


Estado actual	N.º de política	06.03.04
 <p>Referencia a la Política del sistema: 06.03.01 Política de facturación y cobranza</p> <p>11.00.00 Cumplimiento de las leyes federales y estatales 1 en material de privacidad y confidencialidad. Definiciones</p>	Fecha de Vigencia:	5 de diciembre de 2017
	Última revisión:	20 de junio de 2018
	Última enmienda:	18 de septiembre de 2019 20 de junio de 2018 15 de enero de 2015 6 de junio de 2017 5 de diciembre de 2017
	Titular:	Rich Adcock Director ejecutivo
	Área de la política:	<input type="checkbox"/> Departamento _____ <input checked="" type="checkbox"/> En todo el hospital <input type="checkbox"/> En todo el sistema
POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA		

I. Objetivo

El objetivo de esta Política de asistencia financiera (“Política”) es asegurar que los hospitales de Verity presten servicios de atención médica y acceso igualitario a emergencias y a otros tratamientos terapéuticos y de diagnóstico necesarios por razones médicas, independientemente de la situación económica del paciente y de manera que respete la dignidad de los pacientes y de sus familias.

II. Política

Verity Health System of California, Inc. (“Verity”), a través de sus hospitales afiliados que se indican en el Anexo A (“Hospital” o, si es plural, “Hospitales”), brindará atención benéfica o pago reducido a pacientes de bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente que cumplan ciertos requisitos de elegibilidad, tal como se expone a continuación. Esta Política se adopta de acuerdo con la misión de los hospitales de Verity, los requerimientos establecidos en el Health & Safety Code (Código de Salud y Seguridad) de California, las condiciones pertinentes establecidas por el fiscal general del estado de California el 3 de diciembre de 2015 tal como se refleja en el “Acuerdo de reestructuración y asistencia” y en la sección 501(r) del Internal Revenue Code (Código de Rentas Internas), junto con las normas de implementación aplicables a dichos requerimientos. Esta Política no se aplica a médicos ni a otros proveedores médicos, incluidos los médicos de la sala de emergencias, los anestesiólogos, los radiólogos, los especialistas en medicina hospitalaria, los patólogos, etc., cuyos servicios no se incluyen en la factura del Hospital. (Consulte el Anexo E para ver una lista de los departamentos hospitalarios cubiertos por esta política).

III. Definiciones

“Importe normalmente facturado” (Amount Generally Billed, AGB) es el valor máximo que se le puede facturar a un paciente que es elegible para recibir la asistencia financiera de esta Política de asistencia financiera. Ningún paciente elegible para recibir la asistencia financiera deberá pagar un valor superior al AGB por los servicios elegibles (como se describe a continuación) prestados a dicho paciente. Verity Health calcula el AGB según cada centro mediante el método “retrospectivo” que consiste en la multiplicación de los “cargos brutos” (como se define a continuación) correspondientes a cualquier servicio elegible que se preste, por los porcentajes del AGB, los cuales se basan en reclamos anteriores aceptados según el modelo FFS (pago por servicio) de Medicare. En la metodología de cálculo del AGB, en el Anexo B1, se detalla el porcentaje del AGB de Verity Health y cómo se calculan los porcentajes del AGB.

“Atención benéfica” significa la prestación, sin cargo, de servicios necesarios por razones médicas a aquellos pacientes económicamente elegibles, cuyos ingresos sean equivalentes o inferiores al 200 por ciento del nivel federal de pobreza.

“Pago reducido” significa que el hospital limitará el pago previsto por los servicios necesarios por razones médicas a una tarifa con descuento para aquellos pacientes económicamente elegibles cuyos ingresos estén entre el 201 y el 350 por ciento, inclusive, del nivel federal de pobreza.

“Gastos básicos de vida” hace referencia a gastos de alquiler o pago y mantenimiento de la vivienda; alimentos y artículos del hogar; servicios públicos y de telefonía; vestimenta; gastos médicos y odontológicos; seguro; educación o cuidado de menores, manutención del cónyuge o de menores; transporte y gastos del vehículo, incluidos seguro, combustible y reparaciones; pago de cuotas; lavado de ropa y limpieza; y otros gastos extraordinarios.

“Nivel federal de pobreza” (Federal Poverty Level, FPL) se basa en los lineamientos de pobreza actualizados anualmente en el Registro Federal por el U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos). Los lineamientos actuales del FPL de Verity se incluyen en el Anexo 2. El Departamento de Gestión del Ciclo de Ingresos (“RCM”) de Verity actualizará anualmente los lineamientos del FPL a partir de la publicación de los lineamientos de pobreza actualizados en el Registro Federal.

“Paciente económicamente elegible” se refiere a un paciente que cumple con los dos requisitos siguientes:

1. Un paciente que cubre los costos por cuenta propia, como se define en la sección III.L o un
paciente con costos médicos altos, como se define en la sección III.J.
2. Un paciente con ingresos familiares que no exceden el 350 por ciento del nivel federal de pobreza.

“Cargos brutos” son los cargos totales de la cuenta de un paciente correspondientes a todos los servicios prestados.

“Hospital”, con inicial mayúscula, hace referencia a uno de los Hospitales afiliados a Verity, enumerados en el Anexo A.

“Ingresos” incluye, entre otros, sueldo, salarios, beneficios de la Seguridad Social, asistencia pública, compensaciones por desempleo o de indemnización de trabajadores, beneficios para veteranos, manutención de menores, pensión alimenticia u otras pensiones, pagos de seguros regulares o rentas vitalicias, ingresos provenientes de herencias y fideicomisos, activos retirados a través de extracciones bancarias, venta de propiedades o activos líquidos y pagos únicos de seguros o compensaciones.

“Servicio necesario por razones médicas” significa la prestación o la facturación, por parte del hospital, de un servicio o tratamiento de emergencia o que es necesario para tratar o diagnosticar a un paciente, que de ser omitido puede afectar negativamente su condición, enfermedad o lesión, y que no es un servicio o tratamiento considerado opcional o de cirugía estética.

“Paciente con costos médicos altos” se refiere a un paciente que cumple con *todos* los siguientes requisitos:

1. Un paciente que utiliza cobertura de un tercero (es decir, un paciente que no cubre los costos por cuenta propia).
2. Un paciente con ingresos familiares que no exceden el 350 por ciento del nivel federal de pobreza.
3. Un paciente cuyos gastos anuales de su propio bolsillo en el Hospital exceden el 10 por ciento de sus ingresos familiares en los 12 meses previos *o* cuyos gastos médicos anuales de bolsillo exceden el 10 por ciento de sus ingresos familiares, si el paciente proporciona la documentación sobre sus gastos médicos, o los de su familia, en los 12 meses previos.

“Familia del paciente” se refiere a lo siguiente:

1. Para personas de 18 años o más:
 - a. cónyuge;
 - b. pareja de hecho, tal como se la define en la sección 297 del California Family Code (Código Familiar de California);
 - c. niños dependientes menores de 21 años, vivan o no en la casa.
2. Para personas menores de 18 años:
 - a. padre/madre;
 - b. pariente a cargo de su cuidado;
 - c. otros niños menores de 21 años, de los padres o del pariente a cargo de su cuidado.

“Paciente que cubre los costos por cuenta propia” se refiere a un paciente que no tiene cobertura de un tercero de una aseguradora de salud, un plan de servicios de atención médica, Medicare ni Medi-Cal, y cuya lesión no es compensable para indemnizaciones de trabajo, seguros de automóvil u otros seguros, según como lo determine y documente el Hospital.

“Plan de pago razonable” se refiere a pagos mensuales que no superen el 10 por ciento de los ingresos familiares mensuales del paciente, con exclusión de las deducciones por gastos básicos de vida.

IV. Elegibilidad

A. Servicio elegible

1. Los programas de atención benéfica y de pago reducido aplican a todo tipo de servicios hospitalarios prestados o facturados por el Hospital, incluidos, entre otros, los servicios necesarios por razones médicas y sujetos a los términos de esta sección. Los servicios que no hayan sido prestados ni facturados por los Hospitales no están cubiertos por esta Política.
2. Los servicios que no sean necesarios por razones médicas no están cubiertos por esta Política, a menos que el servicio o el procedimiento haya sido indicado por un médico que sea miembro del personal de un Hospital afiliado a Verity.
3. Los médicos de emergencias que presten servicios de emergencia médica en un Hospital que brinde atención de emergencia están obligados por la ley a aplicar descuentos a los pacientes que cubren los costos por cuenta propia y a los pacientes con costos médicos altos que estén en el 350 por ciento o por debajo de este porcentaje del nivel federal de pobreza. Los pacientes deberán comunicarse con la oficina de facturación del médico de emergencias para obtener más información sobre programas de asistencia financiera para servicios de emergencia.

B. Elegibilidad general

1. La elegibilidad para recibir atención benéfica o el pago reducido conforme a esta Política se determinará de forma individual y se valorará mediante una evaluación de las necesidades, los recursos económicos y todas las obligaciones financieras, incluidos los gastos médicos, del paciente o de la familia.
2. La atención benéfica y el pago reducido se brindarán a los pacientes económicamente elegibles sin distinción de raza, religión, color, credo, edad, sexo, orientación sexual, nacionalidad o situación de inmigración.
3. Los activos monetarios analizados a fines de determinar la elegibilidad para participar en los programas de atención benéfica o de pago reducido no incluirán jubilaciones ni planes de compensación diferida calificados conforme al Internal Revenue Code ni planes de compensación diferida no calificados. Además, los primeros \$10,000 de los activos monetarios del paciente no se contarán al determinar la elegibilidad ni tampoco el 50 por ciento de los activos monetarios del paciente por encima de los primeros \$10,000. El hospital puede, sin embargo, solicitar excepciones o autorizaciones al paciente o a su familia para que se le permita obtener información de verificación de instituciones financieras o comerciales, u otras entidades que retengan o guarden los activos monetarios.
4. Antes de que un paciente sea elegible para participar en los programas de atención benéfica o de pago reducido, primero deben emplearse todos los recursos disponibles, incluidos entre otros, el seguro médico privado (incluida la cobertura que ofrece el Health Benefit Exchange [Intercambio de Beneficios de Salud] de California), Medicare, Medi-Cal, el Healthy Families Program (Programa Familias Saludables) el Children's Services Program (Programa de Servicios Infantiles) de California u otros programas financiados por el estado o el condado destinados a brindar cobertura médica.
5. Los pacientes que actualmente son elegibles para tener Medicaid, fuera de California, reunirán los requisitos para obtener un 100 por ciento de descuento conforme a esta Política, en caso de que el Hospital no haya inscrito el plan Medicaid del estado del paciente.

6. Determinar la elegibilidad para participar en los programas de atención benéfica y de pago reducido requiere de la plena cooperación de los pacientes y sus familias, quienes deben proporcionar y completar oportunamente la información y entregar los documentos que se les soliciten. Si una persona solicita una determinación de elegibilidad conforme a esta Política y no proporciona la información razonable y necesaria para que el Hospital determine la elegibilidad, el Hospital puede considerar ese incumplimiento en el momento de tomar la determinación.

C. **Elegibilidad específica.** Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera conforme a la sección C.1 o a la sección C.2, tal como se describe a continuación.

1. Programa de pago reducido. Tanto los pacientes que cubren los costos por cuenta propia como los pacientes con costos médicos altos pueden participar en el programa de pago reducido.
 - a) **Pacientes que cubren los costos por cuenta propia:** Para los pacientes que cubren los costos por cuenta propia y que tienen ingresos familiares de entre el 201 por ciento y el 350 por ciento, inclusive, del nivel federal de pobreza, cada Hospital limitará el pago previsto por los servicios prestados al menor de los importes de (A) el AGB, según lo calcule el Hospital utilizando el “método retrospectivo”, tal como se establece en las normas vigentes que implementen la sección 501(r) del Internal Revenue Code o (B) el mayor pago que el Hospital espera recibir, de buena fe, por la prestación de los servicios para Medicare, Medi-Cal, el programa Healthy Families (Familias Saludables) u otros programas de salud de beneficios médicos patrocinados por el gobierno en los que participe el Hospital. Consulte el Anexo B1 para obtener información sobre el importe normalmente facturado y el Anexo B2 para obtener información sobre la escala variable de asistencia financiera.
 - b) **Pacientes con costos médicos altos:** Para pacientes con costos médicos altos con ingresos de entre 201 por ciento y 350 por ciento, inclusive, del nivel federal de pobreza, cada Hospital limitará el pago previsto por los servicios prestados al menor de los importes de (i) el saldo luego de que se apliquen los pagos del seguro o (ii) la tarifa calculada de acuerdo con la sección C.1.a anteriormente mencionada.
 - (1) Luego de determinar la tarifa correspondiente, el Hospital aplicará la escala variable que se describe en el Anexo B2.
 - (2) Los pacientes que deseen obtener los beneficios del programa de pago reducido deberán realizar los esfuerzos necesarios para proporcionar al hospital la documentación sobre sus ingresos (limitada a los últimos comprobantes de pago o a declaraciones de impuesto sobre los ingresos) y sobre su cobertura de servicios de salud. Los pacientes con costos médicos altos también deberán proporcionar documentación sobre los gastos médicos pagados, por ellos o por sus familias, en los 12 meses previos.
 - (3) Una vez que se determina que un paciente es elegible para participar en el programa de pago reducido, no se le debe cobrar un valor mayor que lo que se factura normalmente a los individuos que tienen un seguro que cubre las emergencias u otra atención necesaria por razones médicas.

2. Programa de atención benéfica. Los Hospitales brindarán atención benéfica (*es decir*, atención gratis) a los pacientes económicamente elegibles que no puedan pagar, siempre que sus ingresos sean equivalentes o inferiores al 200 por ciento del nivel federal de pobreza. Los pacientes que deseen recibir atención benéfica deberán realizar los esfuerzos necesarios para proporcionar al Hospital la documentación sobre sus ingresos (incluidos los activos líquidos y no líquidos que posean, menos pasivos y obligaciones contra esos activos) y sobre su cobertura de servicios de salud.

V. Procedimientos de solicitud

A. Requisitos de notificación

1. Notificación publicada. Cada Hospital publicará información sobre la disponibilidad de los programas de atención benéfica y de pago reducido conforme a esta Política, tal como se expone en el Anexo C, en todas las zonas con gran número de pacientes, incluidas las áreas de admisión y registro, los departamentos de emergencias, los entornos ambulatorios y las oficinas de PFS (servicios financieros para el paciente).
2. Notificación por escrito. Cada Hospital notificará por escrito a los pacientes sobre la disponibilidad de los programas de atención benéfica y de pago reducido, incluida la información sobre elegibilidad, así como datos de contacto de la oficina o del empleado del Hospital que puede proporcionarle más información sobre esta Política. También se notificará por escrito a aquellos pacientes que reciban atención de emergencia o ambulatoria y a los que se les puedan facturar esos servicios, pero que no hayan ingresado como pacientes hospitalizados. La notificación tiene que estar disponible en inglés y en otros idiomas, tal como se determine en cada área de servicios primarios del hospital y de acuerdo con las leyes estatales y federales vigentes. Cada Hospital debe conservar un acuse de recibo por escrito que confirme la recepción de dicha notificación por parte del paciente.
 - a) Esta Política, el formulario de solicitud y un resumen en lenguaje sencillo de esta política deben estar ampliamente disponibles en los sitios web y se deben dar a conocer a los miembros de la comunidad que reciben los servicios de cada Hospital, tal como se establece en las normas de la sección 501(r) del Código.
3. Estados de cuenta. Los estados de cuenta del Hospital comunicarán la disponibilidad de los programas de atención benéfica y de pago reducido financiados por el gobierno a los pacientes elegibles y a cualquier paciente que no haya aportado pruebas de cobertura en el momento de la facturación. Cada hospital proporcionará, junto con la factura del paciente, la siguiente información:
 - a) un resumen de cuenta que detalle los cargos por los servicios prestados en el hospital;
 - b) una solicitud al paciente para que le informe al hospital si tiene cobertura de seguro de salud, incluidas Medicare, Healthy Families (Familias Saludables), Medi-Cal u otra cobertura;
 - c) un comunicado que explique cómo los pacientes pueden solicitar la cobertura financiada por el gobierno e indique que el hospital proporcionará estas solicitudes;

- d) el nombre y el número de teléfono del representante del hospital, o de su consultorio, de quien un paciente pueda obtener información sobre las políticas de asistencia financiera del hospital, y sobre cómo solicitar asistencia conforme a esas políticas, junto con la dirección directa del sitio web que contiene enlaces a copias de esta Política, un resumen en lenguaje sencillo y el formulario de solicitud de asistencia financiera conforme a esta Política.

B. Identificación de pacientes económicamente elegibles.

1. Los asesores financieros o el personal de Health Benefits Resource Center (Centro de Recursos de Beneficios de Salud, HBRC) de cada Hospital harán esfuerzos razonables para obtener del paciente, o de su representante, información sobre si el seguro de salud o el financiamiento, sean privados o públicos, cubrirán total o parcialmente los cargos por la atención que el Hospital le brindó al paciente.
2. Los asesores financieros y el personal del HBRC de cada Hospital asesorarán a los pacientes para que entiendan y soliciten programas financiados por el gobierno y de atención benéfica o de pago reducido.
3. Cada Hospital proporcionará información y solicitudes para Medi-Cal, Healthy Families Program (Programa Familias Saludables), Health Benefit Exchange (Intercambio de Beneficios de Salud) de California y cualquier otra cobertura de salud financiada por el estado o el condado para pacientes no asegurados en las áreas de registro, así como en la oficina del Departamento de Servicios Financieros para el Paciente (PFS). Si el paciente no indica que utiliza cobertura de un tercero pagador o no solicita una tarifa con descuento, cada Hospital le proporcionará la solicitud que le corresponda para los programas del gobierno aplicables. Dichas solicitudes estarán disponibles antes del alta (si el paciente ha sido hospitalizado) o para aquellos pacientes que estén recibiendo atención de emergencia o ambulatoria.
4. Si un paciente presenta una solicitud o tiene una solicitud pendiente para otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo que solicita los programas de atención benéfica o de pago reducido conforme a esta Política, ninguna de las solicitudes impedirá la elegibilidad para el otro programa.

C. Procedimiento de solicitud.

1. Se les entregará a los pacientes una solicitud de asistencia financiera, tal como se menciona en el Anexo D, para comenzar con la evaluación de requisitos para los programas de atención benéfica o de pago reducido conforme a esta Política. Los pacientes podrán ser remitidos a los programas de atención benéfica o de pago reducido por su médico, miembros de la familia, grupos comunitarios o religiosos, servicios sociales o personal del hospital.
2. La elegibilidad para participar en los programas de atención benéfica o de pago reducido requiere que el paciente, su garante o su representante legal proporcionen información precisa y hagan los esfuerzos razonables para presentar toda la documentación necesaria. Si una persona solicita una determinación de elegibilidad conforme a esta Política y no proporciona la información razonable y necesaria para que el Hospital determine la elegibilidad, el Hospital puede considerar ese incumplimiento en el momento de tomar la determinación.

3. No se rechazarán las solicitudes de asistencia financiera incompletas por información insuficiente hasta que no se le haya enviado una carta al paciente para pedirle que indique la información adicional u omitida que se necesita para completar la solicitud y para establecer una fecha límite después de la cual se rechazará la solicitud si no se proporciona la información requerida. Dicha fecha límite debe considerar un tiempo razonable luego de la notificación, dentro del cual se pueda proporcionar la información a la que se hizo referencia.
4. Si el paciente no completa la solicitud o si la solicitud no contiene información suficiente y el paciente no cumple con los requerimientos establecidos en las secciones V.C.2 y V.C.3, el Hospital utilizará un programa informático con un algoritmo de puntaje para evaluaciones de riesgo a fin de determinar la presunta elegibilidad antes de poner la cuenta del paciente en estado de pre-cobranza. El programa será un producto ampliamente aprobado en la industria y validado por una auditoría externa.
5. El personal del HBRC del Hospital proporcionará la presunta elegibilidad para recibir Medi-Cal a los solicitantes de asistencia financiera durante la visita al hospital.
6. La elegibilidad para participar en los programas de atención benéfica o de pago reducido es válida para la admisión individual. Se les pedirá a los pacientes elegibles que certifiquen la ausencia de cambios en su situación económica para admisiones posteriores o para facilitar la actualización de información sobre los cambios en su situación económica, según corresponda.
7. Los documentos que se utilizan para verificar los recursos financieros y los ingresos familiares del paciente en la solicitud de asistencia financiera pueden incluir, entre otros, los siguientes:
 - a) copias de recibos de pago, Seguridad Social, cheques por discapacidad o desempleo o cartas de adjudicación vigentes;
 - b) una copia de cualquier notificación de decisión o denegación de Medi-Cal;
 - c) los ingresos familiares del paciente y, si el paciente tiene 18 años o más, de su cónyuge o pareja de hecho, y de cualquier niño dependiente menor de 21 años, viva o no en la casa. Si el paciente es menor de 18 años, se considerarán sus ingresos, los ingresos de sus padres, tutores o parientes a cargo de su cuidado y otros niños menores de 21 años que vivan o no en la casa.
8. Las actividades de cobro se suspenderán tras la recepción de la solicitud (incluida una solicitud incompleta) y permanecerán en suspenso durante el proceso de determinación de elegibilidad.
9. Los Hospitales mantendrán en confidencialidad todas las solicitudes y la documentación complementaria, de acuerdo con la Política/el Procedimiento 11.0 de Verity Health System (VHS), en cumplimiento de la Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos, HIPAA) de 1996.
10. El Hospital puede determinar la elegibilidad para participar en los programas de atención benéfica o de pago reducido en cualquier momento, siempre que la información sobre la elegibilidad del paciente esté disponible. Las solicitudes que se reciban luego de 240 días desde la primera facturación al paciente deben contar con la aprobación del vicepresidente de Gestión del Ciclo de Ingresos.

- D. Notificación de determinación para los programas de atención benéfica o de pago reducido.
1. El Departamento del HBRC del Hospital proporcionará una determinación de elegibilidad al paciente o a su representante en un plazo de treinta (30) días luego de la recepción de la solicitud de asistencia financiera completa, incluida toda la documentación requerida.
 2. Se le enviará al paciente o a su representante una notificación sobre la determinación tomada para la participación en los programas de atención benéfica o de pago reducido. En esta notificación se indicará el importe que el paciente adeuda y el importe del descuento, si lo hubiere, que se aplicará a su cuenta.
 3. Un paciente o su representante puede apelar una determinación proporcionando información adicional, como una verificación de ingresos o una explicación de circunstancias atenuantes, al director del HBRC en un plazo de treinta (30) días de la notificación de determinación del Hospital. El director del HBRC del Hospital revisará todas las apelaciones y decidirá al respecto. Se notificará al paciente o su representante sobre los resultados.
- E. Plan de pago extendido.
1. Un paciente que califique para participar en el programa de pago reducido deberá cooperar con el Hospital para establecer un plan de pago extendido. Si el paciente y el Hospital no pueden acordar un plan de pago extendido, el Hospital establecerá un plan de pago razonable. Dicho plan de pago deberá ser negociable, sin intereses y basarse en la tabla que se muestra abajo.

Saldo de la cuenta	Cantidad de meses
Menos de \$250	4 meses
\$250.01-\$500	6 meses
\$500.01-\$1,000	10 meses
\$1,000.01-\$2,500	12 meses
\$2,500.01-\$5,000	24 meses
Más de \$5,000.01	36 meses

2. Un paciente que califique para participar en el programa de pago reducido deberá actuar de buena fe para cumplir con el plan de pago. Los pacientes tienen la responsabilidad de comunicar al Departamento de Servicios Financieros para el Paciente (PFS) si, en algún momento, se rompe el acuerdo sobre el plan de pago.
3. Un Hospital puede declarar inactivo un plan de pago extendido (incluso un plan de pago razonable) si el paciente no realiza los pagos consecutivos durante un periodo de 90 días. Antes de declarar inactivo un plan de pago extendido, el Hospital, una agencia de cobros o un cesionario hará un intento razonable de comunicarse telefónicamente con el paciente, notificarlo por escrito sobre la posible inactividad del plan de pago extendido e informarle que puede renegociar los términos del plan de pago.
4. Cualquier variación o alteración de un plan de pago acordado deberá ser aprobada por el vicepresidente de Gestión del Ciclo de Ingresos de VHS.

VI. Procedimientos de cobro a pacientes económicamente elegibles

- A. Cada Hospital tendrá una política por escrito de facturación y cobranza que establezca cuándo y bajo qué autoridad la deuda de un paciente se seguirá para su cobro y si el cobro será realizado por el Hospital, una filial, una subsidiaria del Hospital o por cualquier agencia de cobros externa. Cada Hospital hará copias de dicha política de facturación y cobranza, disponible al público sin cargo llamando al Departamento de Atención al Cliente del Hospital o consultando la información del sitio web del Hospital de Verity en www.Verity.org.
- B. Todo acuerdo por escrito entre un Hospital y una agencia que recaude los pagos pendientes del Hospital requerirá que la filial, subsidiaria o la agencia de cobros externa del Hospital que cobre la deuda cumpla con la definición e implementación del plan de pago razonable, tal como se establece en esta Política. Además, las agencias de cobro contratadas por el Hospital deberán llevar a cabo prácticas justas para el cobro de deudas, de acuerdo con esta Política, y deberán actuar de manera que las personas sean tratadas con dignidad, respeto y compasión.
- C. Antes de comenzar con las acciones de cobro, cada Hospital o su cesionario deberá notificar por escrito al paciente sobre (1) la disponibilidad de servicios de asesoramiento crediticio sin fines de lucro en el área y (2) un resumen en lenguaje sencillo de los derechos del paciente conforme a la sección 127430(a) del Health and Safety Code (Código de Salud y Seguridad) de California, siendo suficiente el siguiente resumen si aparece sustancialmente de la siguiente manera:
 1. Las leyes federales y estatales obligan a los recaudadores de deudas a mantener un trato justo con usted y les prohíben hacer falsas declaraciones o amenazas de violencia utilizando lenguaje profano u obsceno y realizar comunicados indebidos a terceros, incluido su empleador. A menos que se presenten circunstancias excepcionales, los recaudadores de deuda no pueden comunicarse con usted antes de las 8:00 a.m. ni después de las 9:00 p.m. Generalmente, un recaudador no proporcionará información sobre su deuda a un tercero, salvo que sea su abogado o cónyuge. Un recaudador puede contactar a otra persona para confirmar su ubicación o para hacer cumplir un dictamen. Para obtener más información acerca de las acciones de cobro, puede comunicarse con la Federal Trade Commission (Comisión Federal de Comercio) llamando al 1-877-FTC-HELP (382-4357) o ingresando en www.ftc.gov.
 2. Cada Hospital proporcionará también esta notificación a los pacientes, junto con cualquier documentación que indique la posibilidad de inicio de acciones de cobro.

- D. Ningún Hospital iniciará acciones legales por deudas impagas contra una familia en la que el principal proveedor de sustento esté desempleado o donde no existan fuentes de ingresos significativas.
- E. Los pacientes económicamente elegibles que acepten el plan de pago mensual y cumplan con este no serán remitidos a una agencia de cobro ni denunciados en agencias de crédito.
- F. Cada Hospital espera que sus agencias de cobro externas tengan la aprobación del vicepresidente de Gestión del Ciclo de Ingresos de VHS antes de iniciar acciones legales contra una persona que cumple con los requisitos de paciente económicamente elegible conforme a esta Política.
- G. Al tratar con pacientes elegibles conforme a cualquier parte de esta Política, cada Hospital o su cesionario, siendo una filial o una subsidiaria del Hospital, no podrá realizar embargos de salario ni gravámenes sobre la vivienda principal como forma de cobrar las facturas impagas del Hospital a un paciente económicamente elegible.
- H. Al tratar con pacientes elegibles conforme a cualquier parte de esta Política, una agencia de cobro u otro cesionario que no sea una filial o una subsidiaria del Hospital no realizará embargos de salario (excepto por orden judicial) ni anunciará ni efectuará el remate de la residencia principal del paciente como forma de cobrar las facturas impagas del Hospital.
- I. Ni la sección VI.G ni la sección VI.H de esta Política impedirán al Hospital, la agencia de cobro u otro cesionario procurar el pago de las deudas o utilizar recursos de ejecución a través de la liquidación de pasivos de terceros, autores del daño u otra parte legalmente responsable.
- J. Si un paciente tiene la intención de ser elegible para participar en los programas de atención benéfica o de pago reducido y está intentando, de buena fe, liquidar una factura pendiente con un Hospital a través de la negociación de un plan de pago extendido o realizando regularmente pagos parciales por un monto razonable, entonces el Hospital no remitirá las facturas impagas a una agencia de cobro u otro cesionario, a menos que la entidad haya aceptado cumplir con esta Política.
- K. Ningún Hospital ni cesionario del Hospital o agencia de cobro transmitirán información perjudicial a una agencia de información crediticia del consumidor, ni iniciarán acciones legales contra un paciente económicamente elegible conforme al programa de pago reducido por falta de pago de una deuda en cualquier momento antes de los 150 días de iniciada la facturación. Este periodo podrá extenderse si el paciente tiene una solicitud pendiente de cobertura de los servicios hasta que se tome la determinación final de la solicitud.
 - 1. Un Hospital no llevará a cabo acciones de cobro extraordinarias en contra de ningún individuo para recibir el pago por la atención médica antes de que el Hospital haya hecho, de acuerdo con esta Política y la ley vigente, los esfuerzos razonables para determinar si el individuo es elegible para recibir asistencia financiera según esta Política.
 - 2. Una “acción de cobro extraordinaria” es cualquiera de las siguientes acciones llevadas a cabo para recaudar el monto de una deuda por los servicios prestados: (i) la postergación o negación de más atención, (ii) la notificación de la deuda a una agencia de créditos, (iii) la venta de la deuda incobrable a un tercero, a menos que se cumplan ciertos requerimientos, o (iv) cualquier actividad que incluya una acción legal o judicial (como presentar una demanda, gravámenes a la propiedad, embargos, etc.).

- L. Ninguna información reunida por cualquier Hospital para determinar elegibilidad para participar en los programas de atención benéfica o de pago reducido se utilizará para actividades de cobro. Sin embargo, el Hospital, la agencia de cobro o el cesionario pueden utilizar información obtenida independientemente del proceso de elegibilidad para participar en los programas de atención benéfica o de pago reducido.

VII. Referencias

- A. Health and Safety Code (Código de Salud y Seguridad) de California secciones 127400–127446 (Políticas de Precios Justos en Hospitales) y secciones 127450–127462 (Políticas de Precios Justos de Médicos de Emergencias)
- B. Family Code (Código de Familia) de California sección 297 (Definición de pareja de hecho)
- C. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de los EE. UU., Lineamientos de Pobreza, *disponible en* <http://aspe.hhs.gov/poverty/>
- D. Internal Revenue Code (Código de Rentas Internas) sección 501(c)(3) (Organizaciones exentas de impuestos)

VIII. Implementación y revisión

- A. Esta Política la implementarán el presidente y el director ejecutivo de VHS, los presidentes y directores ejecutivos de los hospitales y el vicepresidente de Gestión del Ciclo de Ingresos de VHS.
- B. El presidente y director ejecutivo de VHS, los presidentes y directores ejecutivos de los hospitales y el vicepresidente de Gestión del Ciclo de Ingresos de VHS revisarán esta Política anualmente para analizar su cumplimiento y pertinencia.

IX. Anexos

- A. Hospitales afiliados a Verity
- B1. Importe normalmente facturado
- B2. Escala variable de asistencia financiera
- C. Notificación al paciente
- D. Solicitud de asistencia financiera
- E. Lista del departamento de los Hospitales afiliados a Verity

ANEXO A1
HOSPITALES AFILIADOS A VERITY

ST. FRANCIS MEDICAL CENTER
3630 EAST IMPERIAL HIGHWAY
LYNWOOD, CA 90262

ST. VINCENT MEDICAL CENTER
2131 WEST THIRD STREET
LOS ANGELES, CA 90057

SETON MEDICAL CENTER
1900 SULLIVAN AVENUE
DALY CITY, CA 94015

SETON MEDICAL CENTER – COASTSIDE
600 MARINE BOULEVARD
MOSS BEACH, CA 94038



ANEXO A2

PROGRAMAS DE ATENCIÓN BENÉFICA Y PAGO REDUCIDO

Todas las solicitudes de asistencia financiera se deben enviar por correo a:

- Verity Health System
A/A: Health Benefit Resource Center (HBRC)
1900 Sullivan Avenue
Daly City, California, 94015

Las consultas relacionadas con la asistencia financiera se deben dirigir a:

- (888) 874-2585

ANEXO B1

CÁLCULO DEL IMPORTE NORMALMENTE FACTURADO

Verity Health System brinda asistencia financiera y atención benéfica a los pacientes que cumplen los criterios de elegibilidad detallados en la Política de asistencia financiera (Financial Assistance Policy, FAP). Una vez que se reduce la cuenta del paciente mediante el ajuste por asistencia financiera basado en la Política, el paciente/garante debe pagar el resto de la deuda pendiente, que no debe ser mayor a los importes normalmente facturados (AGB) a los individuos que tienen seguro médico para emergencias o atención necesaria por razones médicas. Verity Health System determina el AGB a través del método “retrospectivo”. El porcentaje del AGB se calcula sobre la base de los reclamos anteriores aceptados según el modelo FFS (pago por servicio) de Medicare con una fecha de baja correspondiente al año fiscal anterior (julio-junio). Para estos reclamos, la suma de todos los importes de reembolso aceptados se divide por los cargos brutos asociados. El porcentaje del AGB se aplica a partir del 1 de julio de cada año.

Importes normalmente facturados – Solo FFS de Medicare		
En vigor desde el 30 de junio de 2019		
Importes normalmente facturados		
<i>Hospital</i>	<i>Hospitalización</i>	<i>Atención ambulatoria</i>
Seton	14.00%	10.00%
Coastside	N/C	10.00%
St. Francis	21.00%	8.00%
St. Vincent	14.00%	13.00%
Source: Reimbursement Department		

ANEXO B2

**ESCALA VARIABLE DE ASISTENCIA FINANCIERA
DESCUENTO COMO PORCENTAJE DE LOS CARGOS BRUTOS**

NIVEL FEDERAL DE POBREZA Y DESCUENTO ASOCIADO												
N.º DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA O GRUPO FAMILIAR	NIVEL FEDERAL DE POBREZA (FPL) *	200 % del FPL 1	215 % del FPL 0.9	230 % del FPL 0.8	245 % del FPL 0.7	260 % del FPL 0.6	275 % del FPL 0.5	290 % del FPL 0.4	305 % del FPL 0.3	320 % del FPL 0.2	335 % del FPL 0.1	351 % del FPL 0
		Descuento	Descuento	Descuento	Descuento	Descuento	Descuento	Descuento	Descuento	Descuento	Descuento	Descuento
1	\$12,140	\$24,280	\$26,101	\$27,922	\$29,743	\$31,564	\$33,385	\$35,206	\$37,027	\$38,848	\$40,669	\$42,611
2	\$16,460	\$32,920	\$35,389	\$37,858	\$40,327	\$42,796	\$45,265	\$47,734	\$50,203	\$52,672	\$55,141	\$57,775
3	\$20,780	\$41,560	\$44,677	\$47,794	\$50,911	\$54,028	\$57,145	\$60,262	\$63,379	\$66,496	\$69,613	\$72,938
4	\$25,100	\$50,200	\$53,965	\$57,730	\$61,495	\$65,260	\$69,025	\$72,790	\$76,555	\$80,320	\$84,085	\$88,101
5	\$29,420	\$58,840	\$63,253	\$67,666	\$72,079	\$76,492	\$80,905	\$85,318	\$89,731	\$94,144	\$98,557	\$103,264
6	\$33,740	\$67,480	\$72,541	\$77,602	\$82,663	\$87,724	\$92,785	\$97,846	\$102,907	\$107,968	\$113,029	\$118,427
7	\$38,060	\$76,120	\$81,829	\$87,538	\$93,247	\$98,956	\$104,665	\$110,374	\$116,083	\$121,792	\$127,501	\$133,591
8	\$42,380	\$84,760	\$91,117	\$97,474	\$103,831	\$110,188	\$116,545	\$122,902	\$129,259	\$135,616	\$141,973	\$148,754
Por cada persona adicional agregada:	\$4,320	\$8,640	\$9,288	\$9,936	\$10,584	\$11,232	\$11,880	\$12,528	\$13,176	\$13,824	\$14,472	\$15,163

* Según los Lineamientos de Pobreza del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos, HHS), para los 48 estados limítrofes y el Distrito de Columbia), disponible en <https://aspe.hhs.gov/poverty-guideline>.

ANEXO C

NOTIFICACIÓN AL PACIENTE

Programas de atención benéfica y pago reducido

Coherente con su misión, los hospitales de Verity Health System prestan servicios médicos gratuitos o con descuentos a personas que no pueden pagar su atención y que cumplen las condiciones de estos programas.

Comuníquese con un asesor financiero del Departamento de Admisión de Pacientes para hablar sobre temas relacionados con sus necesidades individuales. Luego de completar la solicitud de asistencia financiera y de entregar toda la documentación requerida, usted podrá ser elegible para beneficiarse de los descuentos, tal como se establece en la Política de asistencia financiera de Verity Health System.

Si tiene preguntas, comuníquese con nuestro equipo de asistencia financiera llamando al 888-874-2585.

ANEXO D

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Los documentos que se utilizan para verificar los recursos financieros y los ingresos del grupo familiar del paciente en la solicitud de asistencia financiera pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- copias de recibos de pago, Seguridad Social, cheques por discapacidad o desempleo y cartas de adjudicación vigentes;
- una copia de cualquier notificación de decisión o denegación de Medi-Cal;
- los ingresos del grupo familiar del paciente y, si el paciente tiene 18 años o más, de su cónyuge o pareja de hecho, y de cualquier niño dependiente menor de 21 años, viva o no en la casa. Si el paciente es menor de 18 años, se considerarán sus ingresos, los ingresos de sus padres, tutores o parientes a cargo de su cuidado y otros niños menores de 21 años que vivan o no en la casa.

Devuelva su solicitud completa junto con todos los formularios requeridos a la siguiente dirección o entréguelos personalmente en la oficina del HBRC de Verity Health de su localidad.

Verity Health System

A/A: HBRC

1900 Sullivan Avenue

Daly City, CA 94015

Tenga en cuenta que esta no es una garantía de que usted recibirá asistencia financiera y que sus pagos deben continuar realizándose regularmente hasta que se tome una determinación. Se revisarán su solicitud y la información que proporcione. Se le notificará la decisión por escrito.

Gracias por su cooperación. Esperamos poder asistirlo en este proceso. Si tiene alguna pregunta sobre su solicitud, comuníquese con nuestro equipo de asistencia financiera en el Health Benefits Resource Center (HBRC) llamando al 888-874-2585.



SOLICITUD DE ATENCIÓN BENÉFICA Y ASISTENCIA FINANCIERA

APELLIDO (DEL PACIENTE)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	N.º DE SEGURIDAD SOCIAL
FECHA DE NACIMIENTO			
DOMICILIO DE RESIDENCIA (SI NO TIENE CASA, DIRECCIÓN DEL CENTRO DE ACOGIDA O ALOJAMIENTO)		TIEMPO QUE LLEVA ALLÍ	TELÉFONO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	ESTADO CIVIL

APELLIDO (DEL GARANTE SI NO ES EL MISMO QUE EL ANTERIOR)	N.º DE SEGURIDAD SOCIAL
FECHA DE NACIMIENTO	
EMPLEADOR DEL GARANTE (NOMBRE Y DOMICILIO COMPLETO)	
TELÉFONO	PAGO BRUTO MENSUAL
	\$
OTRO EMPLEADOR (NOMBRE Y DOMICILIO COMPLETO)	
TELÉFONO	PAGO BRUTO MENSUAL
	\$
SI ESTÁ DESEMPLEADO, NOMBRE Y DOMICILIO COMPLETO DEL ÚLTIMO EMPLEADOR	
FECHA DEL ÚLTIMO EMPLEO	

FAMILIARES DEPENDIENTES (SI NECESITA MÁS ESPACIO, AGREGUE OTRA HOJA)	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN	EMPLEADOR	INGRESOS ANUALES
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				



<input type="checkbox"/> CASA ALQUILADA <input type="checkbox"/> CASA PROPIA			<i>OTROS INGRESOS MENSUALES</i> \$ <i>ESPECIFIQUE LA FUENTE</i>		
DEUDAS A TERCEROS	A	SALDO ACTUAL	PAGO MENSUAL	NOMBRE DEL BANCO Y NÚMERO DE CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
QUIÉN LE DEBE				ACTIVOS	
ALQUILER/HIPOTECA				CUENTA CORRIENTE	
SERVICIOS PÚBLICOS				CUENTA O CERTIFICADO DE AHORROS	
ALIMENTOS				403(b) O 401(k)	
PRÉSTAMO PARA AUTOMÓVIL				ACCIONES Y BONOS	
TARJETAS DE CRÉDITO (DESCRIBA ABAJO)				IRA (CUENTA PERSONAL DE JUBILACIÓN)	
OTRAS OBLIGACIONES (MANUTENCIÓN DE MENORES, PENSIÓN ALIMENTICIA, PAGOS DE SEGUROS)				AUTOMÓVIL (MODELO Y MARCA)	
INFORMACIÓN ADICIONAL				AUTOMÓVIL (MODELO Y MARCA)	
FACTURAS ADEUDADAS A OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA				OTROS ACTIVOS (ACTIVOS ADICIONALES NO INCLUIDOS)	
COSTO DE LOS MEDICAMENTOS CON RECETA MÉDICA				VALOR COMERCIAL DE SU RESIDENCIA	
				VALOR EN EFECTIVO DEL SEGURO	
				OTROS ACTIVOS (DETALLE; ES DECIR, SI POSEE OTRA VIVIENDA)	
				NOMBRE Y CUENTA DEL APODERADO NÚMERO	
TOTAL DE DEUDAS				TOTAL DE ACTIVOS	

CERTIFICO QUE TODO LO DECLARADO EN ESTA SOLICITUD ESTÁ COMPLETO Y ES VERDADERO. POR LA PRESENTE, LOS AUTORIZO A VERIFICAR MI HISTORIAL DE CRÉDITO PARA EVALUAR Y CONSIDERAR ESTA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA.

FIRMA	FECHA
-------	-------

ANEXO E

TODOS LOS DEPARTAMENTOS DE LOS HOSPITALES AFILIADOS A VERITY QUE SE LISTAN A CONTINUACIÓN ESTÁN CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE VERITY:

Seton Coastside

Seton Medical Center

St. Francis Medical Center

St. Vincent Medical Center

NOTA:

La Política solo cubre los servicios prestados por los Hospitales mencionados arriba.

Esta Política no se aplica a médicos ni a otros proveedores médicos, incluidos los médicos de la sala de emergencias, los anestesiólogos, los radiólogos, los especialistas en medicina hospitalaria, los patólogos, los cirujanos y otros médicos y miembros del personal médico del Hospital, excepto en casos especiales en los que los servicios médicos están incluidos en la factura del Hospital. Cada Hospital mantendrá en su sitio web una lista de sus departamentos/líneas de servicios en los que los servicios médicos están incluidos en la factura del Hospital y, por lo tanto, están cubiertos por esta Política.

Los pacientes deben comunicarse con la oficina de facturación del médico para solicitar información sobre cualquier asistencia financiera que pudiera ofrecer el médico.