PARALLON
HCA Healthcare

DEPARTAMENTO: Soporte de Operaciones (Operations Support)	**DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA:** Política del Programa de ayuda benéfica y descuentos para pacientes en California con ingresos por debajo del 400 % del FPL (sin seguro y con seguro insuficiente)
PÁGINA: 1 de 8	**REEMPLAZA LA POLÍTICA CON FECHA:** 11/01/2017, 11/01/2019, 07/07/2020, 01/01/2022, 1/23/24
APROBADA: 01/23/2024	**FECHA DE INICIO:** 10/16/24
FECHA DE REVISIÓN ANUAL: 01/23/2024	**NÚMERO DE REFERENCIA:** PARA.PP.OPS.016CA

ALCANCE:

Instalaciones y áreas de servicios de apoyo responsables de pedir y evaluar las solicitudes de ayuda económica ("FAA") para hospitales de atención aguda ("Hospitales") no asociados y afiliados a HCA en California.

PROPÓSITO:

Se trata de una póliza combinada que pretende recoger tanto los requisitos de la póliza de ayuda benéfica como los del plan de descuentos de Cal. El Código de Salud y Seguridad §127405 establece una simple condonación como ayuda benéfica de la totalidad del saldo del paciente para los pacientes que se encuentran en el rango 0-400 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL) que (i) han recibido servicios médicamente necesarios, (ii) no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente; y (iii) han completado la documentación exigida que justifique sus niveles de ingresos en el proceso descrito en este documento.

POLÍTICA:

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Para poder ser elegible para una revisión de condonación como ayuda benéfica, el paciente debe haber recibido servicios médicamente necesarios, carecer de cobertura (*sin seguro*) o tener una cobertura insuficiente (*seguro insuficiente*) de terceros pagadores de los servicios, y disponer de la documentación exigida que acredite su nivel de ingresos. Abajo se describen los procesos de solicitud de ayuda económica (“FAA”) y documentación.

CONDONACIÓN COMO AYUDA BENÉFICA

Después de que se haya completado la verificación de los ingresos, los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que estén en el rango de 0-400 % del FPL recibirán la condonación como ayuda benéfica de la totalidad del saldo del paciente.

Nota: Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que superen el 400 % del FPL pueden ser elegibles para otras ayudas económicas según las políticas de descuentos para personas sin seguro y de protección de la responsabilidad del paciente del centro.

Un resumen de estos programas se adjunta aquí como Apéndice A.

SOLICITUD DE AYUDA ECONÓMICA Y DOCUMENTACIÓN DE COMPROBACIÓN DE INGRESOS:

(1) Proceso y solicitud de ayuda económica:

Los pacientes (incluyendo los que reciben atención de emergencia y ambulatoria) reciben un aviso por escrito con información sobre la disponibilidad de las políticas de pago con descuento y ayuda benéfica del hospital, e información de contacto en la que el paciente puede obtener más información sobre estas políticas. Código de Salud y Seguridad de California §127410(a). Dicho aviso se entregará de acuerdo con los plazos establecidos en el Código de Salud y Seguridad de California §127410 (b). El aviso de las políticas del hospital también se publicará de manera clara y visible en lugares físicos y en el sitio web, tal como se exige en el Código de Salud y Seguridad de California §127410(c). El hospital también incluye información sobre su programa de ayuda benéfica como parte de sus procesos de facturación. Las solicitudes de ayuda económica se aceptan en cualquier momento después del servicio por correo de USPS a la dirección postal o al número de fax facilitados en la solicitud de ayuda económica. La solicitud de ayuda económica también puede devolverse en persona al Hospital.

Nota: Los activos monetarios no se tendrán en cuenta a la hora de determinar la elegibilidad para la ayuda benéfica. Sin embargo, al renunciar o reducir las cantidades del costo compartido de Medicare, el Hospital puede tener en cuenta los activos monetarios del paciente en la medida necesaria para que el Hospital reciba el reembolso del programa Medicare por deudas incobrables de Medicare sin intentar cobrar al paciente las cantidades del costo compartido, tal y como exige la legislación federal.

(2) Verificación de ingresos para cuentas de Medicare:

Todos los pacientes de Medicare (es decir, pacientes hospitalizados o ambulatorios) deben presentar una FAA con la documentación de verificación de ingresos correspondiente. La validación electrónica de los ingresos del paciente, por ejemplo, Experian, por sí sola puede no ser suficiente para la verificación independiente de ingresos y recursos de Medicare.

La documentación de ingresos preferida para las Cuentas de Medicare es la Declaración de impuestos sobre la Renta reciente (del año en que se facturó por primera vez al paciente o 12 meses antes de que se facturara por primera vez al paciente). Cualquier paciente de Medicare o parte responsable que no pueda proporcionar la declaración de impuestos sobre ingresos reciente

puede, *como alternativa,* proporcionar la declaración de impuestos sobre ingresos del año actual (si no es la declaración de impuestos reciente como se define arriba) o dos documentos de apoyo de la siguiente lista para cumplir este requisito de verificación de ingresos:

- Recibos de pago recientes
- Formulario W-2 de respaldo
- Formularios 1099 de respaldo
- Copias de todos los estados de cuenta del banco de los últimos 3 meses
- Los estados de cuenta más recientes del banco y del bróker listados en la declaración de impuestos federales
- Reporte de crédito vigente

El hospital también tendrá en cuenta cualquier circunstancia atenuante que pueda afectar la determinación de la indigencia del paciente. El hospital también determinará que ninguna fuente distinta del paciente (como una agencia local de asistencia social o un tutor) será legalmente responsable de la factura médica del paciente. El hospital documentará el método mediante el que se determinó la indigencia, además de toda la información de respaldo para justificar la determinación.

Beneficiarios con doble elegibilidad: un beneficiario de Medicare que también califique para Medicaid (beneficiario con doble elegibilidad) puede considerarse indigente siempre que se haya facturado a Medi-Cal. Además, el aviso de envío debe mantenerse como documentación de respaldo.

Los pacientes que califiquen para un Programa de Ahorros de Medicare (Programa de Beneficiarios Calificados de Medicare, Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos Especificados, Individuo Calificado, y Programas para Trabajadores Discapacitados Calificados) serán elegibles para una condonación como ayuda benéfica sin la necesidad de presentar una solicitud de asistencia financiera (FAA) ni de proporcionar la documentación especificada en la subsección.

(3) Verificación de ingresos para cuentas que no son de Medicare:

Además de cualquiera de las opciones de documentos de respaldo listadas en el inciso (2) arriba, las siguientes alternativas son aceptables como documentación de respaldo para cuentas que no son de Medicare:

- Documentación por escrito de sus fuentes de ingresos
- Comprobante de elegibilidad para Medi-Cal
- La validación electrónica de los ingresos del paciente y el tamaño de la familia, como Experian (la documentación de verificación de ingresos mediante una validación electrónica de la información/ingresos del paciente, como Experian, debe obtenerse cuando no se tenga otra verificación de ingresos).

Nota: En la medida que lo exija la ley estatal, se obtendrá una FAA completa por cualquier dólar reportado al estado como ayuda benéfica.

(4) *Considerado Elegible/Circunstancias Excepcionales*

Puede considerarse que el paciente/parte responsable cumple las directrices de ayuda benéfica si: (i) una clínica local determina que el paciente/responsable es elegible según las directrices de pobreza e ingresos similares a los de esta política; o (ii) el paciente/parte responsable se presenta con Medicaid, y Medicaid no paga.

También puede haber circunstancias atenuantes en las que no se pueda completar la comprobación de recursos porque el paciente/responsable (i) no completa o no puede completar la FAA, o (ii) no proporciona o no puede proporcionar la documentación de respaldo listada arriba. En esas circunstancias, un gestor puede no exigir la documentación requerida y extender una condonación como ayuda benéfica, congruente con esta Política. El gestor podrá considerar como circunstancias atenuantes las siguientes:

Pacientes identificados como residentes indocumentados o sin hogar mediante:

- Evaluación de elegibilidad para Medi-Cal
- Proceso de registro
- Alta a un refugio
- Documentación clínica o de administración de casos
- Ausencia de reporte de crédito

Pacientes que fallecen - si se determina por medio del contacto de la familia o registros judiciales que no existe un patrimonio, se puede considerar una condonación como ayuda benéfica (incluso si el paciente tenía un cónyuge) previa documentación y con la revisión y aprobación del gestor de una excepción a la política.

Indigencia médica - además de lo indicado arriba, si un paciente/responsable cumple el estado de indigencia médica según las directrices o requisitos estatales, se puede aplicar una condonación como ayuda benéfica después de que el gestor complete un proceso de prueba de recursos del paciente/responsable.

REVISIÓN DE COBERTURA Y PAGOS DE TERCEROS

Antes de la condonación como ayuda benéfica, se completará una validación para garantizar que, si alguna parte de los servicios médicos del paciente puede pagarse por algún programa de atención médica gubernamental federal o estatal (por ejemplo, Medicare, Medi-Cal, Tricare, pagador secundario de Medicare), una compañía de seguros privada o cualquier otro pagador privado no gubernamental, el pago haya sido recibido y registrado en la cuenta. La condonación como ayuda benéfica no se puede aplicar a ninguna cuenta que tenga una responsabilidad pendiente de pago por algún pagador.

Los pacientes también se evaluarán para determinar la posible cobertura de Medicaid antes de presentar una solicitud para la condonación como ayuda benéfica según lo dispuesto en este documento. La determinación de Medi-Cal pendiente debe resolverse antes de evaluar la potencial ayuda benéfica pendiente. La calificación pendiente para un Plan Médico Calificado ("QHP") en el Mercado de Seguros Médicos puede hacerse simultáneamente con el proceso de Ayuda benéfica pendiente. La inscripción en el QHP no es retroactiva. Más bien, la cobertura entra en vigor para futuras fechas de servicio. Por lo tanto, es necesario continuar con el proceso de Ayuda benéfica pendiente para las visitas que ocurran antes de las fechas de inicio del QHP.

Nota: A los pacientes no se les exige que presenten una solicitud de cobertura de Medicare, Medi-Cal u otra antes de evaluarlos o recibir ayuda benéfica según lo dispuesto en este documento.

REEMBOLSOS EN CUENTAS DE AYUDA BENÉFICA:

La expectativa general es que todos los pacientes que califiquen para la condonación como ayuda benéfica presenten la solicitud en un tiempo razonable para que dicha condonación se aplique a su factura antes de que venza. Sin embargo, si por algún motivo el paciente paga los servicios

prestados y luego se le aprueba la condonación como ayuda benéfica, el hospital deberá reembolsar oportunamente al paciente (en un plazo de treinta días) cualquier cantidad pagada que supere la cantidad a pagar después de que se aplique la condonación como ayuda benéfica, más un interés del 10 % anual a partir de la fecha en que el hospital recibió el pago del paciente. El hospital no está obligado a reembolsar al paciente ni a pagar intereses si la cantidad a pagar es inferior a cinco dólares ($5.00). Si la cantidad es inferior a $5.00, el hospital dará un crédito del hospital por 60 días a partir de la fecha de vencimiento de la cantidad. Si el crédito no se usa en el plazo de 60 días, el hospital puede eliminar la cantidad de sus cuentas. Esta sección está en conformidad con el Código de Salud y Seguridad § 127400 y siguientes, y todos los pacientes que presenten una solicitud para la condonación como ayuda benéfica deberán hacerlo según dicho código y con la mayor prontitud razonable para evitar errores de facturación antes de que se aplique dicha condonación. **PROCESO DE DISPUTA DEL PACIENTE**

Si un paciente quiere presentar una disputa y apelar su elegibilidad para una condonación como ayuda benéfica según esta política, puede solicitar una revisión al director de Soporte de Operaciones, al director financiero del Hospital o al ejecutivo del Centro de Servicios Compartidos para una nueva determinación de su elegibilidad. Esto se hace mediante la presentación de una solicitud por escrito con la documentación de respaldo o faltante.

AVISO PARA MÉDICOS DE EMERGENCIAS

Los médicos de emergencias, tal como se definen en la Sección 127450 del Código de Salud y Seguridad de California, que prestan servicios médicos de emergencia en un hospital que presta atención de emergencia, también están obligados por ley a hacer condonaciones a los pacientes sin seguro o a los pacientes con costos médicos altos que estén en o por debajo del 400 % del nivel federal de pobreza.

REFERENCIA:

•

APÉNDICE A

Si usted actualmente no tiene cobertura médica,
puede ser elegible para...

Medi-Cal

o

Cobertura ofrecida por medio de California Health Benefit Exchange (Covered California) u otros programas de cobertura médica financiados por el estado o el condado.

o

Nuestro programa de ayuda benéfica o descuentos a pacientes sin seguro

Este centro participa en Covered California y en el Programa de elegibilidad posible del hospital (Hospital Presumptive Eligibility Program, HPE). Puede obtener una solicitud para estos programas en el momento del servicio.

AYUDA PARA PAGAR SU FACTURA

Hay organizaciones de defensa gratuitas que lo ayudarán a entender el proceso de facturación y pago. Puede llamar a Health Consumer Alliance al 888-804-3556 o visitar www.healthconsumer.org para obtener más información.

PROGRAMA DE RECLAMOS SOBRE

El Programa de Reclamos sobre Facturas de Hospitales (Hospital Bill Complaint Program) es un programa estatal que revisa las decisiones de los hospitales sobre si usted califica para recibir ayuda para el pago de su factura de hospital. Si cree que se le denegó erróneamente la ayuda económica, puede presentar una queja al Programa de Reclamos sobre Facturas de Hospitales. Visite HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov para obtener más información y presentar una queja.

Usted puede calificar para un descuento

en su factura de hospital si es un paciente económicamente calificado.

PARALLON
HCA Healthcare

DEPARTAMENTO: Soporte de Operaciones (Operations Support)	**DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA:** Política del Programa de ayuda benéfica y descuentos para pacientes en California con ingresos por debajo del 400 % del FPL (sin seguro y con seguro insuficiente)
PÁGINA: 8 de 8	**REEMPLAZA LA POLÍTICA CON FECHA:** 11/01/2017, 11/01/2019, 07/07/2020, 01/01/2022, 1/23/24
APROBADA: 01/23/2024	**FECHA DE INICIO:** 10/16/24
FECHA DE REVISIÓN ANUAL: 01/23/2024	**NÚMERO DE REFERENCIA:** PARA.PP.OPS.016CA

Además, si no tiene un seguro o tiene un seguro inadecuado y cumple ciertos requisitos de ingresos, puede calificar para un descuento o ayuda benéfica.

- Los pacientes que estén en el rango del 0-400 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL) pueden ser elegibles para una condonación total si han recibido servicios médicamente necesarios y han proporcionado documentación de respaldo suficiente.
- Los pacientes de pago por cuenta propia que no tengan una fuente de pago de terceros y que no califican para Medicaid, descuentos por ayuda benéfica o cualquier otro programa que ofrezca el centro, recibirán un descuento similar al de Medicaid, llamado "descuento para pacientes sin seguro" (excluyendo los procedimientos cosméticos electivos y los procedimientos de tarifa fija de pago por cuenta propia designados por el centro). En el momento del servicio, se pedirá a los pacientes que paguen la totalidad o que establezcan acuerdos de pago.
- El Programa de protección de la responsabilidad del paciente (Patient Liability Protection program, PLP) da protección a los pacientes con ingresos del grupo familiar arriba del 400 % del FPL. Los descuentos según este programa ayudan a los pacientes que no pueden pagar los saldos pertinentes debido a una cobertura limitada o inexistente, un deducible elevado u otras circunstancias atenuantes después de recibir servicios de emergencia o urgentes no electivos. Estos descuentos se basan en las necesidades y se calculan según una escala variable basada en los ingresos anuales del grupo familiar del paciente.

Si cree que puede calificar para un descuento o ayuda benéfica, comuníquese con nuestros representantes de servicio al cliente al 800-307-8016.

Puede acceder a la política de ayuda benéfica del hospital y a la solicitud de ayuda económica en www.facilityname.com/patient-financial/charity-policy.

La herramienta del hospital para calcular los pagos del paciente por los servicios en el hospital que se pueden programar con antelación, se puede encontrar en www.facilityname.com/patient-financial.