

**PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/ATENCIÓN DE
 BENEFICENCIA COMPLETA Y ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARCIAL
 CON DESCUENTO**

<i>Número de referencia</i>	5483
<i>Fecha de vigencia</i>	01/diciembre/2023
<i>Cubre a</i>	PSERVICIOS FINANCIEROS AL PACIENTE ATIENT FINANCIAL SERV
<i>Documentos adjuntos/formularios</i>	Anexo A: Resumen en Lenguaje Sencillo del Programa de Asistencia Financiera

I. DECLARACIÓN DE POLÍTICA:

- A. A ninguna persona que se determine que califica para asistencia financiera se le cobrará más por atención de emergencia o de otro tipo necesaria desde un punto de vista médico que los Montos Generalmente Facturados a personas que cuentan con un seguro que cubre dicha atención.

II. PROPÓSITO:

- A. A. Los hospitales de cuidados agudos de California deben cumplir con los requisitos del Código de Salud y Seguridad para políticas por escrito que brindan descuentos y atención de beneficencia a pacientes que califican desde un punto de vista financiero. El objetivo de esta Política es cumplir con dichas obligaciones legales, y la misma brinda atención de beneficencia y descuentos a pacientes que califican desde un punto de vista financiero conforme a los términos y condiciones del Programa de Asistencia Financiera de Salinas Valley Health Medical Center (SVHMC).
- B. El departamento de finanzas es responsable de la política y procedimientos contables generales. Este propósito incluye la obligación de garantizar plazos, registro y tratamiento contable consistente oportuno de las transacciones en SVHMC. Ello incluye la gestión de las transacciones contables de los pacientes de una manera que apoye la misión y los objetivos operativos de Salinas Valley Health Medical Center.

III. DEFINICIONES:

- A. Montos Generalmente Facturados: Los montos generalmente facturados (“AGB”, por sus siglas en inglés) por servicios de emergencia u otros necesarios desde un punto de vista médico a las personas que califican para Atención de Beneficencia Parcial con Descuento. SVHMC calcula los AGB para un paciente utilizando el Método Prospectivo tal como se define en las Regulaciones del Impuesto a la Renta federal.

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/ATENCIÓN DE BENEFICENCIA COMPLETA Y ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARCIAL CON DESCUENTO

- Conforme al Método Prospectivo, los AGB se calculan utilizando el proceso de facturación y codificación que SVHMC utilizaría si la persona fuera un beneficiario de honorario por servicio de Medicare utilizando las tarifas actualmente aplicables de Medicare que proporcionan los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid.
- B. Atención de Beneficencia Parcial con Descuento: Atención de Beneficencia Parcial con Descuento se define como todo servicio hospitalario de emergencia o necesario desde un punto de vista médico como paciente hospitalizado o ambulatorio proporcionado a un paciente que no cuenta con seguro o no cuenta con seguro suficiente y 1) desea recibir asistencia para pagar su factura de hospital; 2) tiene ingresos de entre 201% y 400% del nivel de pobreza federal actual; y 3) estableció que califica de conformidad con los requisitos incluidos en la Política. El descuento se aplicará a los cargos brutos por los servicios de hospital proporcionados.
- C. Servicios de emergencia y necesarios desde un punto de vista médico: Servicios de emergencia y necesarios desde un punto de vista médico se define como toda atención de emergencia de hospital, paciente internado, paciente ambulatorio o médica de emergencia que no es totalmente electiva para la comodidad y/o la conveniencia del paciente. Ello incluye los procedimientos que están programados y para los cuales el paciente cuenta con cobertura de beneficios mínima, es decir, procedimientos cardíacos, servicios de terapia de infusión y quimioterapia. Por lo general, esto excluye a los pacientes con un diseño de beneficios que les exige utilizar un centro designado
- D. Elegibilidad para asistencia financiera: La elegibilidad se encuentra disponible para todo paciente que recibe servicios de emergencia o necesarios desde un punto de vista médico cuyos ingresos familiares son menores al 400% del nivel de pobreza federal actual, si no está cubierto por un seguro de terceros o si está cubierto por un seguro de terceros y no puede pagar el monto de responsabilidad del paciente que se debe después de que el seguro paga su parte de la cuenta. Dependiendo de la elegibilidad del paciente individual, es posible que se otorgue asistencia financiera para Atención de Beneficencia Completa o Atención de Beneficencia Parcial con Descuento. Es posible que se rechace la asistencia financiera cuando el paciente u otro representante de la familia responsable no cumple con los requisitos de la Política de Asistencia Financiera de SVHMC.
- E. Medidas de Cobro Extraordinarias: Medidas de Cobro Extraordinarias significa una medida de cobro que exige un proceso legal o judicial, que implica la venta de deuda a otra parte, la entrega de información adversa a agencias de crédito, o la postergación o rechazo, o la exigencia de un pago antes de proporcionar atención necesaria desde un punto de vista médico debido a la falta de pago de una persona de una o más

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/ATENCIÓN DE BENEFICENCIA COMPLETA Y ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARCIAL CON DESCUENTO

facturas de atención proporcionada previamente cubierta por la Política de Asistencia Financiera de SVHMC. Las medidas que exigen un proceso legal o judicial para este fin incluyen 1) el establecimiento de un derecho de retención; 2) la ejecución hipotecaria de bienes raíces; 3) la confiscación o el embargo de cuentas bancarias u otros bienes personales; 4) el inicio de una acción legal civil contra una persona; 5) tomar medidas que dan lugar al arresto de una persona; 6) tomar medidas que dan lugar a que una persona sea sujeta a una orden de arresto; y 7) el embargo de salarios.

- F. Familia: La familia de un paciente se define de la siguiente manera: 1) En el caso de las personas mayores de 18 años de edad, cónyuge, pareja de hecho e hijos dependientes menores de 21 años de edad, ya sea que vivan en el hogar o no; y 2) En el caso de las personas de menos de 18 años de edad, padre, madre, parientes que brindan cuidados y otros hijos menores de 21 años de edad del padre, madre o pariente que brinda cuidados.
- G. Atención de Beneficencia Completa: Atención de Beneficencia Completa se define como todo servicio de hospital de emergencia o necesario desde un punto de vista médico como paciente internado o ambulatorio proporcionado a un paciente que tiene ingresos por debajo del 200% del nivel de pobreza federal actual, no puede pagar la atención y estableció que califica de conformidad con los requisitos incluidos en la Política de Asistencia Financiera de SVHMC.
- H. Costo Compartido de Medi-Cal: Tal como lo exige la ley del estado, no se eximirán en ningún caso las obligaciones del paciente de costo compartido de los pagos de Medi-Cal.

IV. INFORMACIÓN GENERAL:

- A. Esta Política de Asistencia Financiera corresponde a la asistencia financiera proporcionada por Salinas Valley Health Medical Center. Conforme a la ley de California, a los hospitales no se les permite emplear a médicos y, por lo tanto, los servicios de los médicos son proporcionados por grupos de médicos independientes que no son controlados por SVHMC y no están cubiertos por esta política. Por lo tanto, esta Política de Asistencia Financiera cubre solo a los servicios de hospital que proporciona SVHMC y excluye específicamente la atención médica proporcionada por los médicos que pueden ser miembros del Personal Médico de SVHMC. De forma específica, esta Política cubre solo los cargos por servicios de hospital y no es vinculante para otros proveedores de servicios médicos que no son empleados ni contratados por el hospital para prestar servicios médicos, lo que incluye los médicos que proporcionan tratamiento de emergencia, como paciente internado o ambulatorio a los pacientes del hospital. Para acceder a Asistencia

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/ATENCIÓN DE BENEFICENCIA COMPLETA Y ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARCIAL CON DESCUENTO

Financiera relacionada con la facturación de su médico de sala de emergencia, comuníquese con Salinas Valley Emergency Medical Group llamando al (831) 649-1000. Es posible que los médicos que proporcionan servicios a pacientes que no cuentan con seguro o que no pueden pagar sus facturas médicas debido a costos médicos elevados cuenten con su propia política de asistencia financiera para brindar asistencia.

- B. Salinas Valley Health Medical Center (SVHMC) presta servicios a todas las personas en Salinas y el área comunitaria adyacente más amplia. Como un Distrito de Atención de la Salud de California, Salinas Valley Health Medical Center tiene el compromiso de prestar servicios de alta calidad y efectivos desde un punto de vista de costos a nuestros pacientes. SVHMC hace todo lo posible para satisfacer las necesidades de atención de la salud de todos los pacientes que solicitan servicios como pacientes internados, ambulatorios y de emergencia y tiene el compromiso de brindar acceso a programas de asistencia financiera cuando los pacientes no cuentan con seguro o no cuentan con seguro suficiente o necesitan ayuda con su factura de hospital. Brindar a los pacientes oportunidades de cobertura de asistencia financiera para servicios de atención de la salud es un elemento importante para cumplir con la misión de Salinas Valley Health Medical Center. Esta Política del Programa de Asistencia Financiera/Atención de Beneficencia Completa y Atención de Beneficencia Parcial con Descuento (la “Política”) define el Programa de Asistencia Financiera de SVHMC, sus criterios, sistemas y métodos. El objetivo de esta Política es cumplir con los requisitos de la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos y todas las disposiciones deben interpretarse en consecuencia.

C. INFORMACIÓN DE ATENCIÓN DE BENEFICENCIA COMPLETA Y ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARCIAL CON DESCUENTO

1. SVHMC informará la Atención de Beneficencia concreta proporcionada de conformidad con los requisitos regulatorios de el Departamento de Acceso e Información de Atención Médica de California (HCAi, por sus siglas en inglés) tal como están incluidos en el Manual de Contabilidad e Informes para Hospitales, Segunda Edición. Con el objeto de cumplir con la regulación, el hospital conservará documentación por escrito sobre sus criterios de Atención de Beneficencia y, en el caso de pacientes individuales, el hospital conservará documentación por escrito sobre todas las determinaciones de Atención de Beneficencia. Tal como lo exige el

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/ATENCIÓN DE BENEFICENCIA COMPLETA Y ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARCIAL CON DESCUENTO

HCAi, la Atención de Beneficencia proporcionada a los pacientes será registrada en base a los cargos concretos por los servicios prestados.

2. SVHMC entregará a el HCAi una copia de esta Política de Asistencia Financiera que incluye las políticas de Atención de Beneficencia Completa y Atención de Beneficencia Parcial con Descuento dentro de un único documento. La Política de Asistencia Financiera también incluye lo siguiente: 1) todos los procedimientos de elegibilidad y calificación de pacientes; 2) la solicitud unificada de Atención de Beneficencia Completa y Atención de Beneficencia Parcial con Descuento; y 3) el proceso de evaluación para Atención de Beneficencia Completa y Atención de Beneficencia Parcial con Descuento. Dichos documentos serán proporcionados a el HCAi cada dos años o cada vez que tenga lugar un cambio considerable. Los médicos de sala de emergencia son independientes de SVHMC; por lo tanto, los mismos cuentan con su propio programa de asistencia financiera

D. CÓMO SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA

1. El Programa de Asistencia Financiera de SVHMC utiliza una única solicitud unificada para los pacientes de Atención de Beneficencia Completa y Atención de Beneficencia Parcial con Descuento. El proceso fue diseñado para brindar a cada solicitante la oportunidad de recibir el máximo beneficio de asistencia financiera para el que califican. La solicitud de asistencia financiera brinda la información del paciente necesaria para que el hospital determine si el paciente califica, y dicha información se utilizará para determinar si el paciente o el representante de la familia califica para una cobertura máxima conforme al Programa de Asistencia Financiera de SVHMC. La solicitud incluye el número de oficina y de teléfono al que debe llamar el paciente si tiene alguna pregunta sobre el Programa de Asistencia Financiera o cómo solicitarlo. Formulario de solicitud. Los pacientes cuentan con un máximo de doscientos cuarenta (240) días después de la fecha del primer estado posterior al alta para presentar una solicitud de asistencia financiera.
2. Los pacientes elegibles pueden calificar para el Programa de Asistencia Financiera de SVHMC siguiendo las instrucciones de la solicitud y haciendo todo lo posible de forma razonable para proporcionar al hospital la documentación e información de cobertura de beneficios de salud solicitada para que el hospital pueda determinar si el paciente califica para cobertura conforme al programa. Para determinar la elegibilidad para

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/ATENCIÓN DE BENEFICENCIA COMPLETA Y ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARCIAL CON DESCUENTO

asistencia financiera, SVHMC no solicitará información adicional más allá de la información que se solicita en la solicitud de asistencia financiera. Sin embargo, los pacientes que desean recibir asistencia financiera pueden proporcionar información adicional de forma voluntaria si desean hacerlo. La elegibilidad por sí misma no constituye un derecho a cobertura conforme al Programa de Asistencia Financiera de SVHMC. SVHMC debe llevar a cabo un proceso de evaluación de solicitantes y determinar la cobertura antes de que se pueda otorgar Atención de Beneficencia Completa o Atención de Beneficencia Parcial con Descuento. Se tendrá en cuenta la siguiente información para determinar la elegibilidad del paciente para Asistencia Financiera: los ingresos del paciente o de la familia, el tamaño de la familia del paciente, y los ingresos familiares..

3. El Programa de Asistencia Financiera de SVHMC se basa en la cooperación de los pacientes individuales que pueden calificar para asistencia completa o parcial. A todos los pacientes que no pueden demostrar cobertura financiera de un tercero asegurador se les brindará la oportunidad de completar una solicitud de asistencia financiera. Adicionalmente, a los pacientes que no cuentan con seguro se les brindará información, asistencia y se los referirá a programas patrocinados por el gobierno para los cuales pueden calificar. Es posible que los pacientes que cuentan con seguro y que no pueden pagar las responsabilidades del paciente después de que paga su seguro o los que deben hacer frente a costos médicos elevados también califiquen para asistencia financiera. A todos los pacientes que soliciten asistencia financiera se les pedirá que completen una solicitud de asistencia financiera.
4. El paciente debe completar la solicitud de asistencia financiera en un plazo de catorce días o tan pronto como sea posible de ahí en más. El formulario de solicitud se puede completar durante una estadía del paciente o después de que el paciente reciba los servicios y se le haya dado de alta.
5. Completar una solicitud de asistencia financiera proporciona lo siguiente:
 - Información necesaria para que el hospital determine si el paciente cuenta con ingresos suficientes para pagar los servicios;
 - Documentation useful in determining qualification for financial assistance; an Documentación útil para determinar si califica para asistencia financiera; y

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/ATENCIÓN DE BENEFICENCIA COMPLETA Y ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARCIAL CON DESCUENTO

- Una pista de auditoría que documenta el compromiso del hospital de proporcionar asistencia financiera.
6. Sin embargo, no es necesario completar una solicitud de asistencia financiera si SVHMC determina que cuenta con información financiera del paciente de fuentes públicas suficiente para tomar una decisión sobre si califica para asistencia financiera.

V. PROCEDIMIENTOS:

A. Calificación: Atención de Beneficencia Completa y Atención de Beneficencia Parcial con Descuento

1. La calificación para asistencia financiera completa o parcial con descuento se determinará exclusivamente en base a la capacidad de pagar del paciente y/o del representante de la familia del paciente. La calificación para asistencia financiera no se basará de ninguna manera en la edad, género, orientación sexual, etnicidad, origen nacional, estado de veterano, discapacidad o religión.
2. El paciente y/o el representante de la familia del paciente que solicita asistencia para satisfacer su obligación financiera hacia el hospital debe hacer todo lo posible de forma razonable para proporcionar la información necesaria para que el hospital haga una determinación sobre si califica para asistencia financiera. El hospital brindará orientación y/o asistencia directa a los pacientes o su representante de la familia según sea necesario para facilitar el completado de la solicitud del programa. Es posible que sea necesario completar la solicitud de asistencia financiera y presentar toda información suplementaria solicitada para calificar para el Programa de Asistencia Financiera.
3. La calificación para el Programa de Asistencia Financiera se determina después de que el paciente y/o el representante de la familia del paciente establece elegibilidad de conformidad con los criterios incluidos en esta Política. A pesar de que la asistencia financiera no se proporcionará por motivos discriminatorios o arbitrarios, el hospital conserva plena discreción, de forma consistente con las leyes y regulaciones, para establecer los criterios de elegibilidad y determinar si un paciente proporcionó evidencia suficiente de que califica para asistencia financiera..
4. Los pacientes o los representantes de su familia pueden completar una solicitud para el Programa de Asistencia Financiera. La solicitud y los

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/ATENCIÓN DE BENEFICENCIA COMPLETA Y ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARCIAL CON DESCUENTO

documentos suplementarios requeridos deben presentarse en Servicios Financieros al Paciente que se encuentra en 3 Rossi Cir, Ste C, Salinas, CA 93907. Dicha oficina estará claramente identificada en las instrucciones de la solicitud y se proporcionará un número de teléfono y sitio web para los pacientes que solicitan ayuda para completar la solicitud.

5. SVHMC brindará personal capacitado para evaluar las solicitudes de asistencia financiera y determinar si están completas y son correctas. La evaluación de solicitudes se llevará a cabo con la mayor rapidez posible tomando en cuenta la necesidad del paciente de una respuesta oportuna..
6. El único que realizará determinaciones de asistencia financiera será el personal aprobado del hospital conforme a los siguientes niveles de autoridad:
 - a. Director de Servicios Financieros al Paciente: Cuentas de menos de \$75,000
 - b. Director Financiero: Cuentas de \$75,000.01 a \$250,000
 - c. Director Ejecutivo: Cuentas de más de \$250,000.00.
7. Las cuentas de un valor de más de \$75,000 requieren dos firmas para su aprobación.
8. Para realizar cada determinación de caso individual se utilizan criterios de calificación para cobertura conforme al Programa de Asistencia Financiera de SVHMC. La asistencia financiera se otorgará en base a cada determinación de necesidad financiera individual de conformidad con los criterios de elegibilidad del Programa de Asistencia Financiera incluidos en esta Política.
9. Es posible que se determine que un paciente califica para el Programa de Asistencia Financiera para Atención de Beneficencia Completa (servicios 100% gratuitos) o Atención de Beneficencia Parcial con Descuento (atención de beneficencia de menos de 100% gratuita), dependiendo del nivel de elegibilidad del paciente o del representante de la familia tal como se define en los criterios de esta Política del Programa de Asistencia Financiera.
10. Una vez que se determina, la calificación para el Programa de Asistencia Financiera cubrirá servicios y fechas de servicios específicos para los cuales el paciente y/o el representante de la familia del paciente presentó una solicitud. En casos de atención continua relacionada con el diagnóstico de un paciente que requiere servicios continuos relacionados, el hospital, a su exclusiva discreción, puede tratar la atención continua como un único caso para el cual

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/ATENCIÓN DE BENEFICENCIA COMPLETA Y ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARCIAL CON DESCUENTO

la calificación cubre todos los servicios continuos relacionados proporcionados por el hospital. Es posible que el hospital incluya otros saldos de cuenta preexistentes del paciente pendientes al momento de la determinación de calificación como elegibles para cancelación, a exclusiva discreción de la gerencia.

B. Niveles de ingresos que califican para atención de beneficencia completa y parcial con descuento and Discount Partial Charity Care Income Qualification Levels

1. Si los ingresos familiares brutos del paciente son 200% o menos del nivel de ingresos de pobreza establecido, en base a las Pautas de FPL actuales, y el paciente cumple con todos los demás requisitos para calificar para el Programa de Asistencia Financiera, se cancelará la totalidad (100%) de la parte de responsabilidad del paciente de la factura de servicios.
2. Si los ingresos familiares brutos del paciente son del 201% al 400% del nivel de ingresos de pobreza establecido, en base a las Pautas de FPL actuales, y el paciente cumple con todos los demás requisitos para calificar para el Programa de Asistencia Financiera, corresponderá lo siguiente:
 - La atención del paciente no está cubierta por un pagador. Si los servicios no están cubiertos por un tercero pagador de tal manera que normalmente el paciente sería responsable de todos los cargos facturados, la obligación de pago del paciente será el monto bruto que el programa de Medicare hubiera pagado por el servicio si el paciente hubiera sido un beneficiario de Medicare.
 - La atención del paciente está cubierta por un pagador. Si los servicios están cubiertos por un tercero pagador de tal manera que el paciente es responsable solo de una parte de los cargos facturados (es decir, un deducible o copago), la obligación de pago del paciente será un monto igual a la diferencia entre lo que pagó el seguro y el monto bruto que hubiera pagado Medicare por el servicio si el paciente hubiera sido un beneficiario de Medicare. Si el monto pagado por el seguro supera lo que hubiera pagado Medicare, el paciente no tendrá ninguna obligación de pago adicional.

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/ATENCIÓN DE BENEFICENCIA COMPLETA Y ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARCIAL CON DESCUENTO

C. Planes de pago

1. Cuando el hospital hizo una determinación de Atención de Beneficencia Parcial con Descuento, el paciente tendrá la opción de pagar todo monto pendiente debido en un único pago o mediante un plan de pago en cuotas programado.
2. El hospital cubrirá las opciones de planes de pago con cada paciente que solicita pagos en cuotas. Los planes de pago individuales se otorgarán en base a la capacidad de pago del paciente. Como una pauta general, los planes de pago se estructurarán para que no se extiendan más allá de 12 meses. El hospital negociará de buena fe con el paciente; sin embargo, cuando no sea posible llegar a un acuerdo sobre un plan de pago, la factura del plan de pago exigirá que los pagos mensuales no superen el 10% de los ingresos familiares mensuales de un paciente, lo que excluye las deducciones por “gastos de subsistencia esenciales”. Los gastos de subsistencia esenciales se definen como los gastos para lo siguiente: alquiler o pagos de vivienda (lo que incluye gastos de mantenimiento), comida e insumos del hogar, servicios públicos y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, educación o manutención de menores y cónyuge, gastos de transporte y vehículo (lo que incluye seguro, combustible y reparaciones), pagos en cuotas, gastos de lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios. No se cobrarán intereses al paciente durante todo plan de pagos determinado conforme a las disposiciones de la Política de Asistencia Financiera. .

D. Circunstancias especiales

1. Toda evaluación de asistencia financiera relacionada con pacientes cubiertos por el Programa de Medicare debe incluir un análisis razonable de todos los activos, pasivos, ingresos y gastos del paciente antes de determinar si califica para el Programa de Asistencia Financiera. Dichas evaluaciones de asistencia financiera deben tener lugar antes de la prestación del servicio por parte de SVHMC.
2. Si se determina que el paciente es una persona sin hogar, se considerará que el mismo califica presuntamente para el Programa de Asistencia Financiera y Atención de Beneficencia Completa.
3. Es posible que los pacientes que reciben atención en el departamento de emergencia, a los que el hospital no puede emitir un estado de facturación, reciban una cancelación de los cargos de su cuenta como Atención de

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/ATENCIÓN DE BENEFICENCIA COMPLETA Y ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARCIAL CON DESCUENTO

Beneficencia. Todas las circunstancias de este tipo serán identificadas en las notas de la cuenta del paciente como una parte esencial del proceso de documentación.

E. Otras circunstancias de presunción de elegibilidad

1. SVHMC considera que los pacientes que califican para programas de asistencia a personas de bajos ingresos patrocinados por el gobierno (por ejemplo, Medi-Cal, Healthy Families, el Programa de Servicios para Niños de California, y todo otro programa para personas de bajos ingresos estatal o local) son indigentes y califican presuntamente para Atención de Beneficencia Completa conforme a esta Política. Por lo tanto, dichos pacientes califican conforme a la Política de Asistencia Financiera cuando el programa gubernamental no realiza el pago.
2. La parte de Medicare de las cuentas de pacientes (a) por la cual el paciente es responsable financieramente (montos de coseguro y deducible), (b) que no está cubierta por el seguro ni ningún otro pagador lo que incluye Medi-Cal, y (c) que no es reembolsada por Medicare como una deuda incobrable, puede ser clasificada como atención de beneficencia si:
 - a. El paciente es un beneficiario de Medi-Cal u otro programa que cubre las necesidades de atención de la salud de pacientes de bajos ingresos; o
 - b. El paciente califica de otra manera para asistencia financiera conforme a esta Política y solo en la medida de la cancelación que determina esta Política.
3. Todo paciente que cuenta con ingresos que superan el 400% del FPL y sufre un evento médico catastrófico puede ser considerado elegible para asistencia financiera. Dichos pacientes, que cuentan con ingresos altos, no califican para Atención de Beneficencia Completa ni Atención de Beneficencia Parcial con Descuento de rutina. Sin embargo, la consideración como un evento médico catastrófico se puede realizar caso por caso. La determinación de un evento médico catastrófico se basará en el monto de la responsabilidad del paciente de los cargos facturados, y la consideración de los ingresos y activos de la persona tal como se informa al momento del evento. La gerencia apelará a su discreción razonable para hacer una determinación en base a un evento médico catastrófico. Como una pauta general, toda cuenta con una

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/ATENCIÓN DE BENEFICENCIA COMPLETA Y ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARCIAL CON DESCUENTO

responsabilidad del paciente por servicios prestados que supera los \$75,000 puede ser considerada como elegible como un evento médico catastrófico.

4. Toda cuenta devuelta al hospital por una agencia de cobros que determinó que el paciente o el representante de la familia no cuenta con los recursos para pagar su factura puede ser considerada elegible para Atención de Beneficencia. La documentación de la incapacidad de pagar los servicios del paciente o del representante de la familia se conservará en el legajo de documentación de Atención de Beneficencia.
5. El personal del hospital evaluará todas las cuentas devueltas por una agencia de cobros para ser reasignadas de Deuda Incobrable a Atención de Beneficencia antes de toda reclasificación dentro del sistema contable y los registros del hospital.

F. Resolución de litigios

1. Si surge un litigio relacionado con la calificación, el paciente puede presentar una apelación de reconsideración por escrito ante el hospital. La apelación por escrito debe incluir una explicación completa del litigio del paciente y el fundamento de la reconsideración. Es necesario adjuntar a la apelación por escrito toda documentación adicional en apoyo del reclamo del paciente.
2. Todas las apelaciones serán evaluadas por el director de servicios financieros al paciente del hospital. El director tomará en cuenta todas las declaraciones por escrito del litigio y toda la documentación que se adjuntó. Después de llevar a cabo una evaluación de los reclamos del paciente, el director entregará al paciente una explicación por escrito de los resultados y determinaciones.
3. Si el paciente considera que sigue existiendo un litigio después de la consideración de la apelación por parte del director de servicios financieros al paciente, el paciente puede solicitar por escrito una evaluación por parte del Director Financiero del hospital. El Director Financiero evaluará la apelación por escrito y la documentación del paciente, además de las determinaciones del director de servicios financieros al paciente. El Director Financiero tomará una determinación y entregará una explicación por escrito de la misma al paciente. Todas las determinaciones del Director Financiero serán finales. No existen apelaciones adicionales.

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/ATENCIÓN DE BENEFICENCIA COMPLETA Y ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARCIAL CON DESCUENTO

G. Medidas de Cobro Extraordinarias

1. Si un paciente no solicita asistencia financiera o se le rechaza su solicitud de asistencia financiera y no paga su factura, es posible que el mismo sea sometido a diversas medidas de cobro, lo que incluye Medidas de Cobro Extraordinarias.
2. A pesar de lo anterior, ni SVHMC ni ninguna agencia de cobros con la que SVHMC tenga un contrato tomará ninguna Medida de Cobro Extraordinaria: (1) dentro de los primeros ciento ochenta (180) días del envío del primer estado posterior al alta del paciente, y (2) sin en primer lugar hacer todo lo posible de forma razonable para determinar si el paciente califica para asistencia financiera conforme a esta Política. Adicionalmente, y aun si se dan las dos condiciones anteriores, no se tomarán Medidas de Cobro Extraordinarias en ningún momento a menos que primero se entregue un aviso por escrito al paciente con un mínimo de 30 días de anticipación de las Medidas de Cobro Extraordinarias previstas, y dicho aviso debe establecer claramente la Medida de Cobro Extraordinaria que se tomará en caso de falta de pago y también debe incluir una copia del Resumen en Lenguaje Sencillo de la Política (Anexo A). Si el paciente solicita asistencia financiera, se suspenderá inmediatamente toda Medida de Cobro Extraordinaria que pueda estar en curso hasta que se tome una decisión sobre la solicitud del paciente. Si se determina que el paciente califica para asistencia financiera, SVHMC hará lo siguiente: (i) reembolsará todo monto cobrado más allá de los cargos modificados en un plazo de 30 días, (ii) tomará las medidas disponibles razonables para revertir toda Medida de Cobro Extraordinaria iniciada previamente, y (iii) entregará un nuevo estado de facturación si el paciente califica para Atención de Beneficencia Parcial con Descuento, que indique el monto debido modificado, la manera en la que se determinó el monto, e indicando o describiendo la manera en la que el paciente puede obtener información sobre el AGB (monto generalmente facturado).

H. Aviso público

1. SVHMC difundirá ampliamente la existencia y los términos de su Política de Asistencia Financiera en toda su área de servicio. A dicho fin, SVHMC publicará avisos claros y visibles para informar al público sobre el Programa de Asistencia Financiera en lugares que son visibles para el público incluyendo, de forma enunciativa y no limitativa, el departamento de emergencias, la oficina de facturación, las áreas de ingreso de pacientes

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/ATENCIÓN DE BENEFICENCIA COMPLETA Y ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARCIAL CON DESCUENTO

internados y de registro de pacientes ambulatorios, y otras áreas comunes de pacientes ambulatorios del hospital. También se publicarán avisos en todo lugar en el que los pacientes puedan pagar su factura. Los avisos incluirán información de contacto sobre la manera en la que los pacientes pueden obtener información adicional sobre asistencia financiera, además del lugar en el que pueden solicitar dicha asistencia. Adicionalmente, SVHMC publicará una copia de esta Política, el Resumen en Lenguaje Sencillo y la solicitud de asistencia financiera en su sitio web y pondrá a disposición todos dichos documentos para que sean descargados de forma gratuita.

2. SVHMC incluirá el Resumen en Lenguaje Sencillo de esta política (Anexo A) como parte de las Condiciones de Internación durante el proceso de registro. Si el paciente no está consciente o por algún otro motivo no es capaz de recibir el Resumen en Lenguaje Sencillo al momento del registro, se proporcionará el aviso durante el proceso de alta (o cuando el paciente deje el centro, si no es internado). Si por algún motivo el paciente deja el centro sin recibir el aviso por escrito, SVHMC le enviará por correo el aviso al paciente en un plazo de 72 horas. En todos los casos, SVHMC incluirá el Resumen en Lenguaje Sencillo en por lo menos un envío por correo posterior al alta. Adicionalmente, todas las facturas posteriores al alta para los pacientes incluirán un aviso por escrito visible como un documento inserto del Resumen en Lenguaje Sencillo que: (1) informa al paciente sobre la disponibilidad de asistencia financiera; (2) incluye un número de teléfono de la oficina o departamento que puede asesorar a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera; y (3) incluye una dirección de sitio web directa (URL) en la que se pueden descargar copias de esta Política, el Resumen en Lenguaje Sencillo y la solicitud de asistencia financiera.
3. Para terminar, SVHMC pondrá a disponibilidad traducciones de esta Política, el Resumen en Lenguaje Sencillo y la solicitud de asistencia financiera al español y todo otro idioma que sea el idioma principal de lo que resulte menor de 1,000 personas o el 5% de la población de las comunidades a las que presta servicios SVHMC.

I. Confidencialidad

1. Reconocemos que la necesidad de asistencia financiera es un tema sensible y profundamente personal para los receptores. Se mantendrá la confidencialidad de las solicitudes, información y fondos de todas las personas que solicitan o reciben asistencia financiera. La orientación y selección del personal que implementará esta Política tendrá como guía dichos valores.

**PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/ATENCIÓN DE
BENEFICENCIA COMPLETA Y ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARCIAL
CON DESCUENTO**

J. Requisitos de buena fe

1. SVHMC ofrece asistencia financiera a los pacientes que califican de buena fe, y se basa en el hecho de que la información presentada por el paciente o el representante de la familia es completa y exacta.
2. La provisión de asistencia financiera no elimina el derecho a facturar, ya sea de forma retroactiva o al momento del servicio, todos los servicios en los casos en los que el paciente o el representante de la familia proporcionó información fraudulenta o inexacta de forma deliberada. Adicionalmente, SVHMC se reserva el derecho de apelar a todos los recursos incluyendo, de forma enunciativa y no limitativa, daños civiles y penales, en relación con los pacientes o representantes de la familia que proporcionaron información fraudulenta o inexacta de forma deliberada para calificar para el Programa de Asistencia Financiera de SVHMC.

K. Documentación

1. Solicitud de Asistencia Financiera, Planilla de Asistencia Financiera de SVHMC y Pautas Federales de Pobreza
2. Resumen en Lenguaje Sencillo

VI. EDUCACIÓN/CAPACITACIÓN:

- A. Se proporcionará educación y/o capacitación según sea necesario.

VII. REFERENCIAS:

- A. Sección 127400 y subsiguientes del Código de Salud y Seguridad de California.
- B. Pautas Federales de Pobreza
- C. Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA/ATENCIÓN DE BENEFICENCIA COMPLETA Y ATENCIÓN DE BENEFICENCIA PARCIAL CON DESCUENTO

ANEXO A

RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO

Como una parte vital de su misión benéfica, Salinas Valley Health Medical Center (SVHMC) presta servicios a todas las personas en Salinas y el área comunitaria adyacente más amplia, y brinda asistencia financiera para servicios de emergencia de hospital y necesarios desde un punto de vista médico que califican a pacientes que no pueden pagar sus facturas de hospital y que solicitan y cumplen con los requisitos de elegibilidad de nuestra Política de Asistencia Financiera (la “Política”). Conforme a la Política, si los ingresos brutos familiares del paciente son 200% o menos del Nivel de Pobreza Federal (“FPL”, por sus siglas en inglés) establecido y el paciente cumple con todos los demás requisitos para calificar para el Programa de Asistencia Financiera, se cancelará la totalidad de la factura de servicios de hospital del paciente. Adicionalmente, si los ingresos brutos familiares del paciente se encuentran entre 201% y 400% del FPL y el paciente solicita y cumple con todos los demás requisitos para calificar para el Programa de Asistencia Financiera, es posible que el paciente califique para descuentos de sus obligaciones financieras. Tenga en cuenta que los servicios de los médicos son prestados por grupos médicos independientes que no son empleados de SVHMC y, por lo tanto, no están cubiertos por esta Política y son facturados por separado por el grupo de médicos.

Para solicitar asistencia financiera, los pacientes solo deben completar un formulario de solicitud para solicitar asistencia financiera y proporcionar la información que se solicita en la solicitud. La solicitud se puede obtener y presentar en 3 Rossi Circle, Suite C, Salinas, CA 93907. Si lo prefiere, puede pedir una solicitud de asistencia financiera (además de una copia de la Política de Asistencia Financiera) por correo escribiendo a 3 Rossi Circle, Suite C, Salinas, CA 93907 o puede descargar copias sin cargo de Internet en <https://www.svmh.com/Patients-Visitors/For-Patients/Billing-Insurance.aspx>.

La solicitud y la Política también se encuentran disponibles en español si es necesario y los solicita. Si necesita ayuda para obtener o completar una solicitud, comuníquese con Servicios Financieros al Paciente llamando al 831-755-0732.

Si tiene alguna pregunta sobre la Política de Asistencia Financiera de SVHMC, lo que incluye si usted califica para asistencia financiera y cómo solicitar asistencia financiera, comuníquese con Servicios Financieros al Paciente llamando al 831-755-0732.

Tal como se describe en mayor detalle en la Política, a los pacientes que califican para asistencia financiera no se les cobrará más que los montos generalmente facturados a los pacientes cubiertos por el seguro de honorario por servicio de Medicare. La Política de Asistencia Financiera, la Solicitud de Asistencia Financiera y el Resumen en Lenguaje Sencillo se