

**HUNTINGTON HOSPITAL
ADMINISTRATIVE POLICY & PROCEDURE
POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO**

ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA ECONÓMICA	N.º DE POLÍTICA: 329	PÁGINA 1 DE 18
APROBACIÓN AUTORIZADA: Lisa Maqueira	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 01/01/2024	REEMPLAZA Política de ayuda económica 2023

I. PROPÓSITO:

- a. Pasadena Hospital Association, Ltd., que opera bajo el nombre de Huntington Hospital y The Huntington Medical Foundation, que opera bajo el nombre de Huntington Health Physicians (todos juntos, la “Organización”) tienen el compromiso de cubrir las necesidades de atención médica de todos los pacientes de la comunidad, basándose en los siguientes principios:
- i. Tratar a todas las personas con equidad, dignidad, respeto y compasión;
 - ii. Atender las necesidades de atención médica de emergencia de todos, independientemente de la capacidad de pago del paciente; y
 - iii. Ayudar a los pacientes que no pueden pagar parte o la totalidad de la atención que reciben.
- Esta Política demuestra el compromiso de la Organización con nuestra misión, visión y principios, ayudando a cubrir las necesidades de los pacientes de bajos ingresos sin seguro y de los pacientes con seguro insuficiente en nuestra comunidad. Como parte del cumplimiento de este compromiso, la Organización presta los servicios médicamente necesarios, sin costo o a un costo reducido, a los pacientes que califican según los requisitos de esta Política.
- b. Esta Política da directrices para identificar a los pacientes que pueden calificar para recibir ayuda económica y establece los criterios de evaluación financiera para determinar qué pacientes califican para recibir ayuda económica.

II. POLÍTICA:

- a. **Definiciones.** Los términos que se usan en esta Política se definen en la sección “Definiciones” al final de esta Política o cuando se usan por primera vez.
- b. **Cobertura de esta política.** Esta Política cubrirá solo los servicios prestados directamente por la Organización. Solo incluye servicios médicos si los presta Huntington Aligned Medical Group (“HAMG”) y Huntington Foundation Medical Group (“HFMG”). Excluye los centros de Randall Breast Center de la Organización, Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC y Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC.

c. **Centros, médicos y otros proveedores no cubiertos por esta Política pueden tener políticas de ayuda económica separadas.** Los miembros de la comunidad del personal médico de la Organización (por ejemplo, los proveedores que no forman parte de la Organización) también pueden poner disponible la ayuda económica a sus pacientes. La Organización tendrá disponible, cuando se pida, una lista de la información que tiene sobre estos médicos, indicando si médicos específicos (o su grupo médico): (i) darán descuentos equivalentes de los cargos profesionales del médico a pacientes de bajos ingresos sin seguro como la Organización lo disponga, basado en los criterios establecidos en la Política; (ii) aceptan la determinación de la Organización sobre la elegibilidad de un paciente para recibir ayuda económica; y, (iii) cumplen todas las leyes, reglamentaciones, ordenanzas y órdenes federales, estatales y locales aplicables con respecto al cobro de cuentas de deuda del consumidor. La Organización no será responsable por la administración de dichos médicos de los programas de ayuda económica, ni de sus prácticas de facturación.

d. **Ayuda para pagar su factura - Criterios de elegibilidad**

- i. **Ayuda económica.** La Ayuda Económica completa estará disponible para los pacientes cuyos ingresos y activos familiares sean inferiores al 400 por ciento del FPL del año en curso. Los pacientes cuyos ingresos oscilan entre el 401 y el 600 por ciento del FPL también califican para recibir atención con descuento. Aunque los activos están incluidos en la solicitud de ayuda económica (“Solicitud”), no se considerarán para determinar la elegibilidad para los descuentos. El Anexo B establece los rangos de ayuda económica disponible de la Organización.
- ii. **Pacientes antes de un servicio (atención electiva/no de emergencia).** Los pacientes programados como pacientes hospitalizados electivos o programados como pacientes ambulatorios que no son de emergencia necesitan aprobación previa por el coordinador de Ayuda Económica o su persona designada para recibir ayuda económica. Solo los procedimientos médicamente necesarios son elegibles para la aprobación. La ayuda económica para los procedimientos electivos y para la atención de seguimiento después del alta se limita a los pacientes que viven en el área de servicio de la Organización, o según lo apruebe el coordinador de Ayuda Económica o su persona designada. La Organización se reserva el derecho de no conceder ayuda económica en el futuro en relación con la atención propuesta que no sea de emergencia y otra que no sea médicamente necesaria de un paciente según la necesidad de la Organización de asignar juiciosamente sus recursos económicos y clínicos.
- iii. **Otros recursos económicos y cooperación necesaria del paciente.** Los pacientes que reciban la aprobación para recibir ayuda según esta Política aceptan cooperar continuamente en el proceso necesario para obtener el reembolso por los servicios de fuentes externas de la Organización, como los fondos de Víctimas de Delitos de California (California Victims of Crime) el Programa de Atención de Traumas del Condado (County Trauma Program), el programa Medi-Cal y los planes médicos que ofrecen cobertura por medio del Intercambio de Beneficios Médicos de California (California Health Benefit Exchange) (el “Intercambio”). La solicitud de un paciente para cobertura de un tercero para los costos de atención médica del paciente no deberá impedir la elegibilidad para recibir asistencia según esta Política. Un paciente deberá, como condición para recibir ayuda económica, solicitar la cobertura de

Medi-Cal, Healthy Families y el Programa de Traumas del Condado, según corresponda, y, cuando corresponda, la cobertura por medio del Intercambio. Lo arriba descrito también deberá aplicarse a los pacientes que residen fuera del estado y a su solicitud de Medicaid en su estado.

La Organización hará las remisiones adecuadas a agencias locales del condado, incluyendo Healthy Families, Covered California, Medi-Cal u otros programas para determinar la posible elegibilidad.

La Organización tendrá derecho a facturar a cualquier tercero asegurador que dé cobertura a un paciente, incluyendo cualquier fuente de responsabilidad de terceros. Las aseguradoras médicas y los planes médicos tienen prohibido reducir su reembolso de un reclamo a la Organización, incluso si la Organización ha renunciado a la totalidad o a una parte de la factura de un paciente según esta Política.

- iv. **Pacientes de pago por cuenta propia.** La Organización hizo una presunción basada en su experiencia histórica y el entorno actual de los seguros, que los pacientes que carecen de seguro no pueden costearse el seguro. La Organización supone que estos pacientes son elegibles para los programas de ayuda económica y tendrá disponible para todos los pacientes la siguiente ayuda, a menos que el paciente haga otros arreglos para los servicios prestados por la Organización. La cantidad que se descontó, que no se facturó al paciente, es atención sin remuneración que la Organización reportará según las directrices del Manual de reembolso para proveedores de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, capítulo 15-2, sección 4012.
 1. A los pacientes de pago por cuenta propia se les facturará automáticamente una cantidad con descuento para la Organización (consulte el Anexo C).
 2. Los pacientes de pago por cuenta propia son elegibles para recibir estos descuentos sin presentar una Solicitud. Esta ayuda económica no se extiende a procedimientos electivos, a menos que se haga un acuerdo específico entre la Organización y el paciente.
- v. **Pacientes médicamente indigentes (no elegibles para descuento).** Los pacientes que son médicamente indigentes, pero que no son elegibles de otra manera para recibir ayuda económica según esta Política, aún pueden solicitar ayuda económica según el proceso estipulado en esta Política. La solicitud de ayuda económica debido a indigencia médica debe ser aprobada por el coordinador de Ayuda Económica, o su persona designada, a su discreción.
- e. **Administración de ayuda económica.** La Organización usa una solicitud única y unificada de ayuda económica para los pacientes. El proceso está diseñado para dar a cada solicitante la oportunidad de recibir el máximo beneficio de ayuda económica para el que pueden calificar. A cualquier paciente que pida ayuda económica se le pedirá que complete una Solicitud.
 - i. **Cómo enviar una solicitud.** El proceso de Solicitud lo puede iniciar el paciente o cualquier miembro del personal de la Organización comunicándose con: Pago por Cuenta Propia, Servicio al Cliente al (323) 866-8600.

Este proceso incluye lo siguiente:

1. Los pacientes reciben con la Solicitud, una Solicitud de Medi-Cal e información de orientación crediticia.
2. Los siguientes departamentos ofrecen asistencia a los solicitantes para completar los formularios: Pago por Cuenta Propia (Self Pay), Servicio al Cliente (Customer Service), Registro (Registration), Ingreso (Admitting) y Departamento de Emergencias (Emergency Department, ED).
3. La Solicitud se puede completar oralmente con la ayuda del personal de la Organización, pero aún necesitará que un paciente o representante firme la Solicitud.

ii. Revisión de la solicitud

1. **Determinación.** Las directrices de elegibilidad se calculan usando el FPL actual como medida de elegibilidad.
2. **Determinaciones de afiliados y colaboradores de la comunidad aprobados.** Los pacientes que recibieron la aprobación de solicitudes de ayuda económica recientemente de ciertos afiliados o colaboradores de la comunidad de la Organización pueden recibir la aprobación de la Organización de manera acelerada, a discreción de la Organización. La Organización informará a los pacientes que envíen una solicitud de ayuda económica si dicha aprobación acelerada está disponible.
3. **Activos.** La consideración de los activos para determinar la elegibilidad se limita a la definición de esta Política.
4. Los **ingresos** para períodos parciales deberán incluirse en las hojas de trabajo usando datos anualizados.
5. **Deducciones.** Se considerarán otras obligaciones económicas incluyendo gastos de vida y otros artículos de naturaleza razonable y necesaria.
6. **Máximo de gastos de bolsillo del paciente.** Cualquier pago de un paciente por servicios cubiertos por esta Política deberá limitarse a un valor no mayor que las AGB.
7. **Reevaluación.** La Organización puede reevaluar la elegibilidad si ocurre algo de lo siguiente:
 - a. Los ingresos del paciente cambian.
 - b. El tamaño del grupo familiar del paciente cambia.
 - c. Se toma la determinación de que alguna parte de la Solicitud de ayuda económica es falsa o engañosa, en cuyo caso la ayuda económica inicial se puede denegar retroactivamente.

- iii. **Presentación de la documentación necesaria.** La Organización pide a los pacientes que envían una solicitud para ayuda económica, varios documentos para comprobar su elegibilidad. Los documentos pueden incluir, entre otros, los siguientes:
1. Solicitud completada.
 2. Los documentos de ingresos pueden incluir:
 - a. Talón de cheque de nómina del período actual,
 - b. Declaración de impuestos del año anterior, o
 - c. Explicación por escrito.
 3. Los documentos de activos pueden incluir:
 - a. Copias del estado de cuenta bancaria del mes anterior (todas las páginas),
 - b. Estados de cuenta del mercado de dinero,
 - c. Acciones,
 - d. Bonos,
 - e. Certificado de depósitos,
 - f. Cuentas de bróker (excluye documentos de planes de jubilación, planes de remuneración diferida (calificados y no calificados según el código del IRS)), y
 - g. Talón de beneficios de desempleo, beneficios de Seguro Social o beneficios por discapacidad.
- iv. **Cómo presentar la solicitud completada.** Si el paciente presenta una Solicitud completada durante el Período de solicitud, la Organización deberá:
1. Tomar inmediatamente todas las medidas razonablemente disponibles para suspender o revertir cualquier ECA contra el paciente para obtener el pago de la atención. Tales medidas razonablemente disponibles generalmente incluyen, entre otros, informar a las agencias de cobro para que cesen las actividades de cobro, medidas para anular cualquier sentencia contra el paciente, levantar cualquier embargo o gravamen sobre la propiedad del paciente y eliminar del informe de crédito del paciente cualquier información adversa que se reportó a una agencia de informes de crédito del consumidor u oficina de crédito.
 2. Tomar una determinación sobre la elegibilidad o identificar si la Solicitud está incompleta o necesita más información, en un tiempo razonable.
 3. Informar inmediatamente al paciente por escrito de la determinación de elegibilidad, incluyendo, si corresponde, la asistencia para la que el paciente es elegible y la base de la determinación.

4. Si el paciente es elegible para recibir ayuda económica, la Organización le informará por escrito de la elegibilidad, la asistencia disponible, la base para la determinación y las fechas de servicio cubiertas.
 - a. Si no hay responsabilidad del paciente, entonces no se necesitan más pasos que reembolsar las cantidades pagadas según lo dispuesto en la sección “Reembolsos”. Si hay un saldo restante, la Organización también informará al paciente por escrito de la cantidad que el paciente debe por la atención y describirá cómo el paciente puede obtener más información sobre la cuenta.
 - b. Una vez que se aprueba la ayuda económica de un paciente, no se le cobrará al paciente más por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que las de AGB.

Las aprobaciones de elegibilidad solo pueden hacerlas personas específicamente autorizadas por la Organización. Esta persona es en este momento el vicepresidente, el director de Finanzas y ciclo de ingresos o la persona que él designe.

- v. **Carta de resolución.** Después de que un paciente presente una solicitud completa y presente la documentación necesaria, la Organización enviará una carta para decir la determinación de aprobación o no elegibilidad. Las cartas incluirán lo siguiente:
 1. Una declaración clara de la determinación para la elegibilidad del paciente para la ayuda económica.
 2. Si el paciente no fue elegible para la ayuda económica, una declaración clara explicando por qué se rechazó al paciente.
 3. Si el paciente no fue elegible por un servicio que no era médicamente necesario, el médico de atención directa habrá dado fe de ello antes de la denegación.
 4. Si se aprueba que el paciente reciba ayuda económica, una explicación clara de la factura reducida e instrucciones sobre cómo el paciente puede obtener más información sobre un plan de pago razonable, si procede
 5. Información de contacto para la Organización, incluyendo el departamento, el nombre de contacto y en dónde el paciente puede apelar la decisión del hospital.
 6. Información del Programa de quejas sobre facturas de hospital del Departamento de Acceso e Información sobre Atención Médica (HCAI).
 7. Información de la Health Consumer Alliance.
- vi. **Pacientes con información limitada para hacer una solicitud.** La ausencia de datos económicos del paciente disponibles para la Organización no impide la elegibilidad para recibir ayuda económica. Cuando se evalúan todos los factores de la situación clínica, personal y demográfica de un paciente y la documentación alternativa (incluyendo la información que pueden dar otras organizaciones benéficas), la Organización puede determinar que un paciente es elegible para recibir ayuda económica haciendo suposiciones razonables sobre los ingresos del paciente.

- vii. **Solicitud incompleta.** Si un paciente presenta una Solicitud incompleta, la Organización le dará al paciente de inmediato un aviso por escrito que describa la otra información o documentación necesaria para la Solicitud e incluirá la información de contacto para el procesamiento de la Solicitud. Si el paciente después completa la Solicitud con la información necesaria durante el Período de solicitud (o el período de tiempo más largo que elija la Organización), entonces la Solicitud se considerará completa.
- viii. **Solicitud incompleta completada.** Si un paciente que presentó una Solicitud incompleta durante el Período de solicitud después completa la Solicitud, en un plazo razonable dado para responder a las solicitudes de más información o documentación, se considerará entonces que el paciente presentó una Solicitud completa, y la Organización habrá hecho esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible solo si toma los demás pasos exigidos por esta Política sobre las Solicitudes completadas.
- ix. **Norma antiabuso para Solicitudes con información cuestionable.** La Organización no deberá tomar determinaciones en cuanto a que un paciente no es elegible para recibir ayuda económica basándose en la información que tiene motivo para creer que no es confiable o es incorrecta, o en información obtenida del paciente bajo coacción o mediante el uso de prácticas coercitivas. Una práctica coercitiva incluye retrasar o denegar atención médica de emergencia a un paciente hasta que este dé la información que se le pide para determinar si el paciente es elegible para recibir ayuda económica para la atención médica que se está retrasando o denegando.
- x. **Manejo de solicitudes incompletas.** La Organización puede considerar el hecho de que un paciente no presente la documentación razonable y necesaria cuando tome sus determinaciones de ayuda económica. Pero la Organización actuará razonablemente y tomará la mejor determinación posible con la información disponible.
- xi. **Posible elegibilidad.** La Organización puede determinar que el paciente es elegible para recibir ayuda económica total para los servicios actuales basándose en la información que obtuvo o evaluó sin recurrir a que el paciente dé toda la información necesaria para el proceso normal de solicitud ni al hecho de que el paciente no tiene seguro médico. La determinación de la Organización puede incluir la confianza en una determinación previa de la Organización, la información entregada por otro proveedor del paciente o una evaluación general de la información disponible para el personal de la Organización. En tales casos, la Organización deberá (a) informar al paciente la base para la determinación de posible elegibilidad y la manera en que el paciente puede presentar una solicitud de ayuda más generosa disponible según la Política; (b) dar al paciente ciento veinte (120) días para presentar una solicitud de ayuda más generosa; y si el paciente presenta una Solicitud completa que procure una ayuda más generosa, luego determinar si el paciente es elegible para recibir un descuento más generoso y adoptar las demás medidas que exige esta Política con respecto a Solicitudes completas. Los pacientes que pagan por cuenta propia y reciben los descuentos descritos en esta Política recibirán dicho aviso por medio del Resumen en lenguaje simple (consulte el Anexo A) impreso en sus estados de cuenta.

- xii. **Las renunciaciones de los pacientes no eximen a la Organización de la obligación de hacer esfuerzos razonables.** La obtención de una renuncia verbal o por escrito de un paciente, como una declaración firmada de que el paciente no quiere solicitar asistencia según la Política ni recibir la información que debe darse a los pacientes según esta Política, no constituirá por sí misma una determinación de que el paciente no es elegible y no cubrirá el requisito de hacer los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible antes de emprender ECA en contra del paciente.
- xiii. **Planes de pago.** Cuando se determina que un paciente es elegible para recibir ayuda económica y queda un saldo, tendrá la opción de pagar con un plan de pago a plazo programado. La Organización hablará sobre las opciones de planes con el paciente y desarrollará planes de pago a plazo que generalmente no duren más de doce (12) meses y no tengan intereses. Vea la Política de cobro de deudas de la Organización para obtener más información.
- xiv. **Resolución de disputas.** Si surge una disputa sobre la calificación para la ayuda económica, el paciente puede presentar una apelación por escrito para la reconsideración con la Organización. La apelación por escrito debe explicar el motivo de la disputa e incluir documentación de respaldo. El administrador de Servicio al Cliente (Customer Service) y Operaciones (Operations) de la Organización revisará la apelación de inmediato y le dará al paciente una determinación por escrito. Si el paciente cree que persiste una disputa después de la primera apelación, el paciente puede solicitar por escrito una revisión del vicepresidente de la Organización, director de Finanzas y ciclo de ingresos o su designado, quien revisará y dará una determinación final por escrito.
- xv. **Confidencialidad de la información de la Solicitud.** La Organización deberá mantener toda la información que recibe de los pacientes que solicitan elegibilidad según esta Política como información confidencial. La información sobre los ingresos y activos obtenidos como parte del proceso de solicitud y de aprobación deberá mantenerse en un expediente aparte de la información que pueda usarse para cobrar las cantidades adeudadas.
- xvi. **Período de tiempo para completar la Solicitud (el “Período de solicitud”).** Los pacientes tendrán doscientos cuarenta (240) días para completar una Solicitud. El Período de solicitud comienza en la fecha en que se dio por primera vez la atención que está sujeta a la Solicitud (usando el comienzo del último curso de tratamiento, si se aplican varias fechas de servicios).

f. Plazo

- i. La ayuda económica inicial para la aprobación del paciente económicamente calificado es válida por un período de seis (6) meses, a partir de la fecha en que se completó la solicitud. Se puede volver a evaluar la elegibilidad, cuando lo pida el paciente, al final del período de aprobación inicial. A elección de la Organización, se podrá autorizar un nuevo período de aprobación de seis (6) meses sin una nueva Solicitud. Después de doce (12) meses, el paciente debe completar una nueva Solicitud. A partir de la fecha en que se apruebe la Solicitud final, las cuentas abiertas calificadas se trasladarán para ayuda económica según el nivel de ayuda concedida. En lo sucesivo, las cuentas calificadas para los próximos seis (6) meses serían elegibles para traslado a ayuda económica.

g. Avisos, comunicaciones y declaraciones por escrito

- i. La Organización da los siguientes avisos e información sobre la ayuda económica:
 1. Esta Política.
 2. Un resumen en lenguaje simple de la Política. El resumen en lenguaje simple será un documento claro, conciso y fácil de entender que informe a los pacientes y a otras personas que la Organización ofrece ayuda económica según esta Política. El resumen en lenguaje simple se deberá redactar de tal manera que establezca información relevante, incluyendo la que se necesite según la ley estatal y federal, como los requisitos de elegibilidad y la ayuda que se da según esta Política; un resumen breve de cómo enviar una solicitud según esta Política e información para obtener más datos y ayuda, incluyendo copias en otros idiomas.
 3. La Solicitud.
 4. La Política de cobro de deudas de la Organización.
 - ii. Este material estará disponible en una variedad de maneras, incluyendo:
 1. **Sitio web.** La Política de Ayuda Económica, la Solicitud de Ayuda económica y un resumen en lenguaje simple de la Política de Ayuda Económica están en el sitio web de esta Organización. Los enlaces a dicho material también se publicarán en el sitio web.
 2. **Correo electrónico o copias en papel.** Se pueden obtener copias de cualquier material al que se hace referencia en esta Política mediante una solicitud a Pago por Cuenta Propia, Servicio al Cliente al (323) 866-8600.
 3. **Rótulos puestos.** El Resumen en lenguaje simple se publicará en los siguientes lugares: el Departamento de Emergencias, el Departamento de Ingreso (Admitting Department), el Departamento de Facturación (Billing Department), áreas de registro centralizadas y descentralizadas y otros entornos para pacientes ambulatorios, incluyendo las unidades de observación.
 - iii. **Avisos de registro y facturación.** Los pacientes recibirán diversa información y avisos en sus comunicaciones de registro y facturación. Por ejemplo, consulte la Política de cobro de deudas de la Organización.
 - iv. **Aviso a la comunidad.** La Organización hará diversos esfuerzos para publicitar ampliamente sus programas de Ayuda Económica, como la distribución de información a organizaciones específicas de la comunidad u otros medios para alertar a la comunidad sobre la disponibilidad de los programas de Ayuda Económica de la Organización.
- h. Servicios de traducción e interpretación.** Las comunicaciones con los pacientes deberán seguir los requisitos de la Organización. Sin limitar lo anterior, los avisos, las comunicaciones formales y la señalización según esta Política, deberán estar en inglés y en los otros idiomas exigidos por las leyes estatales y federales. Esos otros idiomas son chino, farsi, vietnamita, árabe, checo, ruso, armenio, coreano y español. Además, los pacientes pueden comunicarse con la Organización para que los conecten con servicios de intérpretes para la comunicación

y traducción de los documentos relacionados con la Política en otros idiomas extranjeros y en el Lenguaje de Señas Americano (ASL). También se pueden dar copias de este documento en letra de molde grande y en audio, cuando se solicite al Departamento de Servicios para Pacientes (Patient Services Department).

- i. **Necesidad médica/determinaciones clínicas.** La evaluación de la necesidad de tratamiento médico de cualquier paciente se basará en el criterio clínico, sin importar la situación económica ni de seguros. En los casos en que haya una condición médica de emergencia, se hará cualquier evaluación de arreglos económicos solo después de que se haga un examen de evaluación médica apropiado y que se presten los servicios de estabilización necesarios, según todas las leyes estatales y federales aplicables.
 - j. **Reembolsos.** La Organización reembolsará a los pacientes las cantidades que pagaron en exceso de la cantidad a pagar según esta Política, incluyendo los intereses pagados, a razón del diez por ciento (10 %) anual. Si la cantidad a pagar al paciente es inferior a \$5.00 (o cualquier otra cantidad establecida por el Servicio de Impuestos Internos), la Organización no está obligada a reembolsar al paciente ni pagar intereses. La Organización reembolsará al paciente en el plazo de 30 días.
 - k. **Cobros.** Para obtener más información de las acciones de cobro, consulte la Política de cobro de deudas.
 - l. **Elaboración de informes.** La Organización presentará esta Política al HCAI cada dos años antes del 1 de enero o en el plazo de los treinta (30) días posteriores a cualquier actualización de esta Política. Si no hay cambios significativos desde que se presentó la Política anterior, la Organización deberá informar al HCAI en el plazo de los treinta (30) días anteriores al 1 de enero de la próxima fecha de informe bienal de la Organización. Los cambios significativos incluyen cualquier cambio que podría afectar el acceso al paciente a la elegibilidad para obtener descuento en el pago o cualquier otra protección resumida por los requisitos federales y estatales. Cada política presentada a HCAI deberá incluir una declaración de certificación (véase el Anexo D) bajo multa o pena de perjurio, que incluya lo siguiente: (i) Una certificación de que el remitente está debidamente autorizado para presentar las políticas y (ii) Las políticas presentadas son copias fieles y correctas de las políticas de las Organizaciones.
- III. Programa de quejas sobre facturas de hospital.** Los pacientes que creen que se les negó injustamente la ayuda económica, puede presentar una queja ante el Programa de quejas sobre facturas de hospital (Hospital Bill Complaint Program) del estado de California. Para obtener más información o para presentar una queja, vaya al sitio web de HCAI o a HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov.
- IV. Más ayuda.** Para los pacientes que necesitan ayuda para pagar su factura: hay organizaciones de defensa del consumidor sin cargo que ayudarán a los pacientes a entender el proceso de facturación y pago. Para obtener más información, los pacientes pueden llamar a Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o ir a healthconsumer.org.
- V. APROBACIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA Y REVISIÓN CONTINUA:**

Esta Política, la Política de cobro de deudas y todos los cambios importantes a estas políticas deben ser aprobados por la Junta Directiva de la Organización. La Organización revisará periódicamente esta Política junto con la Política de cobro de deudas y el estado de los esfuerzos de cobro para asegurarse

de que estén sirviendo mejor a los pacientes y a la comunidad. Sin embargo, los cambios administrativos a los Anexos identificados en la Sección VII de esta Política puede hacerlos la administración sin la aprobación de la Junta, siempre y cuando los cambios no entren en conflicto con esta Política (por ejemplo, aclaraciones de lenguaje, cambios para reflejar el proceso operativo que implementa la Política, información actualizada para cumplir los cambios en las leyes aplicables, la reglamentación o la guía del IRS, y la información actualizada para reflejar las Directrices Federales de Pobreza más recientes).

VI. DEFINICIONES

- a. **Cantidades generalmente facturadas (Amounts Generally Billed, “AGB”)** significa las cantidades que se facturan generalmente por atención de emergencia o atención médicamente necesaria a los pacientes que tengan seguro que cubra tal atención; se determina según la sección 26 C.F.R. §1.501(r)-5(b). Más información sobre cómo la Organización calcula las AGB y las actualizaciones anuales de los porcentajes de AGB se establecerán en el Anexo C de esta Política y se incluirán en los archivos que estarán disponibles para el público en el sitio web del Departamento de Acceso e Información de Atención Médica del Estado de California en <https://syfphr.hcai.ca.gov/>.
- b. **Solicitud** se refiere a la Solicitud de ayuda económica de la Organización.
- c. **Activos** significa solo “activos monetarios”. Incluye los activos que se pueden convertir fácilmente en dinero en efectivo, como cuentas bancarias y acciones negociables en la bolsa de valores. No se considerarán planes de jubilación ni planes de remuneración a plazos (calificados y no calificados según el código del IRS). Los siguientes están excluidos de los activos: los primeros diez mil dólares (\$10,000) de los activos monetarios de un paciente y el cincuenta por ciento (50 %) de los activos monetarios del paciente sobre los primeros diez mil dólares (\$10,000).
- d. **Colaboradores de la comunidad** son las relaciones de apoyo con otras agencias de la comunidad.
- e. **Gastos de vida esenciales** son los gastos para cualquiera de estos: alquiler o pago de casa y mantenimiento; comida y suministros para el grupo familiar; servicios públicos y teléfono; ropa; pagos médicos y dentales; seguro; escuela o cuidado infantil; manutención de menores o pensión conyugal; transporte y gastos de automóvil, incluyendo seguros, combustible y reparaciones; pagos a plazos; lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.
- f. **Medidas extraordinarias de cobranza (“ECA”)** son las actividades de cobro que la Organización no hará antes de hacer esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir ayuda económica según esta Política. Las ECA se describen específicamente en la Política de cobro de deudas.
- g. **Familia** significa lo siguiente: (1) Para personas mayores de 18 años de edad, el cónyuge, la pareja doméstica y los hijos dependientes menores de 21 años, sea que vivan en casa o no, (2) para personas menores de 18 años, los padres, los familiares cuidadores y otros hijos menores de 21 años de los padres o de los familiares cuidadores.
- h. **El Nivel Federal de Pobreza (“FPL”)** es la medida que se usa para determinar la pobreza en los Estados Unidos, y la publica periódicamente el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS) en su sitio web, <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>.

- i. **Paciente económicamente calificado** es un paciente que pidió ayuda económica de la Organización y completó y presentó una Solicitud. La revisión de la Solicitud muestra que el paciente es elegible para recibir ayuda económica y la Solicitud está aprobada según esta Política, o la Organización determinó que el paciente es posiblemente elegible para recibir ayuda económica según esta Política.
- j. La **ayuda económica** son arreglos según esta Política para que los servicios de atención médica se presten sin cargo o con un cargo reducido para el paciente. Los cargos reducidos son generalmente según un plan de pago o un descuento automático para los pacientes que pagan por cuenta propia.
- k. Los **costos médicos altos** son los gastos de bolsillo anual de un paciente cuyos ingresos familiares superan los niveles de la Organización para recibir ayuda económica. Estos costos se consideran si son: (i) hechos por el paciente en el hospital de la Organización, que exceden los ingresos familiares actuales del paciente o los ingresos familiares en los doce (12) meses anteriores, lo que sea menor, o (ii) gastos médicos de bolsillo que excedan el diez por ciento (10 %) de los ingresos familiares del paciente, si el paciente presenta documentación de los gastos médicos del paciente pagados por el paciente o por la familia del paciente en los doce (12) meses anteriores.
- l. **Indigencia médica** es un paciente que no puede pagar los servicios debido a una atención médica inesperada de alto costo, pero que no califica para recibir ayuda económica según esta Política.
- m. **Medicamento necesario** significa los servicios de atención médica hechos que son necesarios y clínicamente apropiados para evaluar, diagnosticar o tratar a un paciente de acuerdo con las normas generalmente aceptadas de la práctica médica y que no son principalmente para la conveniencia del paciente o del proveedor.
- n. **Plan de pago** es un acuerdo por escrito entre la Organización y el paciente, en el que la Organización ofreció y el Paciente aceptó, la oportunidad de pagar su obligación en cuotas mensuales que no excedan el 10 % de los ingresos familiares del paciente para un mes, excluyendo deducciones para gastos de vida esenciales.

VII. REFERENCIAS

Las leyes estatales y federales a las que se hace referencia en el desarrollo de esta Política incluyen, entre otras:

- i. Sección 501(r)(3) del Código de Impuestos Internos de los EE. UU.
- ii. Código de Salud y Seguridad de California, sección 127400-127462 (Políticas de Precios Justos para Hospitales y Políticas de Precios Justos para Médicos de Emergencia).
- iii. Proyecto de Ley de la Asamblea de California 1020: Deuda de Atención Médica y Facturación Justa, con fecha de entrada en vigor del 1 de enero de 2022.
- iv. Proyecto de Ley 532 de la Asamblea de California: Políticas de Facturación Justa, con fecha de entrada en vigor del 1 de enero de 2022.

- v. Guía de la Oficina General (“OIG”), Departamento de Salud y Servicios Humanos sobre la ayuda económica para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, y la reglamentación del IRS.
- vi. Cualquier reglamentación de implementación y guía de la agencia sobre cualquiera de los anteriores.

VIII. LISTA DE ANEXOS

- A. Resumen de ayuda económica: Resumen en lenguaje simple
- B. Descuento de ayuda económica
- C. Cantidades generalmente facturadas
- D. Declaración de certificación



RESUMEN DE AYUDA ECONÓMICA Y PROTECCIONES CONTRA FACTURAS INESPERADAS

Como parte de nuestra misión, Pasadena Hospital Association, Ltd., que opera bajo el nombre de Huntington Hospital y The Huntington Medical Foundation, que opera bajo el nombre de Huntington Health Physicians (la “Organización”) se comprometen a dar acceso a atención médica de calidad para la comunidad y tratar a todos nuestros pacientes con dignidad, compasión y respeto. Esto incluye prestar servicios sin costo, o a precios con descuentos significativos, a los pacientes elegibles que no pueden costear su atención médica, como se estipula en nuestra Política de ayuda económica (la “Política”). También ofrecemos a nuestros pacientes una variedad de planes de pago y opciones para cubrir sus necesidades económicas, incluso si no califican para recibir ayuda. Este documento es nuestro resumen en lenguaje simple (el “Resumen”) de la Política.

Ayuda para pagar su factura

La ayuda económica estará disponible para los pacientes que reciben procedimientos médicamente necesarios y cuyos ingresos y bienes monetarios (juntos, los “ingresos”) son inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL) del año en curso. Los pacientes cuyos ingresos oscilan entre el 401 % y el 600 % del FPL también califican para obtener descuento en la atención. Los descuentos disponibles para los pacientes estarán en una escala variable según el tamaño de la familia, el nivel de ingresos y el estado del seguro. La ayuda económica para procedimientos electivos o que no son médicamente necesarios, o para la atención después del alta, se limita a los pacientes que residen en el área de servicio de la Organización y tienen la aprobación previa del vicepresidente, director de Finanzas y ciclo de Ingresos (Finance and Revenue Cycle) o su designado. Si un paciente no califica para recibir los servicios de manera totalmente gratuita, pero es elegible para recibir un descuento según la Política, no se le cobrarán cantidades mayores que las cantidades generalmente facturadas por la Organización por atención médica de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

Médicos y servicios

La Política solo se aplica a los servicios prestados por la Organización y solo incluye servicios médicos si los presta Huntington Aligned Medical Group (“HAMG”) y Huntington Foundation Medical Group (“HFMG”). Excluye los centros de Randall Breast Center de la Organización, Huntington Ambulatory Surgery Center, LLC y Huntington Outpatient Imaging Centers, LLC.

Cómo enviar una solicitud

Los pacientes que busquen atención gratuita o con descuento según la política deben completar una solicitud de ayuda económica (la “Solicitud”) y enviar la documentación necesaria. La Solicitud y la documentación pasarán por un proceso de revisión que hará la Organización.

Hay copias gratuitas de este Resumen, la Política o la Solicitud disponibles en inglés, chino, farsi, armenio, vietnamita, árabe, checo, ruso, coreano y español. Para pedir copias u obtener más información, incluyendo preguntas sobre el proceso de ayuda económica:

- Pregunte a los representantes en los mostradores de registro o ingreso.
- Llame a Servicios para Pacientes al 323-866-8600.
- Visite el sitio web de la Organización en huntingtonhealth.org/patients/pay-your-bill/help-paying-your-bill/

Si tiene alguna discapacidad y necesita un formato alternativo accesible para el material arriba, o si habla un idioma distinto a los mencionados, comuníquese con el Servicio para Pacientes para que le ofrezcan un formato alternativo o lo comuniquen con nuestro Departamento de Servicios de Interpretación (Interpreter Services Department) para obtener más ayuda.

Arreglos para pago por cuenta propia

Los pacientes que no califican para recibir atención médica gratuita o con descuento según la Política pueden encontrar otras opciones útiles de programas de la Organización. Los pacientes que no tienen seguro pueden recibir un descuento considerable, similar a los descuentos que damos para los planes de seguros de atención médica administrada por los servicios elegibles.

Aviso reglamentario de cobros

Remitimos algunas cuentas morosas a agencias de cobro externas. Estas agencias deben seguir todas las leyes federales y de California, y cumplir las políticas y procedimientos de la Organización. Para obtener más información sobre las actividades de cobro de deudas, puede comunicarse por teléfono con la Comisión Federal de Comercio (Federal Trade Commission) al 877-FTC-HELP (877-382-4357). Si su cuenta se remite a una agencia de cobro y usted tiene problemas, comuníquese con nuestros Servicios para Pacientes para obtener ayuda al 323-866-8600.

Protecciones contra facturas médicas inesperadas

Todos los pacientes tienen protecciones contra facturas médicas inesperadas. Consulte el “Aviso a los pacientes: sus derechos y protecciones contra facturas médicas inesperadas” en nuestro sitio web huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care/no-surprises-act-nsa-surprise-medical-bills-no-surprise-billing-policies.

Programa de quejas sobre facturas del hospital

Si cree que se le negó injustamente la ayuda económica, puede presentar una queja ante el Programa de quejas sobre facturas de hospital (Hospital Bill Complaint Program) del estado de California. Vaya a HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov para obtener más información y presentar una queja.

Más ayuda

Ayuda para pagar su factura: existen organizaciones de defensa del consumidor gratuitas que lo ayudarán a entender el proceso de facturación y pago. Puede llamar a Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o visitar healthconsumer.org para obtener más información.

Más recursos e información:

- Los pacientes pueden ser elegibles para los programas de ayuda del gobierno, como Medi-Cal o cobertura subsidiada por medio de Covered California. La oficina de Defensor Económico del Paciente (Patient Financial Advocate, “PFA”) tiene personal en los centros para responder a las preguntas de los pacientes y para prestar ayuda para enviar solicitudes para estos programas. Puede comunicarse con la oficina de PFA al 310-423-5071.
- Si tiene preguntas sobre el seguro médico comercial, llame al 1-800-CEDARS-1 (1-800-233-2771).
- Para obtener información de los precios y la herramienta de la Organización para los servicios en el hospital que se pueden programar con anticipación, visite huntingtonhealth.org/patients/cost-of-care

Anexo B – Descuento de ayuda económica

Descuento de ayuda económica Directrices federales de pobreza

Descuento para pacientes sin seguro	<u>100 %</u>	<u>95 %</u>	<u>90 %</u>	<u>85 %</u>	<u>85 %</u>
Descuento para pacientes con seguro insuficiente	<u>100 %</u>	<u>90 %</u>	<u>80 %</u>	<u>70 %</u>	<u>60 %</u>

Tamaño de la unidad familiar	Sueldo anual según el FPL					
1	\$14,580	\$58,320	\$65,610	\$72,900	\$80,190	\$87,480
2	\$19,720	\$78,880	\$88,740	\$98,600	\$108,460	\$118,320
3	\$24,860	\$99,440	\$111,870	\$124,300	\$136,730	\$149,160
4	\$30,000	\$120,000	\$135,000	\$150,000	\$165,000	\$180,000
5	\$35,140	\$140,560	\$158,130	\$175,700	\$193,270	\$210,840
6	\$40,280	\$161,120	\$181,260	\$201,400	\$221,540	\$241,680
7	\$45,420	\$181,680	\$204,390	\$227,100	\$249,810	\$272,520
8	\$50,560	\$202,240	\$227,520	\$252,800	\$278,080	\$303,360
Por cada persona más, sume	\$5,140					
		400 %	450 %	500 %	550 %	600 %

Nota: Programa revisado por última vez 1/16/2023

Anexo C – Cantidades generalmente facturadas

Cantidades generalmente facturadas (Amounts Generally Billed, AGB) significa las cantidades que se facturan generalmente por atención de emergencia o atención médicamente necesaria a los Pacientes que tengan seguro que cubra tal atención; se determina de acuerdo con la sección 1.501(r)-5(b), Título 26, del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations, C.F.R.).

La Organización usará el Método Retrospectivo para determinar la cantidad máxima que se facturaría a un paciente hospitalizado elegible usando la tasa promedio de reembolso comercial y de Medicare para pacientes hospitalizados. Para beneficiar todavía más a un paciente hospitalizado elegible, la Organización usará la cantidad de reembolso AGB o MS-DRG de Medicare más baja para este episodio de atención, para determinar la responsabilidad de un paciente elegible.

La Organización usará el Método retrospectivo para determinar la cantidad máxima que se facturaría a un paciente ambulatorio elegible usando la tasa promedio de reembolso comercial y de Medicare para pacientes ambulatorios.

La Organización usará el Método retrospectivo para determinar la cantidad máxima que se facturaría a un paciente elegible de la sala de emergencias usando la tasa de reembolso promedio de Medicare y la sala de emergencias comercial.

Las tasas de reembolso para pacientes hospitalizados, ambulatorios y de la sala de emergencias se calculan al menos anualmente usando las cuentas de Medicare cerradas más recientemente de los últimos 12 meses.

Fecha de entrada en vigor 11/07/2022

La Organización	Descuentos de pago por cuenta propia para pacientes sin seguro	% de reembolso de AGB
Sala de emergencias	82 %	18 %
Paciente hospitalizado	82 %	18 %
Paciente ambulatorio	81 %	19 %

Fecha de entrada en vigor 07/01/2023

La Organización	Descuentos de pago por cuenta propia para pacientes sin seguro	% de reembolso de AGB
Sala de emergencias	82 %	18 %
Paciente hospitalizado	82 %	18 %
Paciente ambulatorio	82 %	18 %

Anexo D – Declaración de certificación



Declaración de certificación Política de Ayuda Económica

Esta Política se enviará al Departamento de Acceso e Información sobre Atención Médica (HCAI). Además, estará disponible en el sitio web de la Organización.

La Organización declara bajo multa o pena de perjurio lo siguiente:

1. La persona que presenta la política está debidamente autorizada para presentar políticas en nombre de la Organización.
2. Esta política presentada es una copia fiel y correcta de la Política para la que se incluye esta certificación.

DocuSigned by:

Lisa Maqueira

50A5E2AB075B407

Lisa Maqueira
Vice President, Finance and Chief Revenue Cycle Officer

12/8/2023 | 12:59 PM PST

Date