



**POL ÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS DE VERITY HEALTH SYSTEM
SECCIÓN 06: INTEGRIDAD ECONÓMICA Y NOTIFICACIÓN UNIFORME**

POL ÍTICA/PROCEDIMIENTO N. °	06.03.04
T ÍTULO:	POL ÍTICA DE ASISTENCIA ECONÓMICA
FECHA DE APROBACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA:	Diciembre 5, 2017
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:	Diciembre 5, 2017
FECHA(S) DE REVISIÓN:	Enero 15, 2015 Junio 6, 2017 Diciembre 5, 2017
APROBADO:	<hr/> Patrick Soon-Shiong, MD Director ejecutivo interino, Verity Health System
Referencia a la pol ítica del sistema:	06.03.01 Pol ítica de facturaci ón y cobro 11.00.00 Conformidad con las leyes federales y estatales de privacidad y confidencialidad; Definiciones
Referencia a la pol ítica de VHS:	N/A

I. Objetivo

El objetivo de esta Pol ítica de asistencia econ ómica (la “Pol ítica”) es asegurar que los hospitales de Verity brinden servicios de atenci ón m édica y acceso igualitario a emergencias y a otros tratamientos terap éuticos y de diagn óstico necesarios por razones m édicas, independientemente de la situaci ón econ ómica del paciente y de manera que se respete la dignidad de los pacientes y sus familias.

II. Pol ítica

Verity Health System of California, Inc. (“Verity”), a trav é de sus hospitales afiliados que se indican en el Anexo A (el “hospital” o, si es plural, los “hospitales”), brindar á Atenci ón ben éfica o Pago reducido a aquellos pacientes de bajos ingresos, sin seguro o con seguro insuficiente, que cumplan ciertos requisitos de elegibilidad, tal como se expone a continuaci ón. Esta pol ítica se adopta de acuerdo con la misi ón de los hospitales de Verity, los requisitos establecidos en el C ódigo de Salud & Seguridad de California y la Secci ón 501(r) del Servicio de Impuestos

Internos, junto con las regulaciones aplicables que implementan dichos requisitos. Esta política no aplica a los médicos u a otros proveedores médicos, incluidos los médicos de la sala de emergencias, anestesiólogos, radiólogos, hospitalistas, patólogos, etc., cuyos servicios no están incluidos en la factura del hospital. Consulte el Anexo E para conocer la lista de los departamentos de hospitales que no están cubiertos por esta política.

III. Definiciones

- A. **“Importe facturado normalmente” (Amount Generally Billed, AGB)** se refiere al cargo máximo que puede facturarse a un paciente que es elegible para recibir asistencia económica en virtud de esta Política de asistencia económica. A ningún paciente elegible para recibir asistencia económica se le cobrará más que el AGB por el o los servicios elegibles (según se define a continuación) proporcionados al paciente. Verity Health calcula el AGB sobre una base de instalación por instalación utilizando el método “retrospectivo”, al multiplicar los “Cargos brutos” (como se definen a continuación) por los servicios elegibles que proporciona por porcentajes de AGB, que se basan en reclamaciones anteriores permitidas en virtud del seguro privado. El porcentaje de AGB de Verity Health y cómo se calcularon tales porcentajes se reflejan en la metodología de cálculo de AGB, Anexo B1.
- B. **“Atención benéfica”** significa la prestación, sin cargo, de servicios necesarios por razones médicas a aquellos pacientes económicamente elegibles, cuyos ingresos sean iguales o menores al 200 por ciento del nivel federal de pobreza.
- C. **“Pago reducido”** significa que el hospital limitará el pago previsto para 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.
- D. **“Gastos básicos de vida”** hace referencia a cualquiera de los siguientes gastos: alquiler o pago y mantenimiento de la vivienda; alimentos y artículos del hogar; servicios públicos y de teléfono; 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.
- E. **“Nivel federal de pobreza”** (Federal Poverty Level, FPL) se define en las guías de pobreza actualizadas anualmente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services). Las guías actuales de verdad de FPL se reflejan en el Anexo B2. El Departamento de Gestión del Ciclo de Ingresos (Revenue Cycle Management, RCM) de Verity actualizará anualmente los lineamientos de FPL a partir de la publicación de las guías de pobreza actualizadas en el Registro Federal.
- F. **“Paciente económicamente elegible”** se refiere a un paciente que cumple con los dos requisitos siguientes:
 - 1. Un paciente que cubre los costos a su cargo, como se define en la sección III.J, o un paciente con costos médicos altos, como se define en la sección III.H; y
 - 2. un paciente cuyo ingreso familiar no excede el 350 por ciento del nivel federal de pobreza.

- G. **“Cargos Brutos”** son los cargos totales en una cuenta de paciente por todos los servicios brindados.
- H. **“Ingreso”** incluye, entre otros, sueldo, salarios, beneficios del Seguro 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.
- I. **“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 afección, enfermedad o lesión, y que no es un servicio o tratamiento considerado opcional o de cirugía estética.
- J. **“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 a su cargo);
 2. un paciente cuyo ingreso familiar no excede el 350 por ciento del nivel federal de pobreza; y
 3. un paciente cuyos gastos anuales de bolsillo, en los que ha incurrido en el hospital, exceden el 10 por ciento de su ingreso familiar en los 12 meses previos; o cuyos gastos médicos anuales de bolsillo exceden el 10 por ciento de su ingreso familiar, si el paciente proporciona la documentación sobre los gastos médicos en los que ha incurrido él o su familia, en los 12 meses previos.
- K. **“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); y
 - c. niños dependientes menores de 21 años, ya sea que vivan en el hogar o no.
 2. Para personas menores de 18 años:
 - a. padre/madre;
 - b. pariente a cargo;
 - c. otros niños menores de 21 años, de los padres o del pariente a cargo.
- L. **“Paciente que cubre los costos a su cargo”** se refiere a un paciente que no utiliza cobertura de un tercero provista por 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 vehículos u otros seguros, tal como lo determine y documente el hospital.

- M. **“Plan de pago razonable”** se refiere a pagos mensuales que no superen el 10 por ciento del ingreso familiar mensual del paciente, con exclusión de las deducciones por gastos básicos de vida.

IV. Elegibilidad

A. Servicios elegibles.

1. Los Programas de atención benéfica y de pago reducido aplican para todo tipo de servicios hospitalarios provistos o facturados por el hospital, incluidos, pero sin limitación, los servicios necesarios por razones médicas, sujetos a los términos de esta sección. Los servicios que no hayan sido provistos 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 Verity.

Los médicos de emergencias que brindan servicios de emergencia médica en un hospital que provee atención de emergencia están obligados por ley a aplicar descuentos a pacientes que cubren los costos a su cargo y a pacientes con costos médicos altos que están en el 350 por ciento o por debajo del porcentaje del nivel federal de pobreza. Los pacientes deberán contactarse con la oficina de facturación del médico de emergencias para obtener más información sobre programas de asistencia económica para servicios de emergencia.

B. Elegibilidad general.

1. La elegibilidad para la 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 proporcionarán a los pacientes económicamente elegibles sin distinción de raza, religión, color de la piel, credo, edad, sexo, orientación sexual, nacionalidad o situación de inmigración.
3. Los activos monetarios analizados a fines de determinar la elegibilidad para los Programas de atención benéfica o de pago reducido no incluirán jubilaciones ni planes de compensación diferida calificados conforme al Internal Revenue Code (Código de Rentas Internas) 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 sobre 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 los Programas de atención benéfica y 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 de salud.
5. Los pacientes que actualmente son elegibles para Medicaid en algún estado que no sea California reunirán los requisitos para obtener un 100 por ciento de descuento conforme a esta Política.
6. Determinar la elegibilidad para 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 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 económica 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 a su cargo como los pacientes con costos médicos altos pueden participar del Programa de pago reducido.
 - a. **Pacientes que cubren los costos a su cargo:** Para pacientes que cubren los costos a su cargo y que tienen un ingreso familiar 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 proporcionados al menor de los importes que normalmente se le facturan a las personas que tienen cobertura de seguro para determinado tipo de servicios, según lo calcule el hospital utilizando el “**Método retrospectivo**”, tal como se establece en las normas vigentes desarrolladas en la sección 501(r) del Internal Revenue Code (Código de Rentas Internas). Consulte el Anexo B1 para conocer el monto generalmente facturado y el Anexo B2 para la Escala variable de asistencia económica.
 - b. **Paciente con costos médicos altos:** Para pacientes con costos médicos altos que registren ingresos 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 proporcionados 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.

Luego de determinar la tarifa correspondiente, el hospital aplicará la escala variable que se describe en el Anexo B2.

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 las declaraciones de impuestos 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, durante los 12 meses previos.

Luego de la determinación de que una persona es elegible para el Programa de pago reducido, no se le puede cobrar más que los montos generalmente facturados a las personas que tienen seguro que cubre la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

2. Programa de atención benéfica. Los hospitales brindarán Atención benéfica (es decir, atención sin cargo) a los pacientes económicamente elegibles que no puedan pagarla, siempre que su ingreso sea igual o inferior al 200 por ciento del nivel federal de pobreza.

Los pacientes que deseen obtener 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 los pasivos y demandas 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 o 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 del PFS (Servicios Financieros para el Paciente).
2. Notificación escrita. Cada hospital proporcionará a los pacientes una notificación escrita con información sobre la disponibilidad de los Programas de atención benéfica y de pago reducido, incluida la información sobre elegibilidad, como así también datos de contacto de la oficina o del empleado del hospital que pueda brindarle más información sobre esta Política. Esta notificación escrita también se le entregará 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.

Esta política, el formulario de solicitud y un resumen en lenguaje sencillo de esta Política estarán a total disposición en los sitios web y a través de miembros informados de la comunidad atendida por cada Hospital según lo exijan los reglamentos en virtud 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 la siguiente información junto con la factura del paciente:
 - a. un resumen de cuenta que detalle los cargos por los servicios brindados en el hospital;
 - b. una solicitud al paciente para que 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 y que 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 económica 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 económica conforme a esta Política.

B. Identificación de pacientes económicamente elegibles.

1. Los asesores financieros o el personal del Centro de recursos de beneficios para la salud (Health Benefits Resource Center, HBRC) de cada hospital harán los esfuerzos razonables para obtener la información pertinente del paciente y determinar si el seguro de salud o el financiamiento, ya sean privados o públicos, cubrirán total o parcialmente los cargos por la atención que el hospital brindó al paciente.
2. Los asesores financieros y el personal de HBRC de cada hospital brindarán asesoramiento a los pacientes para que estos entiendan y soliciten programas financiados por el gobierno y de atención benéfica o de pago reducido.

3. Cada hospital proporcionar 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 también 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 un precio 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 hubiera 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 impedirán la elegibilidad para el otro programa.

C. Procedimientos de solicitud.

1. Una solicitud de asistencia económica, tal como se menciona en el Anexo D, se les brindará a los pacientes 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 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 que solicita una determinación de elegibilidad en virtud de esta Política no proporciona la información que sea razonable y necesaria para que el hospital determine la elegibilidad, el hospital puede considerar ese error al tomar su decisión.
3. No se rechazarán las solicitudes de asistencia económica 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, PARO, a fin de determinar la presunta elegibilidad. El programa será un producto ampliamente aprobado en la industria y validado por una auditoría externa.

5. El personal de HBRC del hospital puede otorgar la presunta elegibilidad para recibir Medi-Cal a los solicitantes de asistencia económica. Si el personal de HBRC del hospital establece que no hay vinculación con Medi-Cal, pueden determinar la presunta elegibilidad en lugar del rechazo de la solicitud de Medi-Cal.
6. La elegibilidad para los Programas de atención benéfica y 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 económica pueden incluir, entre otros, los siguientes:
 - a. una copia de la declaración de impuestos federales del año anterior, incluidos los anexos, según corresponda;
 - b. copias de recibos de pago, Seguro Social, cheques por discapacidad o desempleo o cartas de adjudicación vigentes;
 - c. una copia de cualquier notificación de decisión o rechazo de Medi-Cal;
 - d. 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 el hogar. Si el paciente es menor de 18 años, se considerarán sus ingresos, los ingresos de sus padres, tutores o parientes a cargo, y de cualquier otro niño menor de 21 años, que viva o no en el hogar.
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) de 1996.
10. El hospital puede determinar la elegibilidad para 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 del paciente deben contar con la aprobación del vicepresidente de Gestión del Ciclo de Ingresos.

D. Notificación de determinación para la atención benéfica y pago reducido.

1. El Departamento de HBRC del hospital proporcionará una determinación de elegibilidad al paciente o a su representante dentro de los 30 (treinta) días luego de la recepción de la solicitud de asistencia económica completa, con toda la documentación requerida.
2. Se le enviará al paciente o a su representante una notificación sobre la determinación tomada para los Programas de atención benéfica o de pago reducido. En esta notificación se indicará el monto adeudado por el paciente y el monto del descuento, si lo hubiere, que se aplicará a su cuenta.
3. Un paciente o su(s) representante(s) pueden apelar una determinación proporcionando información adicional, como una verificación de ingresos o una explicación de circunstancias especiales, al director de HBRC dentro de los 30 (treinta) días a partir de la notificación de determinación del hospital. El director de HBRC del hospital revisará todas las apelaciones y tomará las decisiones al respecto. Se notificará al paciente o su representante sobre los resultados.

E. Monto de los Programas de atención benéfica y de pago reducido.

1. Un paciente que califique para 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 y estar libre de intereses.

Saldo de la cuenta	Cantidad de meses
Menos de \$250	4 meses
\$250,01-\$500	6 meses
\$500,01-\$1000	10 meses
\$1000,01-\$2500	12 meses
\$2500,01-\$5000	24 meses
Más de \$5000,01	36 meses

2. Un paciente que califique para 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 contactar al paciente por teléfono, darle una notificación 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. Prácticas de cobro para pacientes económicamente elegibles

- A. Cada hospital tendrá una política escrita 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 o una subsidiaria del hospital, o por cualquier agencia de cobros externa. Cada hospital hará copias de dicha política de facturación y cobranza, las cuales estarán disponibles al público sin cargo, llamando al Departamento de Atención al Cliente del hospital.
- B. Las “acciones de cobro extraordinarias” son cualquiera de las siguientes acciones llevadas a cabo con el fin de 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.).
- C. Cualquier acuerdo por escrito entre el hospital y una agencia que recaude los pagos pendientes del hospital requerirá que una filial o subsidiaria del hospital, o cualquier agencia de cobros externa que cobre la deuda, cumpla con la definición e implementación del plan de pago razonable, tal como se lo 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.
- D. Antes de comenzar con las acciones de cobro, cada hospital o su cesionario deberá enviar al paciente una notificación por escrito que indique (1) una declaración sobre 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 Código de Salud y Seguridad de California, siendo suficiente el siguiente resumen si aparece sustancialmente de la siguiente manera:

Las leyes federales y estatales obligan a los recaudadores de deuda 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 contactarlo 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, a menos que este 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 sobre las actividades de cobro de deudas, puede comunicarse con la Comisión Federal de Comercio (Federal Trade Commission) por teléfono al 1-877-FTC-HELP (382-4357) o en línea en www.ftc.gov.

- Cada hospital proporcionará también esta notificación a los pacientes, junto con cualquier documentación que indique la posibilidad de inicio de acciones de cobro.
- E. Ningún hospital iniciar acciones legales por deudas impagas contra una familia donde el principal proveedor de sustento esté desempleado o donde no existan fuentes de ingresos significativas.
 - F. Los pacientes económicamente elegibles que acuerden y cumplan con el plan de pago mensual no serán remitidos a una agencia de cobro ni denunciados en agencias de crédito.
 - G. Cada hospital espera que sus agencias de cobro externas cuenten con 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.
 - H. Al tratar con pacientes elegibles conforme a cualquier parte de esta Política, cada hospital o su cesionario, ya sea 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.
 - I. 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 o efectuará el remate de la residencia principal del paciente como forma de cobrar las facturas impagas del hospital.
 - J. 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.
 - K. Si un paciente tiene la intención de ser elegible para los Programas de atención benéfica o de pago reducido y está intentando, de buena fe, liquidar una cuenta 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 acordado cumplir con esta Política.

- L. Ni los hospitales ni ningún cesionario del hospital o agencia de cobro transmitirán información perjudicial para el consumidor a una agencia de información crediticia, ni iniciarán acciones legales contra un paciente económicamente elegible conforme al Programa de pago reducido, por falta de pago de la 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.
- M. Ninguna información reunida por cualquier hospital, a los fines de determinar elegibilidad para los Programas de atención benéfica o de pago reducido, será utilizada 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 los Programas de atención benéfica o de pago reducido.

VII. Referencias

1. 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)
2. Código de Familia (Family Code) de California, sección 297 (Definición: pareja de hecho)
3. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Guías de pobreza, disponibles en <http://aspe.hhs.gov/poverty/>
4. Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code) sección 501(c)(3) (Organizaciones exentas de impuestos)

VIII. Implementación y revisión

Esta Política será implementada por 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.

Esta Política será revisada anualmente con el fin de analizar su cumplimiento y pertinencia, por 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.

IX. Anexos

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



ANEXO A

HOSPITALES AFILIADOS A VERITY

VERITY HEALTH SYSTEM – UBICACIONES DE HOSPITALES:

O'CONNOR HOSPITAL
2105 FOREST AVENUE
SAN JOSE, CA 95128

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

ST. LOUISE REGIONAL HOSPITAL
9400 NO NAME UNO
GILROY, CA 95020

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



PROGRAMAS DE ATENCIÓN BENÉFICA Y PAGO REDUCIDO

TODAS LAS SOLICITUDES DE ASISTENCIA ECONÓMICA SE DEBEN ENVIAR POR CORREO A:

- VERITY HEALTH SYSTEM
ATTN: HEALTH BENEFIT RESOURCE CENTER (HBRC)
1900 SULLIVAN AVENUE
DALY CITY, CA 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 proporciona asistencia económica y atención benéfica a pacientes que cumplen con los criterios de elegibilidad descritos en la Política de asistencia económica (FAP). Después de que la(s) cuenta(s) del paciente se reduce por el ajuste de asistencia económica basado en la póliza, el paciente/garante es responsable por el resto de su deuda pendiente, que no excederá los importes facturados normalmente (AGB) a las personas que tienen seguro para atención de emergencia o médicamente necesaria. Verity Health System determina el AGB utilizando el método “retrospectivo”. El porcentaje de AGB se calcula mediante el uso de reclamaciones permitidas por Medicare para servicios con una fecha de alta del año fiscal anterior (julio - junio). Para estas reclamaciones, la suma de todos los montos de reembolso permitidos se divide entre los cargos brutos asociados. El porcentaje de AGB es aplicable a partir del 1 de julio de cada año.

Importe normalmente facturado para el año calendario 2017				
Efectivo: 30 de junio de 2017				
Nombre de la instalación	Intrahospitalario	Extrahospitalario		
O'Connor	18.00 %	31.00 %		
Seton	16.00 %	36.00 %		
Coastside	n/a	65.00 %		
St Louise	25.00 %	35.00 %		
DePaul	n/a	n/a		
St. Francis	21.00 %	40.00 %		
St. Vincent	19.00 %	35.00 %		
Estos porcentajes solo se aplican a las cuentas de pacientes hospitalizados crónicos.				
No son parte de este análisis SNF ni de cuentas subagudas.				
Fuente: Departamento de Reembolsos				

ANEXO B2

ESCALA VARIABLE DE ASISTENCIA ECONÓMICA

DESCUENTO COMO PORCENTAJE DE LA TASA APLICABLE (P. EJ., MEDICARE)

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 = 100 % de descuento	215 % del FPL = 90 % de descuento	230 % del FPL = 80 % de descuento	245 % del FPL = 70 % de descuento	260 % del FPL = 60 % de descuento	275 % del FPL = 50 % de descuento	290 % del FPL = 40 % de descuento	305 % del FPL = 30 % de descuento	320 % del FPL = 20 % de descuento	335 % del FPL = 10 % de descuento	351 % del FPL = 0 % de descuento
1	\$12,060	\$24,120	\$25,929	\$27,738	\$29,547	\$31,356	\$33,165	\$34,974	\$36,783	\$38,592	\$40,401	\$42,331
2	\$16,240	\$32,480	\$34,916	\$37,352	\$39,788	\$42,224	\$44,660	\$47,096	\$49,532	\$51,968	\$54,404	\$57,002
3	\$20,420	\$40,840	\$43,903	\$46,966	\$50,029	\$53,092	\$56,155	\$59,218	\$62,281	\$65,344	\$68,407	\$71,674
4	\$24,600	\$49,200	\$52,890	\$56,580	\$60,270	\$63,960	\$67,650	\$71,340	\$75,030	\$78,720	\$82,410	\$86,346
5	\$28,780	\$57,560	\$61,877	\$66,194	\$70,511	\$74,828	\$79,145	\$83,462	\$87,779	\$92,096	\$96,413	\$101,018
6	\$32,960	\$65,920	\$70,864	\$75,808	\$80,752	\$85,696	\$90,640	\$95,584	\$100,528	\$105,472	\$110,416	\$115,690
7	\$37,140	\$74,280	\$79,851	\$85,422	\$90,993	\$95,964	\$102,135	\$107,706	\$113,277	\$118,848	\$124,419	\$130,361
8	\$41,320	\$82,640	\$88,838	\$95,036	\$101,234	\$107,432	\$113,630	\$119,828	\$126,026	\$132,224	\$138,422	\$145,033
Por cada persona adicional agregada:	\$4,180	\$8,360	\$8,729	\$9,338	\$10,241	\$10,868	\$11,495	\$12,122	\$12,749	\$13,376	\$14,003	\$14,672

* Según las Guías de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) para los 48 estados lim profes y el Distrito de Columbia, 82 Fed. Reg. 8831-8832 (31 de enero de 2017), *disponible en* <https://aspe.hhs.gov/poverty-guideline>



ANEXO C
NOTIFICACIÓN AL PACIENTE

Programas de atención benéfica y pago reducido

Conforme a su misión, los hospitales de Verity Health System brindan servicios médicos gratuitos o con descuento para aquellas personas que no pueden pagar la atención y que cumplen con los requisitos de calificación de estos programas.

Por favor discuta sus necesidades individuales con un asesor financiero dentro del departamento de Acceso de los pacientes. Luego de completar la solicitud de asistencia económica y de entregar toda la documentación requerida, usted podrá ser elegible para recibir el beneficio de los descuentos, tal como se establece en la Política de asistencia económica de Verity Health System.

Si tiene preguntas, puede comunicarse con nuestro Equipo de Asistencia Económica al 888-874-2585.



ANEXO D

SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA

Los documentos que se utilicen para verificar los recursos financieros y los ingresos familiares del paciente en la solicitud de asistencia económica pueden incluir, entre otros, los siguientes:

- una copia de la declaración de impuestos federales del año anterior, incluidos los anexos según corresponda;
- copias de recibos de pago actuales, Seguro Social, cheques por discapacidad o desempleo y cartas de adjudicación;
- una copia de cualquier notificación de decisión o rechazo de Medi-Cal;
- los ingresos familiares del paciente y, si 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 el hogar. Si el paciente es menor de 18 años, se considerarán sus ingresos, los ingresos de sus padres, tutores o parientes a cargo, y cualquier otro niño menor de 21 años, que viva o no en el hogar.

Por favor, devuelva su solicitud completa, con todos los formularios requeridos, a la siguiente dirección, o entréguela en su Oficina local de Verity Health HBRC.

Verity Health System
Attention: HBRC
1900 Sullivan Avenue
Daly City, CA 94015

Tenga en cuenta que esta no es una garantía de que usted recibirá asistencia económica, y que los pagos deben continuar realizándose regularmente hasta que se tome una determinación. Su solicitud y la información provista serán revisadas. Recibirá la decisión por escrito.

Gracias por su cooperación. Esperamos poder asistirlo a lo largo de este proceso. Si tiene alguna pregunta sobre su solicitud, comuníquese con nuestro Equipo de Asistencia Económica en el HBRC al 888-874-2585.



SOLICITUD DE ATENCIÓN BENÉFICA Y ASISTENCIA ECONÓMICA

APELLIDO (DEL PACIENTE)	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (DIRECCIÓN DE CENTRO SI NO TIENE HOGAR)			CANTIDAD DE TIEMPO	TELÉFONO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	ESTADO CIVIL	

APELLIDO (GARANTE, SI ES DIFERENTE AL DE ARRIBA)	NÚMERO DE SEGURO 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		

MIEMBROS DE LA FAMILIA DEPENDIENTES (SI REQUIERE MÁS ESPACIO, POR FAVOR ADJUNTE UNA HOJA DE PAPEL ADICIONAL)	FECHA DE NACIMIENTO	V ÍNCULO	EMPLEADOR	INGRESO ANUAL
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				



<input type="checkbox"/> CASA ALQUILADA <input type="checkbox"/> CASA PROPIA			OTROS INGRESOS MENSUALES \$ <i>ESPECIFIQUE LA FUENTE</i>			
DEUDAS A TERCEROS	<small>A QUIÉN LE DEBE</small>	<small>SALDO ACTUAL</small>	<small>PAGO MENSUAL</small>	ACTIVOS	<small>NOMBRE DEL BANCO Y NÚMERO DE CUENTA</small>	<small>SALDO DE LA CUENTA</small>
ALQUILER/HIPOTECA				CUENTA CORRIENTE		
SERVICIOS PÚBLICOS				CUENTA O CERTIFICADO DE AHORROS		
ALIMENTOS				403(B) O 401(K)		
PRÉSTAMO PARA VEHÍCULO				ACCIONES Y BONOS		
TARJETAS DE CRÉDITO (POR FAVOR, INDIQUE A CONTINUACIÓN)				IRA (CUENTA PERSONAL DE JUBILACIÓN)	<small>NOMBRE DEL FIDUCIARIO Y NÚMERO DE CUENTA</small>	
				VEHÍCULO (MODELO Y MARCA)		
				VEHÍCULO (MODELO Y MARCA)		
OTRAS OBLIGACIONES <small>(MANUTENCIÓN DE MENORES, PENSIÓN ALIMENTICIA, PAGOS DE SEGUROS)</small>				OTROS ACTIVOS <small>(ACTIVOS ADICIONALES NO INCLUIDOS)</small>		
INFORMACIÓN ADICIONAL				VALOR COMERCIAL DE SU RESIDENCIA		
FACTURAS ADEUDADAS A OTROS PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA				VALOR EN EFECTIVO DEL SEGURO		
COSTO DE MEDICAMENTOS RECETADOS				OTROS ACTIVOS (DESCRIBIR; P.EJ SEGUNDA CASA)		
TOTAL DE DEUDAS				TOTAL DE ACTIVOS		

CERTIFICO QUE TODO LO QUE SE DECLARA EN ESTA SOLICITUD ESTÁ COMPLETO Y ES VERDADERO. A PARTIR DE AQUÍ ESTÁN AUTORIZADOS A VERIFICAR MI HISTORIAL DE CRÉDITO CON EL FIN DE EVALUAR Y CONSIDERAR ESTA SOLICITUD DE ASISTENCIA ECONÓMICA.

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

ANEXO E

LISTA DE DEPARTAMENTOS DE HOSPITALES AFILIADOS A VERITY NO CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE ASISTENCIA ECONÓMICA DE VERITY

Anesthesiology
Asian Pacific Liver Center
Audiology Services
Cancer Treatment Center
Cardiac Care Institute
Cardiac Catheterization Services
Cardiac Rehabilitation
Cardiology
Cardiac Catheterization Laboratory
Clinical Laboratory Services
Diabetic Clinic
Dialysis
Echocardiology
Electrocardiology
Electroencephalography
Electromyography
Emergency Services
Endoscopy
Gastro-Intestinal Services
High Risk Infant Clinic
Hyperbaric Chamber Clinic
Infusion Service
Interventional Radiology
Joint Replacement Institute
Laboratory
Labor and Delivery Services
Magnetic Resonance Imaging
Neonatal Intensive Care
Nuclear Medicine
Occupational Therapy
Oncology
Ortho Clinic
Ortho Spine Radiology
Pathological Laboratory Services
Pediatrics
Perinatal Testing Center
Peripheral Vascular Laboratory
Physical Therapy
Psychiatry

Pulmonary Function Services
Radiology
Rehabilitation Services
Renal Dialysis
Respiratory Therapy
San Francisco Heart Institute
Speech Therapy
Spine Clinic
Surgery
Surgical Clinic
Ultra Sonography
Vascular Lab
Women Imaging Center
Wound Care