



LOMA LINDA UNIVERSITY
MEDICAL CENTER – MURRIETA

LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICAL CENTER – MURRIETA

POLÍTICA OPERACIONAL

CATEGORÍA: FINANZAS

CÓDIGO: M-C-22

ASUNTO: POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

EFFECTIVA: 05/2022

REEMPLAZA: 12/2020

PÁGINA: 1 de 16

PROPÓSITO:

El propósito de esta política es definir el criterio que se usará en *Loma Linda University Medical Center – Murrieta* (LLUMC-M) 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, con sus modificaciones, y las regulaciones correspondientes y la Ley de Políticas de Precios Justos de los Hospitales en California (*California Hospital Fair Pricing Policies Act*).

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

ALCANCE DE LA POLÍTICA:

Esta política se refiere a la asistencia financiera proporcionada a los pacientes por parte de LLUMC-M por servicios médicamente necesarios. Todas las solicitudes de asistencia financiera hechas por los pacientes, familiares, médicos o personal del hospital deben ser consideradas según los términos de esta política. Esta política no aplica a los servicios prestados por los médicos en LLUMC-M. (Se puede obtener una lista de los doctores que NO están cubiertos bajo la Política de Asistencia Financiera de LLUMC-M en <https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#LLUMC-M>).

FILOSOFÍA:

Como una organización con bases religiosas, LLUMC-M se esmera en satisfacer las necesidades médicas de los pacientes en su área geográfica de servicio. La misión de LLUMC-M es: “*Continuar con el ministerio de curación de Jesucristo y restaurar la plenitud del hombre*”. La Misión de LLUMC-M está claramente demostrada a través de esta Política. La primera y más importante responsabilidad de LLUMC-M es velar que sus pacientes reciban atención médica de manera compasiva, puntual y apropiada, en consideración a la privacidad, dignidad y el consentimiento informado del paciente.

Por lo general, LLUMC-M brinda servicios médicos a los pacientes que viven en el área de Murrieta y sus alrededores. Para ayudar a satisfacer las necesidades de sus pacientes, LLUMC-M tiene programas de asistencia financiera disponibles para los pacientes que no tienen seguro médico o tienen cobertura insuficiente y pudieran necesitar ayuda para pagar la factura del hospital. Estos programas incluyen programas de cobertura patrocinados por el gobierno, Atención Caritativa y atención caritativa con descuento, conforme a lo aquí descrito.

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

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Monto generalmente facturado (AGB):

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

Atención Caritativa (Charity Care)

Los servicios ofrecidos como Atención Caritativa total se definen como cualquier servicio médicamente necesario para pacientes internos o ambulatorios que tengan ingresos por debajo del 200% del nivel federal de pobreza actual, y que haya demostrado elegibilidad según los requerimientos descritos en esta Política de Asistencia Financiera de LLUMC-M.

Atención Caritativa parcial con descuento:

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

Cargos brutos:

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

Plan de pago calificado:

Los planes de pago establecidos por los pacientes que calificaron para el *pago con descuento* por medio de esta Política están clasificados como “Plan de pago calificado”. A dichos planes de pago no se les aplicará ningún tipo de interés al monto adeudado por el paciente/fiador. En caso de que LLUMC-M y el paciente/fiador no puedan llegar a un acuerdo sobre las condiciones para un plan de

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

Pautas del Nivel Federal de Pobreza (FPL):

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

Estimado de buena fe:

Es un presupuesto que el personal de Registración de LLUMC-M le da al paciente y representa un cálculo aproximado del precio real que deberá pagar por los servicios recibidos en LLUMC-M. El personal de Registración hará todo lo posible para preparar y entregar un cálculo de buena fe. Sin embargo, es posible que el personal no pueda predecir todos los servicios médicos que posteriormente y en realidad ordenará el médico que atienda, trate, o que brinde consulta al paciente.

Departamento de servicios internacionales:

El Comité de Atención Caritativa Internacional deberá revisar y aprobar todos los casos de atención caritativa internacional conforme al criterio de su presupuesto anual (consulte la política interna [International Benefit \(C-51\)](#)). Los casos revisados y aprobados por el Comité no son elegibles para asistencia financiera a través de esta Política.

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

Dependiendo de la elegibilidad individual del paciente, LLUMC-M puede otorgar asistencia financiera para pagar facturas por concepto de atención caritativa y pago con descuento. Si una persona solicita dichos servicios de beneficencia y no proporciona la debida información que se necesita para poder tomar una determinación, LLUMC-M tomará en cuenta dicho incumplimiento al tomar la decisión. Es posible que se niegue la asistencia financiera cuando el paciente o el encargado de la cuenta no reúna los requisitos de elegibilidad establecidos en esta Política.

Servicios médicamente necesarios:

La asistencia financiera según esta Política debe aplicar a servicios médicamente necesarios como se define en la sección 14059.5 del Código de Bienestar e Instituciones de California (*California Welfare & Institutions Code*). Un servicio es médicamente necesario o una necesidad de salud cuando el servicio es razonable y necesario para proteger la vida, prevenir una enfermedad o discapacidad grave, o para aliviar un dolor intenso. Quedan excluidos de esta definición los servicios *exclusivos* para los que exista terapias alternativas médicamente eficaces. Ejemplos: 1) Servicios cosméticos y/o cirugía plástica; 2) Servicios de infertilidad; 3) Corrección de la vista; 4) Terapia de radiación con protones; 5) Procedimientos robóticos; 6) Dispositivos Ortopédicos/Prótesis; 7) Embarazo subrogado; y 8) Otros servicios que son primordialmente para la comodidad y/o conveniencia del paciente.

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

1. Para las personas mayores de 18 años de edad, cónyuge, pareja de hecho (*domestic partner*), según lo define el Artículo 297 del Código de Familia en California (*California Family Code*), y a los hijos dependientes menores de 21 años, sin importar si viven o no bajo su techo.
 - 1.1 Pareja de hecho: Una pareja doméstica debe estar establecida en California cuando ambas partes presenten una Declaración Jurada de Pareja de Hecho ante la Secretaría del Estado en conformidad a esta división, y, al momento de presentar dicha declaración, reúnen todos los siguientes requisitos:
 - a. Ambas personas viven en la misma residencia.
 - b. Ninguna de las personas está casada con alguien más, ni forma parte de otra relación de unión libre con otra persona sin antes haber terminado, disuelto, o anulado legalmente esta relación.
 - c. Ninguna de las dos personas tiene lazos consanguíneos que de alguna manera les impediría casarse en este estado.
 - d. Ambas personas tienen al menos 18 años de edad.
 - e. Cualquiera de las siguientes cláusulas:
 1. Ambas personas son miembros del mismo sexo.
 2. Una o ambas personas cumplen los criterios de elegibilidad bajo el Título II de la Ley de Seguridad Social (*Social Security Act*) según se define en la Sección 402(a) del Código 42 U.S.C. (*United States Code*) para beneficios del seguro por vejez, o del Título XVI de la Ley de Seguridad Social según se define en la Sección 1381 del Código 42 U.S.C. para individuos de edad avanzada. Pese a cualquier otra estipulación en esta sección, las personas de sexos opuestos no pueden constituir una unión de hecho, a menos que una o ambas sean mayores de 62 años de edad.
 - f. Ambas personas están en capacidad de consentir la unión de hecho.
2. Para las personas menores de 18 años, los padres, los familiares cuidadores y otros hijos menores de 21 años del padre de familia o del familiar cuidador.

A. RESPONSABILIDADES GENERALES DEL PACIENTE

1. Ser honesto: Los pacientes deben ser honestos y sinceros al proporcionar toda la información que LLUMC-M les solicite como parte del proceso de evaluación de asistencia financiera. Ellos deben presentar documentación de elegibilidad que sea real y verdadera, razonablemente necesaria para recibir asistencia financiera a través de cualquier programa gubernamental que ofrezca cobertura o por medio de esta Política. La honestidad implica y requiere la plena y completa revelación de información y/o documentación requerida.

2. Participar activamente y completar el proceso de evaluación financiera: Es necesario que todos los pacientes que no cuenten con un seguro y aquellos que soliciten asistencia financiera llenen una Solicitud de asistencia financiera. Antes de irse de LLUMC-M, los pacientes deben verificar qué información o documentación adicional deberán entregar a LLUMC-M. El paciente comparte la responsabilidad de entender y cumplir con la fecha límite de LLUMC-M o de otros programas de asistencia financiera para presentar la documentación.
3. Cancelación de la totalidad de los montos adeudados (*out-of-pocket*): Los pacientes deben saber que tienen que pagar cualquier monto adeudado en su cuenta al momento de recibir los servicios. Dichos montos adeudados pueden incluir entre otros aspectos los:
 - 3.1 Copagos
 - 3.2 Deducibles
 - 3.3 Depósitos
 - 3.4 Cantidades por costos compartidos de Medi-Cal/Medicaid
 - 3.5 Estimados de buena fe
4. Compartir la responsabilidad por la atención hospitalaria: Cada paciente comparte la responsabilidad por la atención que recibe. Esto incluye hacer su parte para obtener las recetas o cualquier otro seguimiento médico después del alta hospitalaria. También tiene la responsabilidad de asegurarse que se hayan hecho todos los arreglos para saldar la cuenta del hospital. Es de suma importancia que cada paciente o su representante coopere y se comunique con el personal de LLUMC-M, durante y después de brindado el servicio.

B. PROCESO y RESPONSABILIDADES del HOSPITAL

1. La elegibilidad según esta Política de Asistencia Financiera es para cualquier paciente cuyo ingreso familiar está por debajo del 400% del nivel federal de pobreza actual, si no tiene cobertura de seguro médico, o si lo tiene, no le cubre la totalidad del pago de la cuenta.
2. La Política de Asistencia Financiera de LLUMC-M utiliza un único formulario de solicitud para los pacientes, tanto para la atención caritativa total como para la atención caritativa parcial con descuento. El proceso está diseñado para brindar a cada paciente la oportunidad de recibir el máximo beneficio de asistencia financiera para el cual reúna los requisitos. La Solicitud de asistencia financiera le brinda al hospital la información necesaria para poder determinar la elegibilidad del paciente, la cual se utilizará para autorizar al paciente o a su representante familiar para recibir la máxima cobertura disponible a través de programas gubernamentales y/o bajo esta Política.

3. Los pacientes elegibles podrían calificar y aplicar para asistencia financiera siguiendo las instrucciones en la solicitud y haciendo todos los esfuerzos razonables para proporcionar a LLUMC-M la documentación e información, de manera que LLUMC-M pueda determinar su elegibilidad para recibir cobertura bajo el programa apropiado. Dicha elegibilidad en sí, no constituye una obligación o derecho a obtener servicios bajo esta Política. Primero, LLUMC-M debe completar un proceso de evaluación del solicitante y determinar su elegibilidad antes de concederle atención caritativa total o atención caritativa parcial con descuento.
4. Esta Política debe contar con la cooperación individual de los pacientes que pudieran calificar para asistencia total o parcial. Para facilitar la obtención de información financiera del paciente de manera correcta y puntual, LLUMC-M utilizará una Solicitud de asistencia financiera. A todos los pacientes que no puedan demostrar que tienen cobertura de seguro médico, se les ofrecerá la oportunidad de llenar dicha solicitud.
5. A los pacientes que no cuenten con seguro también se les ofrecerá información, asistencia y referimiento a programas gubernamentales para los que pudieran ser elegibles; así como información referente a cobertura médica a través del programa *Covered California*. Además, recibirán información para contactar a los programas locales de asistencia legal al consumidor, los cuales podrían ayudar a los pacientes no-asegurados a obtener cobertura.
6. Los pacientes con cobertura insuficiente cuyos ingresos están por debajo del 400% del nivel federal de pobreza y que quedan debiendo un saldo después de que su seguro ha pagado, también pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera. Cualquier paciente que solicite ayuda financiera deberá llenar una Solicitud de asistencia financiera.
7. Dicha Solicitud se debe llenar en cuanto haya alguna indicación de que el paciente pudiera tener la necesidad de recibir asistencia financiera. La solicitud se puede llenar antes de recibir los servicios, durante la hospitalización, o después de haberlos recibido y haya sido dado de alta.
8. Llenar una Solicitud de Asistencia Financiera proporciona:
 - 8.1 La información necesaria para que LLUMC-M pueda determinar si el paciente cuenta con el suficiente ingreso para pagar por los servicios;
 - 8.2 La documentación necesaria para determinar la elegibilidad para asistencia financiera; y
 - 8.3 Las pruebas de auditoría que documentan los esfuerzos que hace LLUMC-M para proporcionar asistencia financiera.
9. Sin embargo, no es necesario llenar una Solicitud de asistencia financiera si LLUMC-M, a su absoluta discreción, determina que tiene suficiente información financiera del paciente para fundamentar una decisión de elegibilidad para asistencia financiera. (Refiérase a la Sección E. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES DE ATENCIÓN CARITATIVA).

C. ELEGIBILIDAD: ATENCIÓN CARITATIVA TOTAL / PARCIAL CON DESCUENTO

1. La elegibilidad para asistencia financiera total o parcial con descuento se debe determinar exclusivamente en base a la capacidad de pago del paciente y/o su representante familiar. Dicha elegibilidad no deberá basarse bajo ningún modo en la edad, género, identidad de género, orientación sexual, origen étnico, nacionalidad, condición de veterano, discapacidad o religión del paciente. Si bien la asistencia financiera no se brindará de manera discriminatoria o arbitraria, LLUMC-M mantiene su total discreción, de acuerdo con las leyes y regulaciones, para establecer criterios de elegibilidad y determinar cuándo un paciente ha proporcionado evidencia suficiente de su elegibilidad para recibir asistencia financiera.
2. LLUMC-M proporcionará ayuda directa a los pacientes o a sus representantes familiares durante el proceso de registración para facilitar el proceso de llenar la solicitud de asistencia financiera. Llenar dicha solicitud y presentar toda la información suplementaria necesaria puede ser un requisito para establecer elegibilidad para obtener asistencia financiera.
3. Dado que LLUMC-M atiende una gran cantidad de emergencias de menor gravedad y urgencias médicas a miembros de la comunidad, hay casos en los que se trata de evitar la inconveniencia de tener que llenar la solicitud. Aunque los cobros por la atención médica de emergencia pueden ser bastante altos, tales casos son menos frecuentes que muchos otros casos menores que se atienden. Cuando el cobro por visitas a la sala de emergencias o al servicio de urgencias es menor de \$5,000 es posible que el paciente o su representante sólo tenga que llenar y firmar una Solicitud, en cuyo caso, puede que no tenga que presentar los comprobantes de salario ni la declaración de impuestos. Sin embargo, en caso de que el cobro supere los \$5,000 el paciente o su representante deberá presentar los debidos comprobantes de ingreso, ya sea la declaración federal de impuestos o copias de por lo menos dos talonarios de salarios recientes.
4. Posteriormente, podría ser necesario que el paciente y/o su representante familiar tenga que enviar la debida documentación a LLUMC-M. Las instrucciones para presentar la debida documentación se le darán al paciente cuando llene la solicitud. El paciente y/o el representante familiar que solicite asistencia a LLUMC-M para cumplir con su obligación financiera deberá hacer todos los esfuerzos para brindar la información que le pidan, esto es para que LLUMC-M pueda determinar su elegibilidad para recibir dicha asistencia. La Solicitud y la documentación adicional requerida se deben enviar a la oficina de cobro *Patient Business Office* (PTO). En las instrucciones para llenar la solicitud encontrará claramente la dirección de dicha oficina.
5. LLUMC-M tiene personal que ha sido capacitado para revisar que las solicitudes de asistencia financiera estén completas y correctas. La revisión de solicitudes se hará a la brevedad posible tomando en cuenta las necesidades del paciente de recibir una pronta respuesta.
6. Los factores a considerar para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera conforme a esta política pueden incluir:
 - 6.1 El ingreso familiar; el cual está basado en la declaración de impuestos, comprobantes de salarios recientes, u otra información relevante presentada por el paciente en ausencia de dichos documentos; y

6.2 El tamaño de la familia

7. Dependiendo del nivel de elegibilidad del paciente o su representante, el paciente podría reunir los requisitos para recibir asistencia financiera como atención caritativa total y atención caritativa parcial con descuento, según lo define esta Política de Asistencia Financiera. Solamente el personal aprobado de LLUMC-M podrá tomar una determinación de otorgar asistencia financiera conforme a los siguientes niveles de autoridad:
 - 7.1 Gerente de la Oficina de Cobro PTO: Cuentas inferiores a \$ 50,000
 - 7.2 Director de la Oficina de Cobro PTO: Cuentas inferiores a \$100,000
 - 7.3 Vicepresidente Asistente de Finanzas: Cuentas inferiores a \$250,000
 - 7.4 Vicepresidente de Ingresos Presupuestarios: Cuentas superiores a \$250,000
8. Una vez tomada la determinación, la elegibilidad para Asistencia Financiera corresponderá a las fechas y los servicios específicos que el paciente y/o su representante hayan solicitado. En casos en los que el paciente requiera atención continua y servicios relacionados a la misma debido a su diagnóstico, LLUMC-M, a su absoluta discreción, podría tratar la atención continua como un sólo caso y aprobar la elegibilidad para todos los servicios relacionados proporcionados por LLUMC-M. Cualquier monto pendiente de otras cuentas preexistentes al momento de determinar si califica o no para la asistencia financiera, será incluido para ser cancelado, a la absoluta discreción de la gerencia de LLUMC-M.
9. Bajo ninguna circunstancia se exonerará al paciente de su responsabilidad de pagar el costo compartido de Medi-Cal/Medicaid que le corresponde. Sin embargo, una vez que el paciente haya pagado su parte, cualquier balance no cubierto o adeudado relacionado con dicho costo compartido podría ser considerado como Atención Caritativa.
10. Los pacientes que tengan sus ingresos entre el 201% y el 400% del nivel federal de pobreza no pagarán más de lo que Medicare generalmente pagaría por un servicio similar. Esto deberá aplicarse a todos los servicios médicamente necesarios, ya sean servicios internos, ambulatorios, recurrentes y de emergencia proporcionados por LLUMC-M.
11. A los pacientes elegibles bajo esta Política se les cobrará menos que los cobros brutos.

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

PACIENTE SIN SEGURO

1. Si el ingreso familiar de un paciente no-asegurado es de 200% o menor del nivel de pobreza establecido en las pautas actuales del FPL, y el paciente llena todos los demás requisitos para recibir asistencia financiera, su caso califica para atención caritativa total.

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

TABLA 1
Escala proporcional de descuento

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

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

PACIENTE ASEGURADO

1. Si el ingreso familiar del paciente es 200% o menor del nivel de pobreza establecido en las pautas actuales del FPL, y el paciente llena todos los demás requisitos para recibir asistencia financiera, LLUMC-M aceptará el monto pagado por el seguro médico, y el paciente no tendrá que pagar nada adicional.
2. Si el ingreso familiar del paciente está entre el 201% y el 400% del nivel de pobreza establecido en las pautas actuales del FPL, y el paciente llena todos los demás requisitos para recibir asistencia financiera, la siguiente regla aplicará:
 - 2.1 Para los servicios brindados al paciente que tiene cobertura médica de modo que el paciente es responsable solamente de una porción del monto cobrado (por ej., del deducible o copago), entonces la obligación del paciente es pagar la cantidad

equivalente a la diferencia entre lo que el seguro haya pagado y el monto bruto (tarifa completa de Medicare, es decir, nivel salarial, IME, DME etc., y monto a pagar por el paciente) que Medicare hubiese pagado por los servicios si el paciente fuese beneficiario de Medicare (Por ej., si el seguro pagó más del monto permitido por Medicare, el paciente no adeuda nada más, pero si el seguro pagó menos de esa cantidad, el paciente tendrá que pagar la diferencia entre la cantidad pagada por el seguro y el monto permitido por Medicare).

3. Si el ingreso familiar del paciente es mayor del 400% del nivel de pobreza establecido en las pautas actuales del FPL, la siguiente regla aplicará:
 - 3.1 Para los servicios brindados al paciente con cobertura de seguro médico, de modo que el paciente es responsable solamente de una porción del monto cobrado (por ej., un deducible o copago), entonces la obligación del paciente es pagar la cantidad equivalente a la diferencia entre lo que el seguro haya pagado y el monto bruto que hubiese pagado por los servicios, más un veinte por ciento (20%). Por ejemplo, si el seguro pagó más del monto permitido por Medicare más un 20%, el paciente no adeudará nada más, pero si el seguro pagó menos del monto permitido por Medicare más un 20%, el paciente tendrá que pagar la diferencia entre la cantidad pagada por el seguro y un monto equivalente al monto permitido por Medicare más un 20%.

E. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES DE ATENCIÓN CARITATIVA

1. Si el personal de Registración de LLUMC-M determina que un paciente vive como una persona indigente (*homeless*) y que no tiene cobertura médica, automáticamente será considerado elegible para recibir atención caritativa total.
2. Los pacientes fallecidos sin ninguna cobertura de seguro médico, ni herencia documentada, ni una audiencia testamentaria programada, serán considerados automáticamente elegibles para recibir atención caritativa total.
3. Los pacientes que en los últimos doce (12) meses fueron declarados en quiebra por orden de una corte federal de bancarrotas serán considerados como elegibles para atención caritativa total. El paciente o su representante familiar deberá proporcionar una copia del documento expedido por la corte como parte de los comprobantes de su solicitud.
4. A los pacientes atendidos en la sala de emergencias, a quienes LLUMC-M no pueda enviarles un estado de cuenta, podría cancelárseles la deuda como Atención Caritativa (por ejemplo, si el paciente se va antes de obtener la información financiera). Todas estas circunstancias se deben anotar en la cuenta del paciente como parte esencial del proceso de documentación.

5. Cualquier paciente que haya recibido servicios hospitalarios, proporcionados de buena fe por LLUMC-M, puede ser considerado elegible para atención caritativa cuando se determine que no es posible facturar a ninguna de las partes debido a las siguientes circunstancias:
 - A. No se puede identificar ninguna cobertura de seguro médico.
 - B. No se puede confirmar la información de contacto del paciente o fiador (por ej., no se conoce una dirección, teléfono u otros datos de contacto válidos).
 - C. El correo postal ha sido devuelto.
 - D. Se ha llevado a cabo un seguimiento de rastreo y no se ha descubierto información adicional que permita el contacto con el paciente o fiador.

6. LLUMC-M considera que los pacientes elegibles para programas de asistencia gubernamental para personas de bajos recursos (por ej., *Medi-Cal/Medicaid, California Children's Services* y cualquier otro programa local o estatal parecido) son automáticamente elegibles para atención caritativa total cuando el programa gubernamental no cubra los gastos. Por ejemplo, los pacientes que califican para recibir Medi-Cal/Medicaid, así como otros programas para personas de bajos recursos (por ej., CHDP y algunos CCS); son elegibles para Asistencia Financiera, en dado caso que estos programas no paguen por todos los servicios o días de internamiento. Conforme a esta Política de Asistencia Financiera, estos tipos de balances no-reembolsados de la cuenta del paciente se consideran elegibles cancelarse en su totalidad como Atención Caritativa; incluyendo específicamente aquellos cobros denegados de internamientos o días extras en el hospital. También se consideran como Atención Caritativa todas las solicitudes denegadas para autorización de tratamiento (TAR) hechas a los pacientes de Medi-Cal/Medicaid y a otros pacientes con programas gubernamentales para personas de bajos recursos, y otros casos denegados (por ej., cobertura limitada).

7. Cualquier evaluación para asistencia financiera relacionada a pacientes que tienen Medicare debe incluir un análisis razonable de los activos y pasivos, ingresos y gastos de los pacientes antes de ser elegibles para el programa de asistencia financiera. Dichas evaluaciones de asistencia financiera se deben hacer antes de completar los servicios por parte de LLUMC-M.
 - 7.1 Pese a lo antes mencionado, la porción de la cuenta que corresponde al paciente de Medicare – (a) la cual le toca pagar al paciente (el deducible y coseguro), (b) la cual no cubre el seguro ni ninguna otra persona incluyendo Medi-Cal/Medicaid, y (c) la cual no es reembolsable por Medicare como deudas incobrables, podría clasificarse como atención caritativa si:
 - a. El paciente es beneficiario de Medi-Cal/Medicaid u de otro programa que atiende las necesidades de salud a pacientes de bajos recursos; o
 - b. El paciente, califica de algún otro modo para recibir asistencia financiera bajo esta Política, pero solo en la medida que esta Política permita la cancelación de la deuda.

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

F. CRITERIO PARA REASIGNAR UNA DEUDA INCOBRABLE COMO ATENCIÓN CARITATIVA

1. Todas las agencias de cobranza contratadas por LLUMC-M para dar seguimiento y/o cobrar deudas irrecuperables o incobrables utilizarán el siguiente criterio para identificar cualquier cambio de estatus para pasar una cuenta de incobrable a Atención Caritativa:
 - 1.1 Todas las cuentas de los pacientes deben carecer de un seguro (incluyendo cobertura de programas gubernamentales o de otro seguro responsable del pago) o el paciente tiene un seguro substancialmente insuficiente; y
 - 1.2 El paciente o su representante familiar debe tener una puntuación de crédito y/o comportamiento dentro del percentil 25 más bajo del puntaje crediticio cuando se use cualquier método de evaluación de crédito; y
 - 1.3 El paciente o representante familiar no ha realizado ningún pago en los 180 días después de que se envió su cuenta a una agencia de cobranza; y
 - 1.4 Los intentos para comunicarse con el paciente o el fiador por vía telefónica y/o correo postal no han sido exitosos; y
 - 1.5 La agencia de cobranza ha determinado que el paciente o su representante no tiene los medios visibles para realizar el pago y, por lo tanto, no puede pagar; y
 - 1.6 El paciente o su representante no tiene un número válido de seguro social, o un domicilio concretamente definido para poder determinar un puntaje crediticio; y

- 1.7 El paciente o fiador no posee bienes inmuebles; y
 - 1.8 La dirección proporcionada al hospital por el paciente o fiador es incorrecta o no fue proporcionada del todo; y
 - 1.9 No se puede obtener información sobre el empleo y/o el empleador.
2. Todas las cuentas que la agencia de cobranza devuelva para la reasignación de Cuenta Incobrabable a Atención Caritativa serán evaluadas por el personal del Departamento de Facturación de LLUMC-M antes de reclasificarlas en el sistema de contabilidad y registros del hospital.

G. NOTIFICACIÓN PARA LOS PACIENTES

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

H. PLAN DE PAGO CALIFICADO

1. Cuando LLUMC-M haya tomado una determinación con respecto al descuento, el paciente tendrá la opción de saldar cualquier monto adeudado en un solo pago, o programar un plan de pagos a plazo con un “Plan de Pago Calificado”.
2. LLUMC-M conversará las opciones del plan de pagos con cada paciente que solicite un plan para pagar a plazos. El plan individual de pagos se dispondrá en base a la capacidad del paciente de poder cumplir eficazmente con dicho plan de pagos. Como regla general, el plan de pagos se programará de manera que la cuenta se salde en menos de 12 meses.

-
3. LLUMC-M negociará con el paciente en buena fe; sin embargo, no está en obligación alguna de aceptar los términos del plan de pagos ofrecido por el paciente. En el dado caso que LLUMC-M y un paciente o el responsable del pago no puedan llegar a un acuerdo para establecer un Plan de Pago Calificado, el hospital usará la fórmula del "Plan de Pago Razonable" como lo define la Sección 127400 (i) del Código de Salud y Seguridad como la base para el plan de pagos. Un "Plan de Pago Razonable" significa pagos mensuales que no sean más del 10 por ciento del ingreso familiar del paciente por mes, excluyendo las deducciones de gastos básicos del diario vivir. Para aplicar la fórmula del "Plan de Pago Razonable", LLUMC-M recopilará información de los ingresos y "gastos básicos del diario vivir" de la familia del paciente de acuerdo con dicho estatuto. LLUMC-M utilizará un formulario estandarizado para recopilar dicha información. Cada paciente o responsable del pago que desee establecer un plan de pagos aplicando el "Plan de Pago Razonable" deberá presentar la información solicitada de ingresos y gastos familiares, a menos que los representantes de LLUMC-M decidan no solicitarla.
 4. No se cobrarán intereses a las cuentas de los pacientes elegibles durante el tiempo que dure el plan de pagos negociado, según lo establecido en la Política de Asistencia Financiera.
 5. Una vez que el plan de pagos ha sido aprobado por LLUMC-M, cualquier incumplimiento de pago de manera consecutiva por un período de 90 días, se convertirá en un plan de pago moroso. Si las circunstancias del paciente llegasen a cambiar y no pudiera efectuar los pagos, es responsabilidad del paciente o del responsable del pago ponerse en contacto con la Oficina de Cobro de LLUMC-M (*Patient Business Office*). Sin embargo, en caso de que la cuenta esté morosa, LLUMC-M tratará dentro de lo posible, comunicarse por teléfono con el paciente o su representante, y también le notificará por escrito sobre la tardanza en los pagos. El paciente tendrá una oportunidad de volver a negociar la extensión del plan de pagos poniéndose en contacto con el representante de dicha oficina de cobro dentro de los catorce (14) días posteriores a la fecha de la notificación escrita de su retraso. Si el paciente no pide volver a negociar una extensión del plan de pagos dentro de esos catorce (14) días, el plan de pagos quedará anulado y la cuenta se enviará a una agencia de cobranza (*collection agency*).
 6. Preferiblemente, todos los pagos se deben procesar por medio de un proveedor independiente de Transferencia Electrónica de Fondos. Sin embargo, en el caso de que el paciente o su representante indique que quiere pagar bajo un plan de pagos sin utilizar dichos servicios electrónicos, LLUMC-M hará todo lo posible por satisfacer dicha petición, siempre y cuando el paciente pague la extensión del plan de pagos con dinero en efectivo, cheque, giro postal o tarjeta de crédito.

I. RESOLUCIÓN DE DISPUTAS

1. En caso de que surgiera una controversia con respecto a elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera, el paciente puede presentar una apelación por escrito ante LLUMC-M para reconsiderar la decisión. Dicha apelación debe contener una explicación completa de las quejas del paciente y su justificación para reconsiderarla. Cualquier otra documentación relevante que apoye el reclamo del paciente debe adjuntarse a la apelación escrita.

2. Todas y cada una de las apelaciones serán revisadas por el Vicepresidente Asistente de la Oficina de Cobro, quien tomará en cuenta todas las declaraciones escritas y cualquier documentación adjunta. Luego, después de haberse hecho una revisión completa de los reclamos presentados, el Vicepresidente Asistente le dará al paciente una explicación por escrito de la investigación y la decisión tomada. Toda decisión hecha por el Vicepresidente Asistente será definitiva, y no se podrán hacer apelaciones adicionales.

J. AVISO AL PÚBLICO

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

K. REPORTES DE ATENCIÓN CARITATIVA TOTAL Y PAGO CON DESCUENTO

1. LLUMC-M reportará los servicios de Atención Caritativa que realmente haya proporcionado según los requisitos regulatorios del Departamento de Información y Acceso a la Salud (*Department of Health Care Access and Information - HCAI*), como lo describe la segunda edición del Manual de Contabilidad e Informes Hospitalarios. Para cumplir con este reglamento, LLUMC-M mantendrá documentación escrita de sus criterios para otorgar Atención Caritativa, y para los pacientes individuales, mantendrá documentación escrita de todas las decisiones tomadas en los casos de Atención Caritativa. Como lo requiere el HCAI, los casos atendidos como Atención Caritativa se registrarán conforme a los cobros reales por los servicios proporcionados.

-
2. LLUMC-M proporcionará una copia de la Política de Asistencia Financiera al HCAI, que incluye la política a seguir para atención caritativa total y atención parcial con descuento en un solo documento. Esta Política también contiene: 1) todos los procedimientos de calificación y elegibilidad de los pacientes; 2) una sola solicitud en la que puede pedir atención caritativa total y parcial con descuento; y 3) el proceso de revisión, tanto para la atención caritativa total como para el pago con descuento. Estos documentos se deben entregar al HCAI cada dos años o cada vez que se le haga un cambio significativo.

L. OTROS

1. Confidencialidad – Se reconoce que la necesidad de recibir asistencia financiera es un tema sensible y sumamente personal para quienes la reciben. Toda persona que busca o recibe asistencia financiera puede contar con que se mantendrá la confidencialidad de su solicitud, información, y financiación. La capacitación y selección del personal que implementará esta política deberá apearse a estos valores.
2. Requisitos de Buena Fe – LLUMC-M hace arreglos de asistencia financiera con los pacientes elegibles en buena fe y confía en que la información que presenta el paciente o su representante familiar es veraz y precisa. El hecho de proporcionar asistencia financiera no elimina el derecho de facturar por todos los servicios brindados, ya sea retroactivamente o al momento de brindarlos, si el paciente o su representante familiar deliberadamente han presentado información fraudulenta o errónea. Además, LLUMC-M se reserva el derecho de emplear todos los recursos, civiles y penales, de aquellos pacientes o de sus representantes que deliberadamente proporcionaron información fraudulenta y errónea para poder ser elegibles para la Política de Asistencia Financiera.
3. Política de Facturación y Cobro – LLUMC-M ha establecido una Política de Facturación y Cobro disponible en línea en <https://medical.center.lomalindahealth.org/financial-assistance#LLUMC-M>. Todas las acciones que LLUMC-M lleve a cabo para obtener información crediticia de un paciente o encargado de la cuenta, o en conexión con el envío de sus cuentas morosas a una agencia de cobranza externa, se hará de conformidad con la Política de Facturación y Cobro.