

TITLE: POLÍTICA SOBRE SERVICIOS DE CARIDAD, PAGOS DE PACIENTES Y DE DESCUENTOS PARA SERVICIOS MEDICOS DE ALTO COSTO.		NUMERO: 6:3100	
Responsabilidad: Managed Care Operations	Mgr.	<u>Aprobado por:</u> Admin. Team	<u>Fecha</u> 08/25
<u>Fecha</u>			
Revisado / No cambios:		11/24	
Revisado y actualizado		08/25	

PROPOSITO

Definir el proceso para los programas de descuento de asistencia financiera de servicios de caridad, descuento de pagos por cuenta propia y servicios médicos de alto costo disponibles para los pacientes de Natividad.

POLÍTICA

Natividad cumple con las leyes estatales relativas a la atención caritativa, el programa de descuento de pagos por cuenta propia, el programa de descuento por alto costo médico y las políticas de cobro de deudas. Los pacientes con ingresos iguales o inferiores al cien por ciento (100%) o al cuatrocientos por ciento (400%) del Nivel Federal de Pobreza (FPL) que cumplan con ciertas condiciones son elegibles para solicitar Asistencia Financiera para los servicios prestados por Natividad.

PROCEDIMIENTO

1. Definición:

- Atención de caridad:** La Atención de Caridad (o Caridad Completa) significa atención medica gratis.
- Nivel Federal de Pobreza (FPL-por sus siglas en Inglés):** Pautas de pobreza actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos.
- Asistencia financiera:** Incluye los programas de Atención de Caridad, Descuento por pagos por cuenta propia y Descuento por Alto Costo Médico.
- Paciente que reúne los requisitos económicos:** Un paciente que tiene un ingreso familiar que no excede el cuatrocientos por ciento (400%) del FPL y es un paciente que paga por sí mismo o un paciente con altos costos médicos.
- Descuento por paciente que paga por su cuenta:** Asistencia financiera que proporciona un descuento de los cargos facturados, aplicada después de que se haya completado y aprobado el proceso de solicitud para los

Pacientes de Pago por Cuenta Propia que se encuentren en o por debajo del cuatrocientos por ciento (400%) del FPL y que no reúnan las circunstancias para los servicios de Caridad.

- f. Paciente que paga por su propia cuenta: Paciente que, con respecto al servicio prestado, no tiene cobertura de terceros de un seguro de salud, plan de servicios de atención médica, Medicare, Medi-Cal u otro programa de cobertura estatal o federal. A estos efectos, la cobertura de terceros incluye la compensación de los trabajadores, las prestaciones médicas del seguro del automóvil u otra cobertura de seguro/responsabilidad por los servicios, según determine y documente el hospital. Un paciente con cobertura de terceros se considera auto solvente con respecto al servicio prestado si los servicios no están cubiertos, son denegados o superan los límites de cobertura aplicables.
- g. Descuento por alto costo médico: Asistencia financiera que proporciona un descuento de los cargos facturados, aplicada después de que se haya completado y aprobado el proceso de solicitud de asistencia financiera para los pacientes que se encuentran en o por debajo del cuatrocientos por ciento (400%) del FPL que tienen Costos Médicos Altos y que no cumplen con las circunstancias para la Atención de Caridad.
- h. Gastos médicos elevados: (1) de los gastos anuales de bolsillo incurridos por el individuo en Natividad que excedan el menor de los siguientes porcentajes: diez por ciento (10%) de los ingresos familiares actuales del paciente o de los ingresos familiares en los doce (12) meses anteriores o (2) gastos anuales de bolsillo (Natividad y no Natividad) que excedan el diez por ciento (10%) de los ingresos familiares actuales del paciente, si el paciente proporciona la documentación de los gastos médicos incurridos por el paciente/familia o la familia del paciente en los doce (12) meses anteriores.
- i. Médicos basados en el hospital de Natividad: Médicos que prestan servicios en Natividad y que son facturados bajo el número de identificación de proveedor de Natividad.
- j. Costos de bolsillo y gastos de bolsillo: Cualquier gasto de atención médica que no sea reembolsado por un seguro o un programa de cobertura de salud, como los copagos de Medicare o el costo compartido de Medi-Cal.
- k. Familia del paciente: Para las personas de dieciocho (18) años de edad y mayores, cónyuge, pareja de unión libre, según lo definido en la Sección 297 del Código de Familia, hijos dependientes menores de 21 años de edad, o de cualquier edad si están discapacitados, conforme a la Sección 1614(a) de la Parte A del Título XVI de la Ley del Seguro Social, ya sea que vivan en casa o no. Para las personas menores de dieciocho (18) años de edad o para un hijo dependiente de dieciocho (18) a veinte (20) años de edad, incluso padre, parientes responsables del cuidado, y otros hijos dependientes del padre o de los parientes responsables del cuidado menores de veintiún (21) años de edad, o de cualquier edad si están discapacitados conforme a la Sección 1614(a) de la Parte A del Título XVI de la Ley del Seguro Social.

- l. Declaraciones de Impuestos Recientes: Declaraciones de impuestos que documentan los ingresos familiares del Paciente correspondientes al año en que se le facturó por primera vez o a los 12 meses anteriores a dicha facturación.
- m. Talones de cheques Recientes: Talones de cheques dentro de un período de seis (6) meses antes o después de que el paciente reciba la primera factura del hospital o en caso de atención previa al servicio, cuando se presente la solicitud.
- n. Plan de pago razonable: Pagos mensuales que no superan el diez por ciento (10%) de los ingresos familiares del paciente durante un mes, excluyendo las deducciones por gastos esenciales de subsistencia. Por gastos esenciales de subsistencia se entienden los gastos de cualquiera de los siguientes: alquiler o pago y mantenimiento de la casa, alimentos y provisiones domésticos, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguros, escuela o guardería, manutención de los hijos o del esposo/a, gastos de transporte y del automóvil, incluidos el seguro, la gasolina y las reparaciones, pagos a plazos, lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.

2. Pautas Generales:

- a. Se recomienda a todos los pacientes que se comuniquen con la oficina de asesoría financiera al número de teléfono (831) 755-4165, o visitar en el 1441 Constitution Blvd., Salinas CA 93906, de lunes a viernes, excepto los días festivos, de 8 a.m. a 3:00 p.m. para solicitar asistencia.
- b. Todos los pacientes que no cuentan con seguros médicos o aquellos que tienen activo el programa de Servicios Médicos de Alto Costo recibirán una versión en inglés y español de la política para los programas **SERVICIOS DE CARIDAD, PAGOS DE PACIENTES Y SERVICIOS MEDICOS A COSTO ALTO** junto con una solicitud de Medi-Cal, el Programa Healthy Families y cualquier otro programa de cobertura de salud financiadas por el estado o condado al momento de la registración (paciente internado, ambulatorio o para observación en el departamento de emergencias. Si por alguna razón no se le proveyó una versión escrita al paciente al momento de recibir servicios, durante el proceso de alta, o cuando el paciente sale de nuestras instalaciones, se le enviará una copia por correo dentro de un periodo de setenta y dos horas (72) de haber recibido los servicios.
- c. La política para los programas **SERVICIOS DE CARIDAD, PAGOS DE PACIENTES Y SERVICIOS MEDICOS DE ALTO COSTO** y el Aviso de Cobro de Deudas se publican en inglés y español en las áreas de alta concentración de servicio de pacientes internos y externos de Natividad. Esto incluyen, entre otros, el departamento de emergencias, la oficina de facturación, el ingreso de pacientes hospitalizados y el registro de pacientes externos, la oficina de consejería financiera, y la oficina de negocios.
- d. Los recursos disponibles para ayudar a paciente a entender el proceso de facturación y pagos, además de información sobre elegibilidad presunta para Covered California y Medi-Cal incluye las siguientes:

1. Covered California, Medi-Cal, Medi-Cal elegibilidad presuntiva, California Children's Services.
2. Health Consumer Alliance provee información en <https://healthconsumer.org>.
3. Natividad, lista de servicios comparables: <https://www.natividad.com/insurance-and-billing/>.

e. **POLÍTICA DE DESCUENTO DE ASISTENCIA FINANCIERA DE ATENCIÓN DE CARIDAD COMPLETA, PAGOS DE PACIENTES Y ALTO COSTO MÉDICO** y solicitud de Natividad, enlace proporcionado aquí:

<https://www.natividad.com/insurance-and-billing/>. El proceso de solicitud de la Unidad de Asesoramiento Financiero (FCU) de Natividad se completará para todos los programas de Descuento de Asistencia Financiera.

- 1) Los solicitantes serán evaluados y tendrán que cumplir con el proceso de solicitud para otros métodos de asistencia, como el programa de California Health Benefits Exchange (Covered California), Medi-Cal y California Children's Services. Sin embargo, Natividad no requerirá que un solicitante solicite otras formas de asistencia antes de que el paciente sea evaluado o se le otorgue un pago con descuento. Como parte del proceso de evaluación, los solicitantes también deben someterse a una evaluación de elegibilidad para Medi-Cal.
- 2) Un paciente o su representante legal que solicite asistencia financiera hará todo el esfuerzo razonable por proporcionarle a Natividad documentación de ingresos y cobertura de beneficios de salud. Si la persona no proporciona dicha información necesaria Natividad podrá tomar esto en consideración al tomar su determinación.
- 3) Cuando sea necesario, Natividad puede requerir una autorización de parte del paciente o de su familia, dando poder a Natividad para obtener información personal de instituciones financieras o comerciales u cualquier otra entidad que posean información financiera de ingresos disponibles para verificar su valor y para determinar la elegibilidad del paciente para Medi-Cal. Natividad no considerará los activos financieros del paciente al determinar la elegibilidad para la Asistencia Financiera.
- 4) Una solicitud pendiente para otro programa de cobertura de salud no debe excluir la elegibilidad de recibir asistencia financiera conforme a esta política.
- 5) Se puede suponer que un paciente que no está cubierto por Medicare es elegible para recibir asistencia financiera en ausencia de una solicitud completa si otra información disponible corrobora una dificultad financiera. Los ejemplos incluyen información financiera del paciente de informes de crédito u otras fuentes, el paciente no tiene hogar o una cuenta se devuelve al hospital desde una agencia de cobranza que ha determinado que el paciente o el representante de la familia no tiene los recursos para pagar su factura. La

documentación de la incapacidad del paciente o representante de la familia para pagar los servicios se mantendrá en el archivo del paciente.

- f. Esta política se limita a los servicios provistos y facturados por Natividad, incluyendo a médicos basados en el hospital Natividad; excluye a los proveedores que hacen su propia facturación.
- g. La elegibilidad para la Asistencia Financiera se determina en cualquier momento en que Natividad reciba información relacionada con la elegibilidad.
- h. Los pacientes recibirán una declaración por escrito si califican o son rechazados para uno de los programas de descuento de asistencia financiera.
 - 1. La declaración indicará el nombre del programa de descuento de asistencia financiera.
 - 2. La declaración indicará la aprobación o el motivo de denegación / denegación / proceso de apelación.
 - 3. La declaración original será entregada o enviada por correo al paciente.
 - 4. Una copia de la declaración estará en la oficina de Asesoría Financiera.
- i. Cada vez que esta política se actualice de forma extensa o por lo menos bienal cada 1 de enero, se enviará a la oficina del departamento de California acceso e información de atenciones médicas (HCAI, por sus siglas en inglés) anteriormente conocida como Oficina de Planificación y Desarrollo de la Salud del Estado (OSHPD, por sus siglas en inglés).
- j. Para todos los pacientes, la información adversa no se entregará a una agencia de informes crediticios del consumidor. Además, Natividad, sus cesionarios o agentes no iniciarán una acción civil contra el paciente por falta de pago antes de ciento ochenta (180) días después de la facturación inicial. Este período de ciento ochenta (180) días se extenderá si el paciente tiene una apelación pendiente para la cobertura de los servicios, hasta que se tome una determinación final de esa apelación, si el paciente hace un esfuerzo razonable para comunicarse con Natividad sobre el progreso de cualquier apelación pendiente.
- k. Si el paciente está tratando de calificar para recibir asistencia financiera conforme a esta política y está intentando de buena fe liquidar una factura pendiente con Natividad negociando un plan de pago razonable conforme a la Política de planes de pago (BUS-1003) o haciendo pagos parciales regulares de una cantidad razonable, Natividad no enviará la factura impaga a ninguna agencia de cobranza u otro cesionario, a menos que esa entidad haya acordado cumplir con la ley estatal.
- l. Natividad permite Planes de Pago razonables bajo sus Programas de Descuento de Pago por Cuenta Propia o Costos Médicos Altos y de

conformidad con su Política de Planes de Pago (BUS-1003), brindando a los pacientes la oportunidad de pagar cualquier precio con descuento a lo largo del tiempo. Para ser colocado en un Plan de Pago Razonable, un Paciente Calificado Financieramente debe hacer una solicitud con el departamento de facturación de Natividad como se muestra en su estado de cuenta que tendrá en cuenta los ingresos familiares y los gastos básicos de subsistencia del paciente al negociar los términos del plan de pago. Natividad también puede considerar la disponibilidad de una cuenta de ahorro para la salud del paciente o de la familia del paciente. En caso de que Natividad y el paciente no lleguen a un acuerdo sobre los términos del Plan de Pago Razonable, entonces Natividad utilizará la siguiente fórmula: pagos mensuales que no superen el diez por ciento (10 %) del ingreso familiar del paciente durante un mes, excluyendo las deducciones por gastos esenciales gastos de manutención “Gastos de subsistencia esenciales” significa, para los fines de esta subdivisión, los gastos de cualquiera de los siguientes: alquiler o pago y mantenimiento de la casa, alimentos y artículos para el hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, escuela o cuidado de niños, o manutención de los hijos o conyugal, transporte y gastos de automóviles, incluidos seguros, gasolina y reparaciones, pagos a plazos, lavandería y limpieza, y otros gastos adicionales.

- m. La información obtenida por Natividad en relación con la determinación de la elegibilidad del paciente para los programas de descuento de asistencia financiera no será utilizada por Natividad para actividades de cobro de deudas.
- n. Natividad se reserva el derecho de buscar todos los recursos, incluidos, entre otros, daños civiles y penales de aquellos pacientes o representantes familiares que hayan proporcionado información fraudulenta o deliberadamente inexacta para calificar para los programas de descuento de asistencia financiera.
- o. Los servicios bariátricos médicamente necesarios y los servicios cosméticos médicamente necesarios son elegibles para asistencia financiera. Los servicios bariátricos que no son médicamente necesarios y los servicios cosméticos que no son médicamente necesarios no son elegibles para asistencia financiera.
- p. Para conocer las opciones de planes de pago, incluido un Plan de pago razonable, consulte la política de Planes de pago de Natividad (BUS-1003), que puede modificarse ocasionalmente.
- q. Si bien esta política no se aplica a los médicos que no cobran por sus servicios a través de Natividad, los médicos de emergencia que brindan servicios médicos de emergencia en el departamento de atención de emergencia de Natividad también están obligados por ley a brindar atención con descuento a pacientes sin seguro o pacientes con costos médicos altos y que tener un ingreso familiar igual o inferior al cuatrocientos por ciento (400%) del FPL. Esta declaración no se

interpretará como una imposición de responsabilidades adicionales a Natividad. El grupo de facturación de los médicos de la sala de emergencias tiene planes de pago con descuento disponibles a pedido de un paciente.

- r. Una crisis de acceso a la atención médica puede estar relacionada con una situación emergente en la que se modifican las reglamentaciones estatales/federales para satisfacer las necesidades inmediatas de atención médica de la comunidad de Natividad durante la crisis de acceso a la atención médica. Durante la crisis de acceso a la atención médica, Natividad puede ser "flexible" con su política de asistencia financiera para pacientes para satisfacer las necesidades de la comunidad en crisis. Estos cambios se incluirán en la política de asistencia financiera del paciente como un anexo. Los descuentos para pacientes relacionados con una crisis de acceso a la atención médica pueden proporcionarse en el momento de la crisis, independientemente de la fecha de esta política.

3. Criterios de elegibilidad para los programas de Servicios de Caridad, Pagos de pacientes y Descuento para alto costo médico.

Política para el programa Servicios de Caridad: Atributos elegibles del solicitante:

- a. Calificación para el programa Servicios de Caridad se basa en los ingresos según comprobado por las declaraciones de impuestos recientes o talones de cheques recientes y la documentación de todos los gastos médicos sufragados por el paciente. Si el paciente no tiene declaraciones de impuestos ni talones de cheques recientes, el paciente podría proporcionar una carta que explique cómo él y su familia se mantienen y debe someter esa carta adjunto con toda la información requerida.
- b. Los Servicios financieros para el paciente ajustarán las denegaciones de Medi-Cal como Atención de beneficencia cuando el paciente tenga Medi-Cal limitado / solo de emergencia, los servicios se denieguen porque no están cubiertos y no está archivada una Notificación Avanzada de Beneficiarios.
- c. Los pacientes que reciben Servicios de Caridad son autosuficientes o pacientes con altos costos médicos que se encuentran en o por debajo del 100% del Índice Federal de Pobreza (FPL por sus siglas en inglés), y han recibido servicios de NATIVIDAD para el tratamiento de afecciones que se consideran de emergencia o amenazan la vida.

Política para el programa Pagos por Pacientes: Atributos elegibles del solicitante:

- a. Los solicitantes deben tener ingresos familiares de o por debajo del 400% del Índice Federal de Pobreza (FPL por sus siglas en inglés).
- b. Los solicitantes no deben tener cobertura de parte de otra compañía de seguro médico, un plan de servicios de atención médica, Medicare, Medi-Cal u otro programa de cobertura federal o estatal. Para este propósito, cobertura de tercio incluye compensación de trabajadores, beneficios médicos del seguro

de automóvil u otro seguro / cobertura de responsabilidad civil determinado y documentado por el hospital.

- c. La elegibilidad para este programa se basa en los ingresos como lo demuestran las declaraciones de impuestos recientes o los talones de cheques recientes. Si el paciente no tiene declaraciones de impuestos ni talones de cheques recientes, el paciente *podría* proporcionar una carta que explique cómo se mantiene a sí mismo/a y a su familia y debe adjuntar la documentación pertinente a esa carta.
- d. Los bienes propios no se toman en consideración para este programa.
- e. Los descuentos se alistan en el documento titulado Adjunto A y pueden cambiar periódicamente a discreción de NATIVIDAD. Sin embargo, en ningún momento el monto de descuento ofrecido resultará en que el paciente sea financieramente responsable por más del monto de pago que el hospital esperaría, de buena fe, recibir por brindar servicios bajo Medicare, Medi-Cal, cualquiera de estos que sean de más valor.

Política de pacientes con altos costos médicos. Atributos elegibles del solicitante:

- a. Ingreso familiar en o por debajo del 400% del Índice Federal de Pobreza (FPL por sus siglas en inglés) actual.
 - b. Los (1) costos anuales de desembolso en que incurre la persona en NATIVIDAD exceden el 10 por ciento de los ingresos de la Familia del Paciente en los 12 meses anteriores o (2) los gastos de desembolso anuales (NATIVIDAD y no-NATIVIDAD) superan los 10 porcentaje del ingreso de la familia del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos del paciente pagados por el paciente o la familia del paciente en los 12 meses anteriores. Los términos "costos de bolsillo" y "gastos de bolsillo" se refieren a cualquier gasto de atención médica que no sea reembolsado por un seguro o un programa de cobertura de salud, como los copagos de Medicare o el costo compartido de Medi-Cal.
 - c. La elegibilidad para este programa se basa en los ingresos comprobados en las declaraciones de impuestos recientes o talones de cheques recientes y la documentación de todos los gastos médicos que paga de su bolsillo. Si el paciente no tiene declaraciones de impuestos ni recibos de pago recientes, el paciente podría proporcionar una carta que explique cómo se mantiene a sí mismo/a y a su familia y debe adjuntar la documentación pertinente a esa carta.
 - d. Los bienes propios no se toman en consideración para este programa.
 - e. Los descuentos se alistan en el documento titulado Adjunto A y pueden cambiar periódicamente a la discreción de **NATIVIDAD**. Sin embargo, en ningún momento el monto de descuento ofrecido resultará en que el paciente sea financieramente responsable por más del monto de pago que el hospital esperaría, de buena fe, recibir por brindar servicios bajo Medicare, Medi-Cal, cualquiera de estos que sean de más valor.
4. Consejería financiare sin fines de lucro puede estar disponible en el área; se recomienda a los pacientes que consulten las páginas amarillas de la guía

telefónica local o que se comuniquen con la Fundación Nacional para la Asesoría Crediticia (1-800-388-2227; nfcc.org).

5. Proceso para someter disputas:

- a. Los pacientes recibirán una denegación por escrito si no son aceptados para uno de los programas anteriores.
- b. Los pacientes tienen 10 días laborales para presentar una apelación por escrito con los motivos para poder apelar. Envíe a: Natividad Medical Center, Gerente de Operaciones de Atención Administrada, 1441 Constitution Blvd., Salinas, CA 93906.
- c. El administrador responderá por escrito al paciente y al director de servicios financieros del paciente dentro de los 10 días laborales.
- d. Los pacientes pueden enviar una apelación final con justificación dentro de los 10 días laborales a: Natividad Medical Center, director de Finanzas, 1441 Constitution Blvd., Salinas, CA 93906.
- e. El director financiero responderá por escrito al paciente y al director de servicios financieros del paciente dentro de los 10 días de negocios.

GRUPOS DE INTERÉS:

Departamento de Admisiones
Departamento de Servicios Ambulatorios
D'Arrigo Family Specialty Clinic
Unidad de Consejería Financiera
Natividad Care Center
Grupo Medico Natividad
Departamento de Servicios Financieros
Clínica de especialidades

Referencias:

Cal. Health & Safety Code §§ 127400 *et seq.*
Natividad Payment Plans policy (BUS-1003)
Federal Poverty Level

Anexo A:

Tarifas permitidas (descuentos) efectivas a partir del 1 de mayo de 2022:

Servicios para paciente hospitalizado: 80% de cargos facturados

Servicios como paciente ambulatorio: 85% de cargos facturados