



POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO

Título: Procedimiento de atención de caridad de California

Ubicación: Corona Regional Medical Center	Número de política:	Página: 1 de 9
Departamento propietario del documento: ADMITTING		
Fecha original de entrada en vigencia: 1/1/2022	Fecha de la última revisión:	Fecha de la última modificación:
Sección: Servicios de acceso para pacientes/Departamento específico		

Alcance:

El propósito de esta política es describir las circunstancias bajo las cuales se puede proporcionar atención de caridad y descuentos en el pago a los pacientes de bajos ingresos que califiquen para recibir los servicios brindados y necesarios desde el punto de vista médico.

Propósito:

Corona Regional Medical Center (CRMC) reconoce que hay personas que necesitan servicios médicos y que no pueden pagarlos, independientemente de los pacientes que no están dispuestos a pagar por los servicios. La intención de CRMC es ayudar a dichos pacientes con el pago de su parte de la factura médica mediante una evaluación de sus bienes para recibir un pago con descuento de Atención de caridad (Charity Care) si no pueden pagar la factura y acceder así a los servicios sin costo o a un costo reducido para las personas que cumplen con los requisitos de elegibilidad.

1. CRMC cumplirá con las leyes y reglamentos federales y estatales relacionados con los servicios médicos de emergencia y la atención de caridad.
2. CRMC proporcionará atención de caridad a los pacientes que califican sin otras fuentes de pago primaria para aliviarlos de toda o parte de su obligación financiera por los servicios de CRMC necesarios desde el punto de vista médico.
3. En circunstancias atenuantes, el hospital puede, a su discreción, aprobar la atención de caridad fuera del alcance de esta política.
4. Esta política debe interpretarse e implementarse de modo que cumpla plenamente con la Ley de Asamblea de California 774, codificada en la Sección 127400 y siguientes del Código de Salud y Seguridad, vigentes desde el 1 de enero de 2007, según lo revisado por la Ley del Senado del estado de California 350, vigente desde el 1 de enero de 2008, la Ley de Asamblea 1503, vigente desde el 1 de enero de 2011, SB 1276 vigente desde el 01/01/2015 y la Ley de Asamblea 1020, vigente desde el 1 de enero de 2022. Todas las agencias de cobranzas que trabajan en nombre de CRMC cumplirán con la Sección 127400 y siguientes del Código de Salud y Seguridad, conforme sus modificaciones y con las políticas aplicables de CRMC relativas a agencias de cobranzas.

Definiciones:

- "Atención de caridad" se refiere a la asistencia financiera completa para los pacientes que califiquen, a fin de aliviarles su obligación financiera en su totalidad por los servicios de atención de la salud necesarios desde el punto de vista médico (caridad total).
- "Pago con descuento" se refiere a asistencia financiera parcial para los pacientes que califiquen, a fin de aliviarles su obligación financiera en forma parcial por los servicios de atención de la salud necesarios desde el punto de vista médico (caridad parcial).
- "Paciente de pago particular" significa un paciente que no cuenta con una cobertura de terceros de una aseguradora de salud, un plan de servicios de atención médica, Medicare o Medicaid, y cuya lesión no es una lesión compensable en términos de una indemnización laboral, seguro de automóvil u otro seguro según lo determinado y documentado por el hospital. Los pacientes de pago particular pueden incluir pacientes de atención de caridad.
- "Descuento por pago particular" es un descuento que se ofrece a los pacientes que no califican para recibir asistencia financiera y que no tienen un seguro de terceros o cuyo seguro no cubre el servicio prestado o que han agotado sus beneficios. Consulte la Política de descuentos para pacientes sin seguro.

La elegibilidad para caridad se determinará por una incapacidad de pago definida en esta política conforme a uno o más de los siguientes criterios:

- A. Caridad presunta: La evaluación de la persona determina que no es necesaria una Solicitud de asistencia financiera porque:
- i. El paciente no tiene una dirección de residencia (por ejemplo, es una persona sin hogar).
 - ii. Los servicios que se consideran elegibles conforme a esta política, pero que no están cubiertos por una compañía de seguros de terceros, se prestaron a un paciente que está inscrito en alguna forma de Medicaid (Medi-Cal para residentes de California) o en un programa estatal para indigentes (por ejemplo, recibir servicios fuera de la cobertura restringida de Medi-Cal).
 - iii. Gastos de bolsillo anuales:
 - a. Incurridos por la persona en el hospital que exceda el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente en los 12 meses anteriores.
 - b. Gastos de bolsillo anuales que excedan el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente, si el paciente presenta constancias de sus gastos médicos pagados por el paciente o su familia en los 12 meses anteriores.
 1. "Familia del paciente" significa lo siguiente:

- a) En el caso de personas mayores de 18 años, el cónyuge, la pareja doméstica, conforme lo define la Sección 297 del Código de Familia y los niños dependientes menores de 21 años, vivan o no en la misma casa.
 - b) En el caso de personas menores de 18 años, el padre, la madre, los familiares responsables de su cuidado y otros niños menores de 21 años del padre, la madre o el familiar a cargo de su cuidado.
 - iv. Se denegó la autorización del tratamiento, ya que la calificación financiera de estos programas incluye no tener más que activos marginales y una parte del costo definida por Medicaid como la capacidad máxima de pago; y/o
 - a. La incapacidad de pago del paciente se identifica mediante una búsqueda de ingresos/activos a través de una agencia de cobros externa.
 - b. La incapacidad de pago del paciente es identificada por el personal del CRMC a través de una búsqueda de ingresos/activos utilizando una entidad de terceros.
 - c. El paciente ha fallecido
- B. Caridad — La evaluación individual de la incapacidad de pago requiere el cumplimiento de uno o más de los siguientes criterios:
 - i. Completar un cuestionario financiero.
 - ii. Validación de que los ingresos brutos del paciente sean inferiores al 400 % de las Pautas Federales de Pobreza (FPG) aplicables al momento en que el paciente solicitó la asistencia financiera. Un paciente con este nivel de ingresos se considerará elegible para atención de caridad del 100 %: y/o
 - iii. Validación de que los ingresos brutos del paciente superan el 400 % de las FPG aplicables al momento en que el paciente solicitó asistencia financiera y que su situación financiera personal (carga de la deuda médica, etc.) lo hace elegible para un posible pago con descuento (atención de caridad parcial) o atención de caridad al 100 %. No obstante, los pacientes con ingresos brutos inferiores al 500 % de las FPG nunca adeudarán más del 100 % del monto permitido por Medicare para el hospital donde se recibió el tratamiento. Este monto se verificará al menos una vez al año. Un paciente con ingresos brutos que superen el 500 % de las FPG no adeudará más que la tasa de reembolso privada aplicable para pacientes internados o ambulatorios con descuento, o se indicará el monto del copago, lo que sea menor. Además, los pacientes sin seguro y los que tienen seguro e ingresos brutos inferiores al 500 % de las FPG que incurran en gastos médicos totales superiores al diez por ciento (10 %) de los ingresos brutos anuales durante los 12 meses anteriores, recibirán un beneficio de caridad del 100 %. Los costos elegibles para la cancelación de caridad incluirán solo los montos de responsabilidad del paciente después de que se haya facturado el seguro y se hayan cobrado los importes de responsabilidad del seguro. Además, el plan de jubilación calificado y la compensación diferida, los activos monetarios no se pueden considerar en la determinación de la capacidad de pago y los primeros \$10,000 de otros activos monetarios y el 50 % de los activos monetarios restantes no se deben considerar en la evaluación para la asistencia financiera.

La atención de caridad no es:

- Considerada un sustituto de la responsabilidad personal.
- Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de CRMC para obtener caridad u otras formas de pago o asistencia financiera, y que contribuyan con el costo de su atención en función de su capacidad individual de pago (conforme se describe). Se alentará a las personas con capacidad financiera para adquirir un seguro médico a que lo hagan, como medio para garantizar el acceso a los servicios de atención médica, para su salud personal general y para la protección de su patrimonio particular.
- Deuda incobrable: una deuda incobrable resulta de la falta de voluntad de pago por parte de un paciente o de servicios por los que los hospitales preveían un pago que no recibieron.
- Denegaciones del seguro: cuando la CRMC no pudo obtener el pago debido a una facturación fuera de término de acuerdo a los términos contractuales; o denegación retroactiva del servicio por parte de una aseguradora de atención administrada cuando la apelación no tenga éxito.
- Ajuste contractual: la diferencia entre los cargos minoristas por servicios y el monto permitido por una compañía de seguros de atención administrada gubernamental o contratada para los servicios cubiertos que se cancela.

Proceso de evaluación:

- CRMC exhibirá información sobre su política de atención de caridad en las áreas de acceso adecuadas.
- A la persona que busca atención de caridad se le realizará una evaluación preliminar y si esta evaluación no la descalifica para recibir atención de caridad, se le proporcionará una solicitud con instrucciones para saber cómo pedirla.
- Como parte de este proceso de evaluación, CRMC revisará si el garante ha agotado o no es elegible para ninguna fuente de pago externa.
 - En el caso de que CRMC determine de forma evidente que el garante es una persona indigente (sin hogar), se puede tomar una determinación prima-facie de elegibilidad y, en estos casos, es posible que CRMC no requiera una solicitud o documentación comprobatoria.
- Al paciente (garante) que puede ser elegible para solicitar atención de caridad una vez finalizada la evaluación inicial, se le darán catorce (14) días para proporcionar suficiente documentación a CRMC a fin de respaldar una determinación de caridad.
- En base a la documentación proporcionada con la solicitud de caridad, CRMC determinará si se requiere información adicional o si se puede tomar una determinación de caridad.
- El hecho de que un garante no complete razonablemente los procedimientos de solicitud adecuados será suficiente motivo para que CRMC inicie las gestiones de cobranza.
- La determinación inicial del estado de patrocinio y la posible elegibilidad para la atención de caridad se completará lo más cerca posible de la fecha del servicio.
- CRMC notificará al paciente (garante) de una determinación final dentro de los quince (15) días hábiles posteriores a la recepción de la documentación necesaria.

- El paciente (garante) tiene derecho a apelar la determinación de no elegibilidad para la atención de caridad proporcionándole a CRMC la documentación adicional pertinente dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción del aviso de denegación.
- Se revisarán todas las apelaciones y si la determinación sobre la apelación confirma la denegación, se enviará una notificación por escrito al paciente (garante) y al Departamento de Salud de acuerdo con la legislación estatal. El proceso final de apelación concluirá dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de una denegación por parte del solicitante.

PROCEDIMIENTO:

La comunicación y la notificación de la disponibilidad de asistencia financiera dentro de la comunidad de cada hospital será de acuerdo con AB 774, AB 1020, SB 350, SB 1276 y la ley federal PPACA (Ley de protección al paciente y atención asequible).

- Se colocarán carteles sobre la disponibilidad de asistencia financiera en las áreas de registro de los hospitales, incluidas las salas de emergencias y todas las áreas de acceso de los pacientes.
- Se proporcionará un Aviso de prácticas de cobranza a todos los pacientes (garantes) durante el registro y se incluirá en el estado de cuenta final.
- Esta política se publicitará ampliamente en todo CRMC, incluido, entre otros, el sitio web de CRMC y se pondrá a disposición de quienes la soliciten.
- Los cuestionarios financieros estarán disponibles en todas las áreas de registro y acceso de los pacientes.
- El personal de CRMC, incluido el personal de Admisión/Registro y Asesoramiento Financiero, así como los consultores en el lugar, como los Defensores de la salud, evaluarán de forma exhaustiva a los pacientes con respecto a una posible cobertura de terceros, incluidos los seguros de salud privados (Intercambio de salud de California), Medicare, Medicaid y otros programas estatales y ayudarán a los pacientes a solicitar la cobertura cuando corresponda.
- Las facturas de pago particular incluirán lo siguiente:
 - A. Declaración de cargos
 - B. Una solicitud de que el paciente informe al hospital si el paciente cuenta con cobertura de seguro y que, si no tiene cobertura, podría ser elegible para Medicare, Healthy Families, Medicaid, seguro a través de California Health Exchange, otros programas estatales o del condado y de caridad.
 - C. Una declaración que indique cómo el paciente puede obtener una solicitud o solicitar los programas antes mencionados, junto con una derivación a la oficina local de asistencia al consumidor en una oficina de servicios legales local.
 - i. Nota: Si el paciente o el representante del paciente indican que el paciente no tiene cobertura de terceros y solicita una tarifa de descuento o caridad, se proporcionará al paciente una solicitud para el programa Medicaid, Healthy Families u otro programa estatal o del condado aplicable.
 - D. Información sobre las solicitudes del programa de asistencia financiera y de caridad del hospital, incluida una declaración de que si el paciente carece de seguro, o tiene un seguro inadecuado, y cumple con ciertos requisitos de bajos ingresos, puede

calificar para el pago con descuento o la atención de caridad. Esta declaración debe ir acompañada de un número de teléfono para obtener información adicional sobre el pago con descuento y el programa de caridad del hospital.

- E. Se requiere la verificación de que un paciente no califica para la cobertura de un tercero o no es elegible para un programa gubernamental antes de completar una decisión de caridad.
- F. Elegibilidad del paciente sin solicitud. Casos en los que no se requiere una Solicitud de asistencia financiera según las definiciones de caridad:
- Las denegaciones de autorización de tratamiento (TAR), los servicios no cubiertos por Medicaid y las cancelaciones fuera de tiempo de facturación a Medicaid, se registrarán con sus respectivos códigos de ajuste. Las cancelaciones en las cuentas de Medicare/Medicaid se realizan con un código de ajuste respectivo para que se capturen por el reembolso de deudas incobrables de Medicare.
 - Finanzas identificará los importes asentados bajo esos códigos y los transferirá de la contabilidad general a caridad en el libro Mayor.
 - En el caso de ajustes de Medicare/Medicaid, la parte que no se reclame como reembolso por deudas incobrables de Medicare se reclasificará como caridad.
 - Se puede verificar que un paciente no tiene hogar en cualquier momento durante el ciclo de ingresos. La porción elegible de la cuenta para la atención de caridad se ajustará mediante el código de ajuste 88870852 : "Descuento de caridad".
 - Los centros de CRMC no realizarán esfuerzos extraordinarios de cobranza, incluidas las remisiones a agencias de cobranzas externas, antes de hacer un esfuerzo razonable para determinar si el paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera. Tras la remisión, las agencias de cobranzas externas, en sus actividades de cobranza, incluso al realizar búsquedas de ingresos y activos en preparación de autorizaciones de demandas, pueden verificar una incapacidad de pago y presentar la cuenta para la aprobación de caridad en las siguientes circunstancias:
 - Pacientes de pago particular con ingresos brutos iguales o inferiores al 400 % de las Pautas Federales de Pobreza. La totalidad del saldo se considerará caridad.
 - Pacientes de pago particular con ingresos brutos superiores al 400 % pero inferiores al 500 % de las FPG, y activos limitados, pueden calificar para caridad parcial o total. En todos los casos, la responsabilidad de este grupo de ingresos nunca será superior al reembolso previsto de Medicare. Para pacientes con ingresos brutos superiores al 500 % de las FPG, la obligación del paciente será la tasa de descuento de pago particular vigente al momento del servicio. Por último, los pacientes asegurados y de pago particular con ingresos inferiores al 500 % de las FPG y con gastos de atención médica que superen el 10 % de los ingresos anuales durante los últimos 12 meses serán elegibles para la caridad completa.
 - El patrimonio en un domicilio de residencia principal puede considerarse únicamente en la determinación de activos solo cuando los ingresos son superiores al 500 % de las Pautas Federales de Pobreza y se puede aprobar un gravamen contra ese patrimonio, pero en ningún caso se iniciarán procedimientos de ejecución hipotecaria. PHSSC y sus agencias de cobranzas esperarán hasta que el domicilio de residencia principal se venda o se refinance para cobrar su deuda. Las leyes de California imponen restricciones a los activos monetarios que se pueden considerar para determinar la capacidad de pago. De acuerdo con las leyes de California, los activos monetarios no incluirán: (1) activos mantenidos bajo un plan de jubilación calificado; (2) los primeros diez mil dólares (\$10.000) de los

activos monetarios de un paciente; o (3) el cincuenta por ciento (50 %) de los activos monetarios del paciente que excedan los \$10.000.

- Elegibilidad para el paciente según lo establecido por Cuestionario financiero.
- Todos los empleados de CRMC, incluidos el personal de registro, los asesores financieros, los representantes de acceso del paciente, los representantes de cuentas de los pacientes, los trabajadores sociales clínicos, los enfermeros, capellanes, así como los directores de misión y los médicos del personal clínico durante su curso normal de funciones, pueden identificar situaciones de incapacidad de pago y deben remitir a los pacientes para que reciban asesoramiento financiero.
- Los trabajadores sociales clínicos que identifiquen posibles casos de servicios de caridad deben establecer un enlace con los asesores financieros/representantes de acceso del paciente para evaluar el potencial acceso a la atención de caridad y presentar las opciones de asistencia financiera al paciente/la familia.
 - En estos casos, se puede ofrecer un Cuestionario financiero al paciente/la familia y la cuenta se documenta en consecuencia a fin de ayudar a orientar futuras gestiones de cobranza.
- El Cuestionario financiero debe acompañarse con constancias de ingresos, incluso copias de cheques de pago recientes, declaraciones W-2, declaraciones de impuestos sobre ingresos y/o estados de cuenta bancaria que muestren depósitos de salarios. En el caso que no se pueda proporcionar ninguno de estos documentos, se requiere uno de los siguientes:
 - Si el paciente/la persona responsable cobra en efectivo, una carta del empleador que indique la cuantía del salario.
 - Si no existe un acuerdo entre el empleador y el empleado, se puede considerar otra documentación escrita de ingresos en especie, según cada caso.
 - Los pacientes pueden requerir una Solicitud de asistencia financiera llamando a CBO, comunicándose a través de la dirección postal que figura en su estado de cuenta del paciente o descargando el formulario en los sitios web de CRMC.
 - Los pacientes que completen el Cuestionario financiero son responsables de hacer un esfuerzo razonable para suministrar la información necesaria a fin de tomar una determinación. El hecho de no proporcionar esa información puede resultar en la denegación del Cuestionario financiero.
- Proceso de revisión/aprobación de la Solicitud de asistencia financiera:
 - Para las cancelaciones de caridad de servicios restringidos, o las cancelaciones para pacientes sin hogar, la transacción de cancelación puede iniciarla cualquier empleado de la CBO. Se aplicarán los niveles estándar de aprobación de transacciones.
 - Un asesor financiero debe revisar el Cuestionario financiero. Si los ingresos brutos son iguales o inferiores al 400 % de las FPG, el asesor puede aprobar la solicitud de caridad, basándose en la información presentada con la solicitud (se requiere constancia de ingresos). Si los ingresos brutos son superiores al 400 % pero inferiores al 500 % de las FPG, el asesor financiero realizará una evaluación para ver si califica para recibir caridad parcial o total en función de los ingresos, los activos y la carga de la deuda médica, y las cancelaciones estarán sujetas a los niveles de aprobación estándar.

- El Cuestionario financiero se revisará y aprobará, denegará o devolverá al paciente con una solicitud de información adicional dentro de los quince (15) días hábiles desde su recepción.
- La Oficina Comercial Central (CBO) revisará las solicitudes de caridad de agencias de cobranza y los Cuestionarios financieros recibidos de dichas agencias. La CBO seguirá el proceso de revisión descrito con anterioridad en (b) en la determinación de la capacidad de pago y la aprobación parcial, total o la denegación de caridad.
- Si la caridad se aprueba al 100 %, todos los depósitos del paciente pagados en cuentas aprobadas para caridad deben reembolsarse al garante de la cuenta. Esto NO se aplica a ningún pago de terceros, incluso pagos de seguros contra accidentes o las liquidaciones de acuerdos pagados por cuentas fiduciarias de abogados. Dichos pagos se retendrán y se otorgará caridad por la diferencia entre los cargos brutos y la suma de dichos pagos excluidos. Los reembolsos en virtud de esta disposición incluirán intereses a la tasa indicada en la Sección 685.010 del Código de Procedimiento Civil.
- Notificación de la determinación de caridad:
 - Para cancelaciones de caridad para personas sin hogar, no se necesita notificación.
 - En todos los casos en los que se haya presentado un Cuestionario financiero, la persona que aprueba la solicitud presentará por escrito una determinación de caridad parcial, caridad total o denegación de la caridad a la persona que presentó las solicitudes en nombre del paciente dentro de los quince (15) días a partir de la determinación final de la solicitud completa.
 - En el caso que se apruebe una caridad parcial o se deniegue la caridad, la carta de notificación informará que el paciente puede apelar la determinación.
 - Las apelaciones deberán dirigirse por escrito a:
 - Corona Regional Medical Center
 - Attn: Patient Access Services
 - 800 S Main St
 - Corona, California 92882
 - La CBO responderá a todas las apelaciones de denegación de caridad. En caso que se rechace la apelación del paciente y se mantenga la denegación original, se reanudarán las actividades de cobro para dar al paciente una amplia oportunidad de realizar el pago, de acuerdo con las disposiciones de la ley estatal aplicable.
 - Si se aprueba la caridad en forma parcial, el saldo restante del paciente puede pagarse en cuotas sin intereses, conforme lo acordado mutuamente entre el paciente y el centro. Si no se puede acordar un plan de pago de mutuo acuerdo, se aplicará el "Plan de pago razonable" definido. El pago no se considerará moroso, ni se producirán más actividades de cobranza, siempre que los pagos realizados de conformidad con un plan de pago no tengan más de 90 días de mora según los términos de dicho plan. Si se recurre a una agencia de cobranzas externa para cobrar la deuda impaga, esa agencia se compromete a respetar los requisitos de esta política y las normativas AB 774, AB 1020, SB 350 , y SB 1276, incluido el hecho de no embargar los salarios ni imponer un gravamen sobre la residencia principal.

- Tramitación de cancelación de caridad:
 - A. Si se ha emitido un descuento por pago particular, dicho descuento se debe revertir para restaurar los cargos completos. Este paso permite a Finanzas aplicar una relación de costos a cargos contra el monto de la cancelación de caridad para determinar con precisión el costo de la atención de caridad a los efectos de informes externos.
 - B. El porcentaje de descuento de caridad del 100 % se aplica entonces a la cuenta, utilizando los códigos de ajuste existentes.
 - C. Un paciente que pagó un depósito al momento del servicio y tiene derecho a una caridad del 100 % o un paciente que pagó un depósito y tiene derecho a una caridad parcial y cuyo depósito excede su responsabilidad final de acuerdo con la política de caridad, tiene derecho a que se le reembolse el depósito total o el monto en exceso, más los intereses a la tasa indicada en la sección 685.010 del Código de Procedimiento Civil. Si una cuenta de caridad parcial debe remitirse a una agencia externa para su cobranza, la cuenta será marcada como destinataria de caridad parcial para que la agencia pueda asegurarse de que:
 - i. No se iniciará una demanda con fines de embargar los salarios o poner un gravamen sobre una residencia principal; Y
 - ii. No se informará de la morosidad a una agencia de informes crediticios hasta 180 días después de la fecha del servicio, o 180 días después de que el paciente haya recibido la aprobación de la caridad parcial.