con la atención recibida de médicos de urgencia debe hacerse directamente con dicho médico o su grupo. SJH no asume ninguna responsabilidad civil o de otra índole para estos descuentos.

Continúa en la siguiente página

Asistencia Económica

Generalidades, continuación**Contenido**

Esta publicación trata los siguientes temas:

Tema	Páginas
Generalidades	1 - 10
Proceso de asistencia económica	11 - 16
Generalidades	11-12
Lista de proveedores	12
Conciencia y enseñanza del paciente	13
Solicitud de Asistencia económica	14
Solicitudes incompletas	14
Determinaciones	14
Niveles de aprobación	15
Vigencia de las aprobaciones	15
Resolución de conflictos	15
Requisito de ingresos	16 – 22
Fuentes de los ingresos familiares	16
Pruebas de ingresos	16
Uso de datos	17
Requisitos de ingresos – Hospitales de Texas	17
Requisitos de ingresos – Hospitales de California	18-19
Clasificación automática para la asistencia económica	19
Otras circunstancias especiales	20
Derecho presunto a la caridad	20
Facturación y cobro al paciente	21 – 24
Directrices de facturación	21-22
Facturación al paciente en cuanto se apruebe el FAP	23
Limitaciones a los cargos	23
Plan de pago razonable	23
Reembolsos al paciente	24
Anexo A	25
Lista de hospitales	25

Continúa en la siguiente página

Asistencia Económica

Generalidades, continuación

Referencias Las publicaciones a continuación son relevantes a este documento:

Tipo de documento	Título
Política	COBRA Premium Payment Assistance (RCS.36)
Proceso	Collection Process for PAS
Política	Credit Management (RCS.21)
Política	Financial Counseling – Government-Funded Insurance (RCS.13)
DLP	Financial Counselor – Financial Assistance Applications
DLP	Offering Payment Arrangements
Política	Patient Discounts (RCS.26)
Política	Payment Arrangements (Installment Plans) (RCS.18)
Política	Placing Statements on Hold (RCS.37)
Política	Self-Pay and Bad Debt Collection, Placement and Follow-Up (RCS.39)

Definiciones Esta publicación trata los siguientes temas:

Término	Definición
Acceso al programa de atención	<p>Servicios principalmente diseñados para dar más acceso a cuidados a los médicamente pobres que cumplen las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios están identificados en el plan de beneficios comunitarios del hospital. • Los servicios están orientados a las poblaciones que calificarían para asistencia económica según se indica en el plan de beneficios comunitarios. • Los servicios se registran como ingresos brutos de pacientes a la tarifa completa establecida por el hospital. • Los servicios son prestados por un profesional médico acreditado. • Los servicios consisten en los servicios médicos diagnósticos o terapéuticos por los que se lleva un registro médico. • Los servicios cumplen el criterio como Tratamiento de Urgencia o Atención Médicamente Necesaria.
Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA por sus siglas en inglés)	La ACA es una orden federal que busca incrementar la asequibilidad, calidad y accesibilidad del seguro médico.

Continúa en la siguiente página

Asistencia Económica

Generalidades, continuación

Definiciones,
continuación

Término	Definición
Montos Usualmente Facturados (AGB, por sus siglas en inglés)	En esta política, los montos usualmente facturados a pacientes con seguro médico por Tratamiento de Urgencia y Atención Médicamente Necesaria se denominan el AGB. Se calcula el AGB usando el proceso de facturación y codificación que utilizaría cada Hospital para pacientes beneficiarios de Medicare bajo el régimen de pago por servicio, y el AGB es igual al monto reembolsado por Medicare más la suma que le correspondería pagar al paciente, si fuera beneficiario de Medicare, por concepto de copagos, coseguros y deducibles.
Plazo de solicitud	El Plazo de solicitud es el período durante el cual cada Hospital SJH aceptará y procesará una solicitud de Asistencia económica. Cada Hospital SJH, en fomento de su misión, aceptará y procesará la solicitud de Asistencia Económica de un paciente, en cualquier momento y en obediencia a esta política.
Covered California	Covered California es el programa de Mercado de Seguro Médico de California que ayuda a buscar atención médica accesible y posible asistencia económica. Covered California también ayudará a determinar la calificación para Medi-Cal.
Depósito	Cuando se hacen los arreglos de pago, se considera que el primer pago sirve de depósito.
Tratamiento de Urgencia	El tratamiento de urgencia es la atención o tratamiento que se provee para una "condición médica urgente" según la define EMTALA.
EMTALA	La Ley de Tratamiento Médico Urgente y Parto Activo (EMTALA, por sus siglas en inglés) es una Ley del Congreso de los EE UU aprobada en 1986. Requiere a los hospitales proveer un Examen médico de detección para cualquier persona que se presente para tratamiento médico urgente, sin importar su ciudadanía, condición legal o capacidad de pago. Los hospitales pueden transferir o dar de alta a pacientes que requieren tratamiento urgente sólo con el consentimiento informado del paciente, después de estabilizarlo, o cuando su condición exige su transferencia a un hospital mejor equipado para administrar el tratamiento.

Continúa en la siguiente página

Asistencia Económica

Generalidades, continuación

Definiciones,
continuación

Término	Definición
Gastos esenciales de la vida	Los gastos esenciales de la vida incluyen cualquiera de los siguientes: pago de arriendo o hipoteca de una vivienda y su mantenimiento; alimento y abastos del hogar; servicios públicos y de teléfono; ropa; pagos médicos y dentales; seguro; escuela o guardería; manutención conyugal o de menores; gastos de transporte y automóvil, incluido el seguro, la gasolina y reparaciones, pagos en abono; lavado y limpieza de ropa; y otros gastos extraordinarios.
Acción Extraordinaria o de Cobro (ECA, por sus siglas en inglés)	Una acción tomada contra un paciente o parte responsable, por parte del Hospital SJH, que implica un proceso legal o judicial; la venta a un tercero de la deuda de una persona; reportar información adversa sobre la persona a una agencia de información de crédito del consumidor o agencia de información crediticia; aplazar o negar Atención Médicamente Necesaria, o exigir el pago antes de prestar dicha atención, porque el paciente tiene una o más facturas sin pagar por atención previamente prestada bajo la Política; y cualquier otra acción que defina el IRS de cuando en cuando. California: Las Políticas de precios justos de hospitales impondrán restricciones adicionales a las actividades de facturación y cobro de los Hospitales SJH ubicados en California. Se trata estas restricciones adicionales en la página 21 de esta política.
Índice federal de pobreza (FPL)	FPL significa las directrices sobre la pobreza que el Departamento de Salud y Servicios Humanos actualiza de cuando en cuando en el Registro Federal.
Asistencia económica	Tratamiento de Urgencia o Atención Médicamente Necesaria, proporcionada a un descuento o sin costo a un paciente que carece de fondos y/o cuyo seguro es insuficiente, y que cumple el criterio de calificación establecido en la Política de Asistencia Económica de SJH. California: La asistencia económica incluye un Plan Razonable de Pago.

Continúa en la siguiente página

Asistencia Económica

Generalidades, continuación

Definiciones, continuación	Término	Definición
	Programas de Seguro Financiados por el Gobierno	Los Programas de Seguro Financiados por el Gobierno incluyen los siguientes, entre otros: Covered California (CA) Medi-Cal (CA) Medi-Cal, Derecho presunto (CA) Medicaid (TX) Medicare Mercado de Seguro Médico de Texas (TX)
	Mercado de Seguro Médico	Un componente de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) es el Mercado de Seguro Médico (conocido anteriormente como el <i>Exchange</i>). Cada estado tiene la obligación de establecer este sitio en línea donde los consumidores y las empresas pequeñas puedan comparar y comprar opciones de cobertura de seguro y determinar si tienen derecho a subsidios de seguro federales.
	Costos Médicos Altos	<p>California: Se considera que un paciente ha incurrido en Costos Médicos Altos si sus gastos anuales de bolsillo son más del 10 por ciento de los ingresos de su familia, si el paciente provee documentación de los gastos médicos pagados para sí mismo o para su familia durante los 12 meses anteriores. El Hospital podría establecer un nivel más bajo.</p> <p>Texas: Cuando un paciente incurre en una responsabilidad económica en exceso de \$75,000.00, es considerado un "evento médico catastrófico" debido a los costos médicos altos, lo cual le podría dar derecho a asistencia económica. La determinación se basará en el monto de la responsabilidad incurrida por el paciente por cargos facturados, y consideración de los ingresos y activos de la familia según se reportan en la Solicitud de Asistencia Económica. La gerencia ejercerá discreción razonable en la toma de la decisión cuando la responsabilidad del paciente excede los \$75,000.00.</p>
	Hospital	<p>California: Hospital significa un centro que está obligado a tener una licencia según la subdivisión (a), (b), o (f) de la Sección 1250 del Código de Salud y Seguridad; esto incluye a los hospitales generales de agudos, hospitales psiquiátricos de agudos, y hospitales de especialidades.</p> <p>Texas: Hospital significa un centro que cuenta con una licencia como hospital según la Ley de Texas de Concesión de Licencias a Hospitales.</p>

Continúa en la siguiente página

Asistencia Económica

Generalidades, continuación

Definiciones, continuación	Término	Definición
	Medicaid (TX)	Texas administra el programa Medicaid financiado por el gobierno federal, en lugar de administrar un programa estatal. Texas aún no ha hecho ningún cambio a los programas de Medicaid como resultado de la ACA.
	Medi-Cal (CA)	Medi-Cal es el programa de California de seguro médico financiado por el gobierno federal, que paga una variedad de servicios médicos para menores y adultos que tienen recursos limitados e ingresos bajos. Con la ACA, Medi-Cal ha expandido el derecho de participación.
	Atención Médicamente Necesaria	Atención Médicamente Necesaria significa aquellos servicios médicos que satisfacen los requisitos para cobertura bajo Medicaid.
	Medicare	Medicare es un programa de seguro médico financiado por el gobierno federal para personas calificadas de 65 años de edad o mayores. Ciertas personas menores a los 65 años también califican por discapacidad o enfermedad renal. Este programa ayuda con el costo de la atención médica pero es posible que no cubra todos los gastos médicos o el costo de atención de largo plazo. No está basado en un criterio de ingresos bajos. No forma parte del Mercado de Seguro Médico, pero sí hay ciertos cambios a la cobertura como resultado.
	Plazo de Notificación	El Plazo de Notificación es el período en que cada Hospital SJH debe tomar ciertas acciones descritas en esta política con respecto a un paciente, diseñadas para ayudar a informar al paciente sobre la disponibilidad de Asistencia Económica y durante el cual cada Hospital SJH no debe tomar ciertas medidas, entre ellas las ECAs. El Plazo de Notificación empieza el primer día de atención y termina no antes del 120mo día después de que el Hospital SJH provea a la persona la primera factura post-alta por dicha atención. California: Las Políticas de precios justos de hospitales impondrán restricciones adicionales a las actividades de facturación y cobre de los Hospitales SJH ubicados en California. Se trata estas restricciones adicionales en la página 21 de esta política.

Continúa en la siguiente página

Asistencia Económica

Generalidades, continuación

Definiciones, continuación	Término	Definición
	Familia del paciente	<p>California: <i>Para las personas de 18 años de edad y más,</i> familia significa un cónyuge, pareja (según se define en la Sección 297 del Código Familiar), e hijos dependientes menores a 21 años de edad, sea que vivan en el hogar o no. “Pareja” se define en la Sección 297 del Código Familiar, en parte, como dos adultos que han elegido compartir sus vidas en una relación íntima y comprometida de apoyo mutuo. <i>Para las personas menores de 18 años,</i> familia significa un padre, madre o parientes cuidadores y los demás hijos de menos de 21 años de edad de los padres o de los parientes cuidadores.</p> <p>Texas: <i>Para las personas de 18 años de edad y más,</i> familia significa un cónyuge, hijos de 18 años de edad o menores, y cualquier otro dependiente incluido en su declaración de impuestos a la renta. <i>Para las personas menores de 18 años,</i> familia significa un padre, madre o parientes cuidadores y los demás hijos de menos de 21 años de edad de los padres o de los parientes cuidadores.</p>
	Plan de Pago	Un plan que formaliza el plazo y los montos de pago provisional hasta que quede completamente pagado el saldo. Tanto SJH y el paciente/garante deben ratificar el plan, en conformidad con esta política. Cualquier plan de pago pre-servicio es basado en un cálculo y se establecen las condiciones definitivas después de la facturación final. (Conocido también como "arreglo de pago" o "plan de pagos".)
	Post-Alta	Post-alta significa el período de tiempo después de prestarse la atención médica (sea hospitalaria o ambulatoria) y la salida de la persona del Hospital SJH.
	Activos Monetarios Aptos	Activos Monetarios Aptos (QME) incluyen todos los activos líquidos del paciente, entre ellos sus cuentas bancarias y acciones cotizadas en bolsa. <i>No se incluye</i> en los Activos Monetarios Aptos los siguientes: jubilación, planes de compensación diferida aptos bajo el Código de Rentas Internas, planes de compensación diferida no aptos, los primeros diez mil dólares (\$10,000) de los activos monetarios del paciente, o 50 por ciento de los activos monetarios del paciente más allá de los primer diez mil dólares (\$10,000).

Continúa en la siguiente página

Asistencia Económica

Generalidades, continuación

Definiciones,
continuación

Término	Definición
Esfuerzos Razonables	<p>Esfuerzos Razonables son las acciones que tomará el Hospital SJH para determinar si la persona califica para Asistencia Económica e incluyen: ofrecer a los pacientes un ejemplar impreso de esta Política en lenguaje sencillo, como parte del proceso de admisión o alta; incluye un aviso escrito conspicuo en las facturas que identifica el FAP e informa a los pacientes sobre la disponibilidad de Asistencia Económica dando, entre otros datos, la dirección del sitio web donde el paciente puede obtener copias del FAP, un formulario de solicitud y un resumen del FAP en lenguaje sencillo, junto con el teléfono del departamento del Hospital que puede proveer información acerca del FAP y el proceso de solicitud; durante cualquier comunicación verbal sobre la factura que ocurra durante el Plazo de Notificación, hacer esfuerzos razonables por avisar al paciente acerca del FAP y cómo obtener ayuda con el proceso de solicitud; proveer al paciente por lo menos un aviso escrito que incluye un resumen del FAP en lenguaje sencillo y describe las ECAs que puede tomar el Hospital si el paciente no presenta una solicitud completa de Asistencia Económica o paga el monto pagadero para la fecha límite especificada en el aviso, que no será antes de treinta (30) días posteriores a la fecha del aviso o del vencimiento del Plazo de Notificación (cualquiera ocurra más tarde); y tomar cualquier otra medida requerida por el IRS con respecto a la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas.</p> <p>Si el Hospital SJH determina por presunción que el paciente tiene derecho a menos del monto más generoso de Asistencia Económica disponible bajo el FAP, el Hospital SJH habrá hecho Esfuerzos Razonables si:</p> <p>notifica al paciente de la razón de la determinación por presunción sobre el derecho al FAP, y cómo solicitar Asistencia Económica más generosa bajo el FAP; da al paciente un plazo razonable para solicitar asistencia más generosa antes del iniciar las ECAs para obtener el monto descontado debido por la atención; y si durante el Plazo de Solicitud el paciente presenta una solicitud de FAP completa en la que pide Asistencia Económica más generosa, determina si el paciente tiene derecho a Asistencia Económica más generosa.</p>

Continúa en la siguiente página

Asistencia Económica

Generalidades, continuación

Definiciones,
continuación

Término	Definición
Plan de pago razonable	California: Plan de Pago Razonable (RPP) significa pagos mensuales que no representan más del 10 por ciento de los ingresos de un mes de la familia del paciente, excluyéndose las deducciones por Gastos Esenciales de la Vida de las personas que califican para el FAP.
Sección 501(r)	La Sección 501(r) de Código de Rentas Internas, que fue añadida por la ACA, establece ciertos requisitos que los hospitales caritativos deben reunir antes de recibir o retener su clasificación como organizaciones caritativas exentas de impuestos.
Mercado de Seguro Médico de Texas	El sitio en línea donde los consumidores y empresas pequeñas de Texas pueden comparar y comprar opciones de cobertura de seguro y determinar si califican para subsidios federales de seguro. Por defecto, Texas utiliza un Mercado facilitado y operado completamente por el gobierno federal.

Asistencia Económica

Proceso de asistencia económica

Generalidades Los Hospitales SJH sirven a todas las personas de las comunidades donde estamos ubicados. Aspiramos reflejar el ministerio de curación de Jesús mediante la entrega de servicios médicos, con la mayor dignidad y compasión para cada paciente y familia que esté bajo nuestro cuidado.

SJH garantiza que el Tratamiento Urgente y la Atención Médicamente Necesaria sean proporcionadas a tarifas descontadas o sin costo para las personas que califican. Cualquier paciente subasegurado o no asegurado que no puede pagar su cuenta hospitalaria, o es el responsable de la factura del hospital, cuyos ingresos cumplen el criterio del índice federal de pobreza (FPL), será considerado calificado para Asistencia Económica según se explica en esta política. SJH piensa que esta política garantizará acceso a la atención médica necesitada como un elemento esencial que honra la dignidad humana de cada persona y su capacidad de vivir de manera más sana, más completa y más capaz de contribuir al bien común.

SJH busca tratar las necesidades médicas y económicas del paciente sin dejar de cumplir su compromiso de mayordomía de los recursos de SJH. A fin de garantizar que SJH reciba el reembolso apropiado por los servicios prestados, se ofrecen varias opciones y programas de pago para apoyar las necesidades de los pacientes subasegurados o no asegurados. Cuando se determina que no es posible obtener una solución de pago mediante dichas opciones y programas de pago, se le provee al paciente información acerca del Programa de Asistencia Económica (FAP) de SJH.

Los procesos de cobro a los pacientes deberán cumplir las políticas de SJH en cuanto a la Asistencia Económica, incluido pero no limitado a lo siguiente:

- Cualquier paciente que solicita Asistencia Económica tendrá la oportunidad de presentar una solicitud y ser considerado.
- En sus comunicaciones verbales con los pacientes sobre a las facturas, cada Hospital SJH hará esfuerzos razonables por notificar a los pacientes sobre el FAP y cómo obtener ayuda con la Solicitud de Asistencia Económica.
- La necesidad de Asistencia Económica es un tema sensible y sumamente personal para los pacientes y sus familias. Todo empleado de SJH mantendrá confidencialidad sobre las solicitudes de asistencia, los datos proporcionados durante el proceso de solicitud, y el financiamiento o negación de dicha asistencia.

Continúa en la siguiente página

Asistencia Económica

Proceso de asistencia económica, continuación

Generalidades, continuación

- A fin de garantizar la satisfacción de las necesidades post-agudas y de seguimiento de los pacientes, a los pacientes que demuestran una falta de recursos económicos para pagar la atención o falta de cobertura de seguro externo, se les entregará información sobre programas patrocinados por el gobierno. SJH ayudará a los pacientes a solicitar los programas patrocinados por el gobierno y dará seguimiento hasta el momento de aceptación o negación.
- Auditores internos y externos realizarán una revisión periódica de esta política.

California: Los Hospitales SJH cumplen con las *Hospital Fair Pricing Policies* que se explican en el Código de California de Salud y Seguridad (secciones 127400-127446).

Lista de proveedores

Como parte de su adopción e implementación de esta Política, cada Hospital SJH incorporará una lista de aquellos médicos y otros proveedores que están cubiertos por esta política y una lista de los médicos y otros proveedores que no están cubiertos por esta política. Cada Hospital SJH proveerá dichas listas a cualquier paciente que solicite un ejemplar.

Continúa en la siguiente página

Asistencia Económica

Proceso de asistencia económica, continuación

Conciencia y enseñanza del paciente

Se hará esfuerzos razonables por notificar e informar a los pacientes sobre la disponibilidad de Asistencia Económica, usando los métodos explicados a continuación.

- Las cuentas de cobro del paciente incluirán un aviso claro y conspicuo que informe sobre la disponibilidad del programa de Asistencia Económica de SJH. (Para ver los requisitos detallados, consulte la página 20).
- Como parte del proceso de admisión o alta, se proveerá un resumen (folleto) del FAP en lenguaje sencillo.
- La política de FAP, el resumen (folleto) en lenguaje sencillo y la Solicitud de Asistencia Económica estarán disponibles en el sitio web de cada Hospital SJH.
- El resumen (folleto) del FAP en lenguaje sencillo se imprimirá como mínimo en inglés y español, y estará disponible en cada hospital en las áreas públicas de admisión incluidas, entre otras, la sala de urgencias y las áreas de admisión hospitalaria y ambulatoria.
- La traducción de la Política de Asistencia Económica de SJH, la Solicitud de Asistencia Económica y el resumen (folleto) del FAP en lenguaje sencillo deberá estar disponible en otros idiomas según determine necesario cada hospital, conforme a la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas.
- El personal de SJH hará un esfuerzo razonable por notificar verbalmente a los pacientes de la disponibilidad de Asistencia Económica cuando hablan de opciones de pago.
- Cada hospital SJH colocará avisos que informe al público sobre el Programa de Asistencia Económica. Dichos avisos deberán:
 - Estar a la vista en áreas del hospital de alto volumen de servicios ambulatorios y hospitalarios, que incluyen pero no se limitan a la sala de urgencias, oficina de facturación, áreas de admisión hospitalaria o inscripción ambulatoria y otras áreas comunes del hospital donde esperan pacientes, y en cualquier lugar donde el paciente podría pagar la cuenta del hospital.
 - Incluir datos de contacto de cómo puede el paciente obtener más información sobre la asistencia económica así como dónde solicitar dicha ayuda.

Estar en inglés y español y en cualquier otro idioma que represente 1,000 personas y 5 por ciento de la comunidad servida por el Hospital SJH, cualquiera sea menor.

Continúa en la siguiente página

Asistencia Económica

Proceso de asistencia económica, continuación

Solicitud de Asistencia económica

Una persona que cree que podría calificar para Asistencia Económica o ha solicitado Asistencia Económica deberá presentar una Solicitud de Asistencia Económica.

Las Solicitudes de Asistencia Económica están disponibles sin costo en los lugares designados por cada Hospital SJH, por correo postal o en el sitio web del Hospital SJH.

Cada Hospital SJH tendrá disponible personal designado para ayudar a los pacientes a completar la Solicitud de Asistencia Económica y determinar su derecho a la Asistencia Económica de SJH o la asistencia económica de los programas de seguro financiados por el gobierno, de aplicarse.

Se ofrece servicios de interpretación para tratar cualquier pregunta o duda y para ayudar a llenar la Solicitud de Asistencia Económica.

Solicitudes incompletas

Si un paciente presenta una Solicitud de Asistencia Económica incompleta, SJH le enviará un aviso escrito pidiendo la información necesaria para completar la solicitud, proveerá datos de contacto para ayuda para completar la solicitud, y dará un plazo de por lo menos treinta (30) días a partir de la fecha del aviso para presentar la información faltante. SJH suspenderá cualquier ECA (de haber) que haya iniciado contra el paciente. SJH no negará Asistencia Económica porque falta información o documentación, a menos que dicha información o documentación esté descrita en esta política o en la Solicitud de Asistencia Económica.

Determinaciones

Los pacientes recibirán el aviso de la determinación de su derecho al FAP dentro de 30 días de presentar una solicitud llenada de Asistencia Económica.

Si una persona presenta una solicitud llenada de asistencia económica durante el plazo de solicitud, para cumplir sus requisitos de esfuerzo razonable, SJH:

- Suspenderá las ECAs
- Hará una determinación del derecho a asistencia económica y documentará la determinación
- Notificará a la persona por escrito de la determinación sobre el derecho a asistencia económica y la base de la determinación

SJH no determinará que una persona no tiene derecho a asistencia económica en base a información que el hospital tiene razón de creer es incorrecta o poco fidedigna.

Asistencia Económica

Proceso de asistencia económica, continuación

Niveles de aprobación

La determinación de asistencia económica la toma el personal aprobado del hospital según el nivel de autoridad del ministerio local.

Vigencia de las aprobaciones

Las aprobaciones de Asistencia Económica de SJH para los pacientes que completan el proceso de solicitud continuarán vigentes por seis meses a partir de la fecha de aprobación y por los seis meses anteriores a la fecha de aprobación. Para las cuentas previas, hasta los seis meses anteriores, solamente las cuentas que tengan saldos abiertos y pendientes recibirán el descuento de asistencia económica.

Resolución de conflictos

En el caso de un conflicto referente a la calificación, el paciente puede presentar una apelación escrita pidiendo la reconsideración. A continuación se describe el proceso:

Fase	Descripción	Quién lo realiza
1	Presenta la apelación, la cual debe incluir una explicación del conflicto del paciente y la lógica de una reconsideración.	El paciente
2	Estudia la apelación y considera todas las declaraciones escritas sobre el conflicto y cualquier documentación anexa. Dentro de 30 días de recibirse la apelación escrita, provee al paciente una explicación escrita de los hallazgos y la determinación.	Un Director del Ciclo de Ingresos
3	Si después de la reconsideración por el Director del Ciclo de Ingresos el paciente cree que el conflicto sigue sin resolverse, puede presentar una solicitud escrita pidiendo la reconsideración.	El paciente
4	Estudia la apelación escrita del paciente y su documentación, así como los hallazgos del Director del Ciclo de Ingresos. Toma una determinación y provee al paciente una explicación escrita de los hallazgos. El proceso de resolución de conflictos concluye con la decisión definitiva del Vicepresidente del Ciclo de Ingresos.	Vicepresidente del Ciclo de Ingresos

Nota: El Vicepresidente del Ciclo de Ingresos de cada Hospital tendrá la autoridad y responsabilidad definitivas para determinar si una persona califica para Asistencia Económica en conformidad con esta Política y si el Hospital puede, por lo tanto, tomar ECAs contra dicha persona.

Asistencia Económica

Requisito de ingresos

Fuentes de los ingresos familiares

Para los fines de esta política, las fuentes del ingreso de la Familia del Paciente incluyen, entre otros:

- Salarios y sueldos brutos
- Ingresos de trabajo independiente
- Intereses y dividendos (excluyéndose cualquier plan de jubilación o compensación diferida)
- Arriendos y alquileres de bienes raíces
- Seguro Social
- Manutención conyugal
- Manutención de hijos
- Pagos por desempleo y discapacidad
- Asistencia pública
- Además, se tomará en cuenta el 50% de los Activos Monetarios Aptos que tenga el paciente después de los primeros diez mil dólares (\$10,000).

Los ingresos familiares consisten en las fuentes antemencionadas de todos los dependientes de la persona económicamente responsable, si aparecen como dependientes en la declaración de impuesto a la renta.

Pruebas de ingresos

En aquellos casos donde no se dispone de documentación, puede verificarse los ingresos del paciente mediante su firma en la solicitud de asistencia dando fe de la veracidad de los datos de ingresos proporcionados. Si es dudosa la prueba de ingresos, debe pedirse inmediatamente una validación de los ingresos. El hospital puede conceder Asistencia Económica aún si no se provee toda la información o documentación.

Texas:

El paciente presentará toda la documentación necesaria sobre los ingresos, incluyendo copias de los formularios del IRS, el W-2 de salarios e ingresos, estados de pago por discapacidad, talones de nómina recientes, etc. Una solicitud para un programa gubernamental (es decir, programas de ayuda con medicamentos de receta, DHS, SSI o algún otro documento firmado de un programa federal), puede servir para calificar a la persona para asistencia económica.

California:

La documentación de ingresos se limitará a talones de nómina o declaraciones de impuesto a la renta recientes.

Continúa en la siguiente página

Asistencia Económica

Requisito de ingresos, continuación

Uso de datos **California:** No se utilizará para actividades de cobro de deudas ninguna información sobre los ingresos o activos monetarios del paciente que obtenga el Hospital SJH a fin de determinar un derecho bajo esta política.

Requisitos de ingresos – Hospitales de TX

La asistencia completa o parcial para los pacientes de Covenant Health System se basa en el criterio explicado a continuación:

Si...	Entonces...
El ingreso bruto anual es del 175% o menos de las directrices actuales de FPL,	Se determina que el paciente es económicamente indigente y califica para Asistencia Económica con una pérdida contable del 100%.
El ingreso bruto anual está entre el 176% y 300% de las directrices actuales de FPL,	Al paciente se le ha determinado ser médicamente indigente. El reembolso por servicios o la responsabilidad del paciente no excederá el AGB de ninguna cuenta de paciente hospitalizado. El reembolso de servicios en las cuentas Ambulatorias se determinará según la Calculadora de SJH de Asistencia Económica para los Hospitales de Texas. La responsabilidad del paciente bajo estas circunstancias no excederá el AGB.
El paciente incurre en responsabilidad económica en exceso de \$75,000.00,	A esto se considera ser un "evento médico catastrófico" debido a los altos costos médicos. La Gerencia podría determinar que el paciente califica para asistencia económica basado en el monto de responsabilidad del paciente, los cobros facturados, los ingresos y los activos, y puede, a su propio criterio, conceder Asistencia Económica sin tener toda la información o documentación. Bajo estas circunstancias, la responsabilidad del paciente no excederá el AGB.

Continúa en la siguiente página

Asistencia Económica

Requisito de ingresos, continuación

Requisitos de ingresos –
Hospitales de CA

Cualquier paciente subasegurado o no asegurado, cuyos ingresos familiares representan menos del 500% del índice federal de pobreza (FPL), que no puede pagar su cuenta hospitalaria, será considerado calificado para asistencia económica. La ayuda completa o parcial se basa en el criterio explicado a continuación:

Si los ingresos de la familia son de...	Y el paciente está...	Entonces...																						
200% del FPL o menos,	Subasegurado o no está asegurado	Se considerará como pérdida contable la totalidad (100%) de la parte de la factura por la cual es responsable el paciente.																						
201% - 350% del FPL,	No asegurado,	La obligación de pago del paciente representará un porcentaje del AGB para ese servicio, según la escala variable a continuación: <table border="1" data-bbox="738 970 1437 1461"> <thead> <tr> <th>Si el % del FPL representado por los ingresos es de...</th> <th>Entonces el % del AGB es...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>201 – 215%</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>216 – 230%</td> <td>20%</td> </tr> <tr> <td>231 – 245%</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>246 - 260%</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>261 – 275%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>276 – 290%</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>291 – 305%</td> <td>70%</td> </tr> <tr> <td>306 – 320%</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>321 – 335%</td> <td>90%</td> </tr> <tr> <td>336 – 350%</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	Si el % del FPL representado por los ingresos es de...	Entonces el % del AGB es...	201 – 215%	10%	216 – 230%	20%	231 – 245%	30%	246 - 260%	40%	261 – 275%	50%	276 – 290%	60%	291 – 305%	70%	306 – 320%	80%	321 – 335%	90%	336 – 350%	100%
	Si el % del FPL representado por los ingresos es de...	Entonces el % del AGB es...																						
201 – 215%	10%																							
216 – 230%	20%																							
231 – 245%	30%																							
246 - 260%	40%																							
261 – 275%	50%																							
276 – 290%	60%																							
291 – 305%	70%																							
306 – 320%	80%																							
321 – 335%	90%																							
336 – 350%	100%																							
Asegurado,	Los pagos de seguro reducirán la obligación del paciente: <table border="1" data-bbox="714 1528 1464 1864"> <thead> <tr> <th>Si...</th> <th>Entonces...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>El pago dl seguro es más de AGB o igual al mismo,</td> <td>Se considerará como pérdida contable la totalidad (100%) de la parte de la factura por la cual es responsable el paciente.</td> </tr> <tr> <td>El pago del seguro es menos que el AGB,</td> <td>El paciente pagaría la diferencia entre el pago del seguro y el AGB.</td> </tr> </tbody> </table>	Si...	Entonces...	El pago dl seguro es más de AGB o igual al mismo,	Se considerará como pérdida contable la totalidad (100%) de la parte de la factura por la cual es responsable el paciente.	El pago del seguro es menos que el AGB,	El paciente pagaría la diferencia entre el pago del seguro y el AGB.																	
Si...	Entonces...																							
El pago dl seguro es más de AGB o igual al mismo,	Se considerará como pérdida contable la totalidad (100%) de la parte de la factura por la cual es responsable el paciente.																							
El pago del seguro es menos que el AGB,	El paciente pagaría la diferencia entre el pago del seguro y el AGB.																							

Continúa en la siguiente página

Asistencia Económica

Requisito de ingresos, continuación

Requisitos de ingresos –
Hospitales de CA, continuación

Si los ingresos de la familia son de...	Y el paciente está...	Entonces...
351% - 500% del FPL,	No asegurado,	El paciente paga el monto del AGB.
	Asegurado,	El paciente pagaría la diferencia entre el pago del seguro y el AGB.
Por encima del 500% del FPL,	Incurrir responsabilidad económica según la definición de "costos médicos altos",	El paciente no paga más que el AGB.

Clasificación automática para la asistencia económica

Bajo las siguientes circunstancias especiales, se le puede considerar al paciente calificado para Asistencia Económica *sin el requisito absoluto de que presente una solicitud de asistencia económica*:

Circunstancia	California	Texas
Con derecho a otros programas calificados según el FPL	(Tratado en la sección de <i>Otras circunstancias especiales</i> a continuación.)	Tiene documento que acredita su derecho a estampillas alimenticias u otros programas públicos para los cuales el criterio de derecho se basa en adherencia estricta a las Directrices Federales sobre la Pobreza.
Discapacitado	Tiene un caso de SSI remitido por el examinador de discapacidad	
Fallecido	Ha fallecido y carece de cobertura de seguro de terceros o de patrimonio identificable	Ha fallecido sin patrimonio y sin cónyuge superviviente.
Carece de techo	Se determina que carece de techo y no tiene seguro de terceros	
Tratado en la sala de urgencias, sin posibilidad de facturar	Es tratado en la Sala de Urgencias, pero el hospital no puede emitir una factura	
Access to Care	Es tratado bajo el Programa Access to Care	N/A
Remitido por una clínica comunitaria	Los servicios prestados son el resultado de una remisión aprobada de una clínica comunitaria afiliada.	

Nota: En estas circunstancias, el monto de Asistencia Económica será igual a la pérdida contable de toda (100%) la parte que corresponde al paciente en la factura de servicios.

Continúa en la siguiente página

Asistencia Económica

Requisito de ingresos, continuación

Otras circunstancias especiales

Los pacientes que tienen derecho a los programas calificados por FPL como Medical, Medicaid y a otros programas de asistencia patrocinados por el gobierno para quienes tienen bajos ingresos, serán considerados indigentes. Dichos pacientes, por lo tanto, califican para Asistencia Económica cuando los programas niegan el pago y luego consideran que los cargos son facturables al paciente. Los saldos de las cuentas de pacientes que resultan de cargos no reembolsados, califican en su totalidad como pérdidas contables caritativas. Se incluye específicamente como calificados los cargos relacionados con los siguientes:

- Estadías hospitalarias negadas
 - Días de atención hospitalaria negados
 - Servicios no cubiertos
 - Negaciones de la Solicitud de Autorización de Tratamiento (TAR, por sus siglas en inglés)
 - Negaciones debido a cobertura con restricciones
-

Derecho presunto a la caridad

SJH entiende que es posible que una parte de la población de pacientes subasegurados o sin seguro no participe en el proceso tradicional de solicitud de asistencia económica. Si el paciente no provee la información requerida, SJH puede utilizar una herramienta automatizada predictiva de puntuación para calificar a las personas para Asistencia Económica.

Asistencia Económica

Facturación y cobro al paciente

Directrices de facturación Con sujeción a esta Política, el Hospital puede tomar toda y cualquier medida legal, incluso las ECAs, para obtener el pago de los servicios médicos prestados. Al hacerlo, el Hospital utilizará una serie de declaraciones, cartas y contactos telefónicos con el paciente y remisión de la parte responsable, empezando con la primera factura post-alta y continuando a intervalos regulares de aproximadamente 30 días en conformidad con el ciclo habitual de facturación del Hospital.

Las facturas enviadas a los pacientes incluirán un aviso claro y conspicuo que informa al paciente del Programa de Asistencia Económica de SJH e incluye datos de contacto apropiados. Este aviso también informará al paciente de lo siguiente:

- Que podría tener derecho a programas como Medicare, MediCal (CA), Medicaid (TX), Covered California, el Mercado de Seguro Médico de Texas u otro programa de cobertura médica financiada por un estado o condado.
- Cómo puede el paciente solicitar alguno de estos programas y que el Hospital le proveerá al paciente la solicitud. (CA)
- Que el Hospital remitirá al paciente a un centro local de asistencia al consumidor ubicada en una oficina de servicios jurídicos.(CA)
- Que el paciente debe notificar al hospital si tiene cobertura de seguro médico, Medicare, Medi-Cal (CA), Medicaid (TX) o alguna otra cobertura.
- Que el paciente podría calificar para un Plan de Pagos Razonable y/o Asistencia Económica según el FAP, si el paciente no tiene seguro o tiene seguro insuficiente, y reúne el criterio de derecho establecido en el FAP. (CA)
- Que el paciente puede visitar el sitio web del Hospital SJH para obtener más información sobre el FAP, incluso cómo descargar la Política de Asistencia Económica, el resumen en lenguaje sencillo y la Solicitud de Asistencia Económica.
- Que el paciente puede comunicarse por teléfono con una oficina específica del Hospital SJH, a un teléfono designado, para pedir información sobre el FAP y ayuda con la Solicitud de Asistencia Económica.
- Los montos cobrados a personas con derecho al FAP para cualquier Tratamiento Urgencia o Atención Médicamente Necesaria no excederá el AGB para ese mismo servicio.

No es permitido facturar a los pacientes durante el proceso de revisión de la Solicitud de Asistencia Económica.

- Debe suspenderse la facturación una vez que se reciba la Solicitud de Asistencia Económica del paciente.
- Se levantará la suspensión de la facturación en cuanto se toma una decisión definitiva sobre la solicitud presentada.

Continúa en la siguiente página

Asistencia Económica

Facturación y cobro al paciente, continuación

- Directrices de facturación, continuación**
- En ningún caso tomará un Hospital SJH ninguna ECA sin que el Hospital SJH primero haga Esfuerzos Razonables por determinar, durante el Plazo de Notificación, si la persona califica para Asistencia Económica; y para llevar a cabo su propia misión, SJH en ningún momento hará lo siguiente:
- Tomará acciones que requieren un proceso legal o judicial, que incluye, entre otros:
 - Embargar o incautar cuentas bancarias.
 - Causar el arresto o sujeción a una orden de arresto de la persona.
 - Vender la deuda del paciente a otras partes [sin la aprobación del Ejecutivo Financiero del Hospital].

Cualquier esfuerzo por cobrar deudas médicas que realice un filial, subsidiaria o agencia de cobros externa del Hospital o SJH debe acatar las normas establecidas en esta política, incluida la definición y aplicación de un Plan de Pago Razonable [CA] y Asistencia Económica. Cada Hospital SJH garantizará que las restricciones impuestas por esta Política, Sección 501(r) y, en California, en las *Hospital Fair Pricing Policies*, sean establecidas en cualquier acuerdo que exista entre el Hospital SJH y cualquier filial, subsidiaria o agencia de cobros externa.

California:

En su trato con pacientes que tienen derecho a Asistencia Económica, el Hospital no utilizará embargos de salario o impondrá gravámenes sobre hogares, no reportará a agencias de información crediticia, y no participará en ningún proceso legal o judicial con el fin de cobrar cuentas hospitalarias no pagadas, sin primero determinar si califican. Este requisito no impide a los Hospitales buscar ser reembolsados de liquidaciones de responsabilidad de terceros.

Para un paciente que carece de cobertura, o para un paciente que provee información de que podría ser un paciente con Costos Médicos Altos, ni el Hospital, ni ningún cesionario del Hospital, otro dueño de la deuda del paciente, incluyendo una agencia de cobro, reportará información adversa a una agencia de información crediticia y tampoco iniciará acción judicial civil contra el paciente por incumplimiento de pago antes de que transcurran 150 días posteriores a la primera factura post-alta.

Si un paciente está tratando de calificar para Asistencia Económica y hace un intento de buena fe de liquidar una cuenta pendiente con el Hospital mediante la negociación de un Plan de Pago Razonable o con pagos parciales regulares en un monto razonable, el Hospital no enviará ninguna factura no pagada a ninguna agencia de cobro u otro cesionario.

Continúa en la siguiente página

Asistencia Económica

Facturación y cobro al paciente, continuación

Facturación al paciente en cuanto se apruebe el FAP

Si se determina que una persona califica para Asistencia Económica, SJH:

- Proveerá una cuenta de cobro que muestra los montos debidos por la persona en su calidad de persona con derecho al FAP e indica o describe cómo se hizo la determinación.
 - Tomará medidas razonables para revertir cualquier ECA tomada contra la persona.
 - Reembolsará cualquier pago que haya hecho la persona en exceso.
 - Proveerá una cuenta de cobro que indica cualquier monto debido por la persona, cómo se determinó el monto y dónde obtener información sobre el cálculo del AGB.
-

Limitaciones a los cargos

Los Hospitales SJH limitarán al AGB, como máximo y según lo define esta política, cualquier suma facturada a los pacientes que califican para el programa de Asistencia Económica para Tratamiento Urgente o Atención Medicamente Necesaria.

Plan de pago razonable

California: Una vez que el paciente ha sido aprobado para Asistencia Económica parcial, SJH negociará un plan de pagos. En los casos donde no es posible llegar a un acuerdo sobre el monto del pago mensual, SJH ofrecerá un Plan de Pagos Razonable. El Plan de Pagos Razonable consistirá en pagos mensuales que no exceden el 10 por ciento del ingreso familiar mensual del paciente, excluyendo cualquier deducción por Gastos Esenciales de la Vida que el paciente haya incluido en su Solicitud de Asistencia Económica.

Continúa en la siguiente página

Asistencia Económica

Facturación y cobro al paciente, continuación

Reembolsos al paciente

Si el paciente o su garante ha pagado un depósito o hecho un pago parcial para los servicios, y luego se determina que califica para atención gratis o descontada bajo el Programa de Asistencia Económica de SJH, cualquier monto pagado en exceso de la obligación de pago verdadero, de haber, será reembolsado al paciente.

No es permitido aplicar a otras deudas o cuentas con saldos abiertos que tenga el paciente o su representante familiar con el hospital ningún monto sobre pagado y reembolsable al paciente. Todo y cualquier suma pagadera será reembolsada al paciente o su representante familiar dentro de un plazo razonable.

California: El hospital reembolsará al paciente cualquier monto que haya pagado en exceso de la suma pagadera bajo esta política, con intereses. Dichos intereses empezarán a acumularse el primer día en que se determina la obligación de pago del paciente o garante a través del proceso del Programa de Asistencia Económica. Los intereses pagaderos acumularán a la tasa del 10% por año según se dispone en la Sección 685.010 del Código de Procedimiento Civil de California, empezando el día en que el hospital recibe el pago del paciente. Sin embargo, el hospital no reembolsará al paciente o pagará interés si el monto debido es menos de cinco dólares (\$5.00). El hospital extenderá crédito al paciente por el monto debido, por un mínimo de 60 días a partir del día en que el dinero es pagadero.

Texas: No se paga intereses a los pacientes y los depósitos de los pacientes no son reembolsables.

Asistencia Económica

Anexo A

**Lista de
hospitales****California:**

St. Joseph Hospital of Orange
St. Jude Medical Center
Mission Hospital
St. Mary Medical Center
Santa Rosa Memorial Hospital
Petaluma Valley Hospital
Queen of the Valley Medical Center
St. Joseph Hospital, Eureka
Redwood Memorial Hospital

Texas:

Covenant Hospital Lubbock
Covenant Specialty Hospital
Covenant Children's Hospital
Covenant Hospital Plainview
Covenant Hospital Levelland
