

COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA	DP-5.6630
Departamento de Servicios Administrativos del Paciente título de política: Programa de asistencia financiera - poliza de cuidados patrocinados y pago con descuento	Página 1 of 8

PROPÓSITO

Según lo indicado en nuestra declaración de misión, Community Hospital of the Monterey Peninsula está comprometido a atender de todos aquellos que pasen por nuestras puertas, independientemente de su capacidad de pago, con el mayor alcance permitido por la ley y los recursos disponibles. Esta política tiene como fin ofrecer el marco de nuestro Programa de Cuidados Patrocinados y Programa de Pago con Descuento.

POLÍTICA

- A. Los pacientes sin seguro médico y los pacientes con costos médicos elevados cuyo ingreso se encuentra en o por debajo del 350 por ciento del nivel federal de pobreza, son elegibles para solicitar asistencia financiera para servicios médicos hospitalarios y servicios hospitalarios médicamente necesarios provistos por Community Hospital of the Monterey Peninsula. Los solicitantes que califican recibirán el subsidio más alto para el que resulten elegibles.
 1. Cuidados patrocinados – Este programa puede darle al paciente un descuento de hasta el 100% de los servicios que recibe. Para calificar, el ingreso familiar bruto del paciente no debe superar el 250 por ciento del nivel de pobreza federal. Los pacientes deben proveer información y documentación sobre los ingresos de los miembros de su familia y el valor de activos e información sobre cualquier cobertura de beneficio de salud que pudieran tener.
 2. Programa de Pago con Descuento – Este programa puede darle al paciente un descuento para reducir la cantidad que debe. Para calificar, el ingreso familiar bruto del paciente no debe superar el 350 por ciento del nivel de pobreza federal. Los pacientes deben proveer información y documentación sobre los ingresos de los miembros de su familia y el valor de activos e información sobre cualquier cobertura de beneficio de salud que pudieran tener.
- B. Las solicitudes de pacientes cuyos ingresos superan el 350 por ciento del nivel federal de pobreza también serán revisadas por completo, y se otorgarán subsidios caso por caso.
- C. Los médicos en la sala de emergencias que ofrecen servicios médicos de emergencia en Community Hospital deben ofrecer descuentos a pacientes no asegurados y a pacientes con costos médicos elevados cuyos ingresos se encuentren en o por debajo del 350 por ciento del nivel federal de pobreza.
- D. Pacientes actuales y futuros pueden presentar su solicitud para el Programa de Cuidados Patrocinados o el Programa de Pago con Descuento. La información sobre estos programas está disponible en todas las recepciones de ingreso y lugares de tratamiento de pacientes dentro de las instalaciones de Community Hospital y es provista a cada paciente que se presente para obtener servicios. Se le dará a todos los pacientes que así lo requieran una solicitud de programas de Cuidados Patrocinados y de Pago con Descuento. Además, hay disponibles asesores de inscripción para brindar información y solicitudes para Medi-Cal, Medicare, California Health Benefit Exchange y otros programas de gobierno disponibles. Se puede hacer una entrevista con el paciente antes de que presente una solicitud para determinar si cumpliría con los criterios de elegibilidad básicos.
- E. Los criterios que seguirá Community Hospital of the Monterey Peninsula para verificar la elegibilidad para programas de asistencia financiera de un paciente se describen en esta política. Al momento de la aprobación, se suministrará asistencia financiera a través de uno de estos dos programas: (1) el Programa de Cuidados

COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA	DP-5.6630
Departamento de Servicios Administrativos del Paciente título de política: Programa de asistencia financiera - poliza de cuidados patrocinados y pago con descuento	Página 2 of 8

Patrocinados; o (2) el Programa de Pago con Descuento. Estos programas podrían cubrir todo o parte del costo de los servicios provistos, dependiendo de la elegibilidad del paciente, sus ingresos y la consiguiente capacidad para pagar los servicios. Los programas de Cuidados Patrocinados y Pago con Descuento están destinados a pacientes que carecen de capacidad financiera familiar o personal o que tienen capacidad financiera demostrablemente restringida para pagar los gastos hospitalarios, y los beneficios provistos por el hospital en virtud de estos programas son para el paciente. El requisito mínimo para ambos programas se establece a continuación y se basa en el ingreso familiar combinado del paciente como porcentaje del nivel federal de pobreza aplicable (FPL) según se publica anualmente en el Registro Federal (<http://aspe.hhs.gov/poverty>). Dada la demografía del área de servicio y los recursos disponibles del Community Hospital of the Monterey Peninsula y la misión de cumplir las necesidades de cuidado de salud de su comunidad, hay disponible ayuda financiera para pacientes con niveles de ingreso de hasta el 350 por ciento del FPL para el tamaño de la familia del paciente. Los programas de Cuidados Patrocinados y de Pago con Descuento tienen como fin cumplir plenamente con la Ley de Políticas de Precios Equitativos del Hospital y el Art. 501(r) del Código de Ingresos Internos. Esta política tiene como fin ser establecida lo más clara y simple como sea posible para el beneficio de nuestros pacientes.

Para solicitar asistencia

- A. Las solicitudes para el programa de Cuidados Patrocinados o el programa de Pago con Descuento deben presentarse al departamento de Servicios de Coordinación de Cuidados antes del servicio o al departamento de Servicios Administrativos del Paciente o al departamento de Acceso del Paciente durante el servicio y/o luego de haber recibido el servicio, usando la *Solicitud del Programa de Cuidados Patrocinados o el Programa de Pago con Descuento*. La solicitud debe ser recibida no después de 240 días desde la fecha de la factura original. Las solicitudes incompletas se mantendrán archivadas hasta que se reciba toda la información. Además de una solicitud completada, podrá requerirse una carta que explique las circunstancias del paciente y/o una carta de la(s) persona(s) que ofrecen asistencia de vida al paciente para determinar la elegibilidad. Ver Criterios de Elegibilidad abajo.
- B. Un paciente (o el representante legal de un paciente) que solicite Cuidados Patrocinados o Pago con Descuento debe hacer todo esfuerzo razonable para ofrecer documentación de sus ingresos y la cobertura de sus beneficios de salud. Los pacientes sin seguro que sean elegibles para un plan de beneficios de salud patrocinado por el gobierno, o cobertura de beneficios de salud a través de California

COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA	DP-5.6630
Departamento de Servicios Administrativos del Paciente título de política: Programa de asistencia financiera - poliza de cuidados patrocinados y pago con descuento	Página 3 of 8

Health Benefit Exchange con un subsidio gubernamental, serán alentados a solicitar esos programas y cumplir con los requisitos de solicitud de dichos programas. Esto aplica también a pacientes que están en o por debajo del 138 por ciento del nivel federal de pobreza, que son elegibles para Medi-Cal de ingresos brutos ajustados modificados. Los asesores de inscripción del hospital estarán disponibles para asistir a los pacientes en el proceso de solicitud para planes de beneficios de salud patrocinados por el gobierno, la cobertura de beneficios de salud a través de California Health Benefit Exchange, Medi-Cal, Medicare y cualquier otro programa disponible. Cuando los pacientes no cooperan con los asesores de inscripción, el Community Hospital hará todos los esfuerzos razonables, mediante cartas y llamadas telefónicas, para alentar a los pacientes a cooperar antes de revisar y decidir respecto de la elegibilidad para Cuidados Patrocinados y/o Pago con Descuento. Las solicitudes podrán ser denegadas y las cuentas asociadas referidas a una agencia de cobro si no se ofrece documentación suficiente para determinar la elegibilidad.

- C. Si un paciente solicita o tiene una solicitud pendiente para otro programa de cobertura de salud al mismo tiempo que entrega una solicitud para el Programa de Cuidados Patrocinados o de Pago con Descuento, el estado pendiente de cualquiera de las solicitudes no evitará ni demorará la revisión o cualquier decisión adoptada sobre la otra.
- D. Esta política se aplica solo a servicios de emergencia y médicamente necesarios provistos por Community Hospital. Los servicios prestados en una instalación hospitalaria por proveedores de atención médica privados, tales como médicos personales y transporte en ambulancia, no están cubiertos por los programas de Cuidados Patrocinados y de Pago con Descuento. El Community Hospital tiene una lista de proveedores que prestan cuidados de emergencia u otros cuidados médicamente necesarios cubiertos por los programas de Cuidados Patrocinados y de Pago con Descuento. La lista está disponible en el sitio Web del hospital en: <http://www.CHOMP.org>. Estos programas están disponibles solo para servicios de emergencia y médicamente necesarios provistos por el Community Hospital que no son pagados por ningún otro programa gubernamental y/o fuente de financiamiento, incluyendo la cobertura de seguro de terceros para la que resulte elegible un postulante particular. Vea a continuación la lista de servicios no cubiertos.

Servicios no cubiertos

- A. Todos los servicios de atención médica no facturados por el Community Hospital, tales como el transporte en ambulancia y servicios de médicos no hospitalarios;
- B. Cirugía bariátrica no médicamente necesaria;
- C. Servicios estéticos;

COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA	DP-5.6630
Departamento de Servicios Administrativos del Paciente título de política: Programa de asistencia financiera - poliza de cuidados patrocinados y pago con descuento	Página 4 of 8

- D. Servicios que, a criterio del personal competente del hospital, sean provistos solo en carácter provisional cuando el paciente permanece en el hospital o en Westland House para la conveniencia de la familia y/o del medico;
- E. Cuidados no indicados médicamente;
- F. Equipo médico duradero;
- G. Oxígeno y suministros de oxígeno, salvo cuando sean aprobados previamente;
- H. Cualquier servicio o producto considerado experimental;
- I. Servicios o productos no aprobados para uso del paciente por la FDA; y
- J. Servicios o productos que podrían colocar efectivamente al hospital en la posición de tener que ofrecer tales servicios o productos por periodos extendidos de tiempo, incluso cuando el paciente no es paciente del Community Hospital.

Programa de Pago con Descuento

- A. El Community Hospital of the Monterey Peninsula se compromete a ofrecer a los pacientes no asegurados y a los pacientes con altos costos médicos que califican, según se definen a continuación, un descuento que excede aquél provisto a los participantes del programa Medicare. El programa Medicare, actualmente el programa de beneficios de salud patrocinado por el gobierno que mejor paga aceptado por el Community Hospital of the Monterey Peninsula, reembolsa actualmente un promedio del 35 por ciento de gastos totales del hospital, lo que representa un descuento del 65 por ciento. Sin embargo, como un beneficio expandido a pacientes que califican para el Programa de Pago con Descuento, la obligación del paciente se limitará al 29 por ciento de los cargos totales, lo que representa un descuento de 71 por ciento. A ningún individuo que califique para el Programa de Pago con Descuento se le cobrará más que el monto generalmente facturado ("AGB") por el Community Hospital a individuos que cuentan con seguro que cubra dicha emergencia y/o cuidado médicamente necesario. El Community Hospital calcula el AGB usando el método prospectivo de Medicare descrito en el §1.501(r)-5(b)(4), Título 26, del Código de Normas Federales.
- B. Los pacientes no asegurados que califiquen para el Programa de Pago con Descuento también resultarán elegibles para un plan de pago extendido con cero interés sobre el saldo remanente. Los pacientes asegurados que resulten elegibles para el Programa de Pago con Descuento debido a los altos costos médicos según se definen abajo recibirán un descuento del 100 por ciento sobre todos los cargos que superen el monto pagado por su seguro, siempre que su seguro haya pagado al menos el 29 por ciento de los gastos totales.

COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA	DP-5.6630
Departamento de Servicios Administrativos del Paciente título de política: Programa de asistencia financiera - poliza de cuidados patrocinados y pago con descuento	Página 5 of 8

C. El gasto bruto total por los servicios y el descuento a ser aplicado serán indicados en la carta de otorgamiento. Estos descuentos se aplican a copagos, deducibles, montos de coseguro, y montos médicos no cubiertos.

D. Demostración de elegibilidad

1. Los pacientes no asegurados y los pacientes con altos costos médicos que presentan su solicitud para el Programa de Pago con Descuento deben presentar documentación de ingresos familiares en la forma de tres meses de recibos de paga recientes o la declaración de impuestos del año anterior. Si el paciente es de un país exterior, el hospital podrá exigir una declaración jurada para probar la elegibilidad de ingresos. A los fines de determinar la elegibilidad, no se incluirán ni los planes de retiro o de compensación diferida calificados en virtud del código del Servicio de Impuestos Internos (IRS) ni los planes de compensación diferida no calificados. El ingreso familiar que califique no debe superar el 350 por ciento del nivel federal de pobreza aplicable. Los pacientes que reclamen tener costos médicos altos deben demostrar prueba de los costos incurridos en el hospital o los gastos médicos pagados según se describe en la sección de Definición de esta política.

E. Plan de pago

1. Los pacientes que califiquen para el Programa de Pago con Descuento serán también elegibles para un plan de pago libre de intereses con una duración no mayor de 72 meses. En situaciones en las que no pueda llegarse a un acuerdo, el monto de pago mensual mínimo no deberá exceder el 10 por ciento del ingreso mensual del paciente (luego de los gastos de subsistencia esenciales). Cualquier plan de pago que permanezca sin pagarse por 90 días consecutivos será declarado en mora, y podrá ser referido para cobro luego de que se hayan hecho intentos de renegociar los términos del plan de pago incumplido. Vea el *Procedimiento para el Programa de Asistencia Financiera, Programa de Cuidados Patrocinados y Pago con Descuento* adjunto.

Cuidados Patrocinados (cuidados gratuitos)

A. El Community Hospital of the Monterey Peninsula se compromete a ofrecer a los pacientes no asegurados y a los pacientes con altos costos médicos que califican, según se define abajo, un descuento del 100 por ciento sobre el monto que se determine que debe el paciente. Este descuento se aplica a copagos, deducibles, montos de coseguro, y montos no cubiertos.

B. Demostración de elegibilidad

COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA	DP-5.6630
Departamento de Servicios Administrativos del Paciente título de política: Programa de asistencia financiera - poliza de cuidados patrocinados y pago con descuento	Página 6 of 8

1. Los pacientes no asegurados y los pacientes con altos costos médicos que presentan su solicitud para Cuidados Patrocinados deben presentar documentación de ingresos familiares en la forma de tres meses de recibos de paga recientes o la declaración de impuestos del año anterior. Los pacientes que reclamen tener costos médicos altos deben demostrar prueba de los costos incurridos en el hospital o los gastos médicos pagados según se describen en la sección de Definición de esta política. Adicionalmente, debe presentarse documentación de activos monetarios; esto incluye documentación de activos tenidos en fideicomiso en beneficio del paciente y aquellos tenidos en fideicomiso de necesidades especiales. No se incluirán ni activos tenidos en planes de retiro o de compensación diferida calificados en virtud del código del Servicio de Impuestos Internos (IRS) o de planes de compensación diferida no calificados. Todo paciente que sea titular de un derecho en más de una parcela de un bien inmueble o cuyos bienes familiares incluyan un derecho en más de una parcela de un bien inmueble no será elegible para Cuidados Patrocinados.
2. Al determinar la elegibilidad para el Programa de Cuidados Patrocinados, los primeros \$10,000 en activos no cuentan para determinar los activos del paciente y el hospital solo considerará el 50 por ciento de los activos monetarios del paciente por arriba de los primeros \$10,000. Luego de excluir los primeros \$10,000 y el 50% de los activos remanentes, los activos del paciente no deberán exceder \$50,000 para calificar.
3. El hospital podrá requerir que se presente el consentimiento por escrito del paciente o de la familia del paciente por el que se autorice al hospital a obtener información de titularidad de cuenta e inmuebles de instituciones financieras o comerciales u otras entidades que tengan o mantengan activos monetarios e inmobiliarios, para verificar su valor.

Proceso de disputa

Todo paciente que desee disputar la determinación realizada respecto de su solicitud de asistencia podrá solicitar una revisión de la solicitud original por parte del director de los Servicios Administrativos del Paciente, siempre que la solicitud se presente por escrito dentro de los 30 días de la última fecha de denegación. La determinación de elegibilidad del director será inapelable.

Circunstancias especiales

Los pacientes sin seguro y los pacientes con costos médicos elevados con ingresos que superen el 350 por ciento pero que no superen el 500 por ciento del nivel federal de pobreza aplicable recibirán un descuento del 25 por ciento y también serán elegibles para un plan de pagos extendido sin interés por el saldo remanente.

COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA	DP-5.6630
Departamento de Servicios Administrativos del Paciente título de política: Programa de asistencia financiera - poliza de cuidados patrocinados y pago con descuento	Página 7 of 8

Pagos en exceso del monto a pagar después de aplicarse el descuento

Community Hospital of the Monterey Peninsula reembolsará a los pacientes cualquier monto efectivamente pagado que supere el monto a pagar después de la aprobación de los Cuidados Patrocinados o del Pago con Descuento. También se pagará intereses sobre los pagos en exceso; dichos intereses se calculan a partir de la fecha en la que Community Hospital of the Monterey Peninsula recibió el pago del paciente. Esto no se aplica a pagos en exceso que sean menores de \$5, pero estará disponible un crédito en el monto adeudado para que el paciente lo aplique a servicios futuros recibidos hasta 60 días desde la fecha en la que el monto es adeudado al paciente.

Mantenimiento de política y presentación de informes

La consistencia de este documento de política con todas las leyes vigentes y recursos disponibles será revisada anualmente. Además, esta información deberá presentarse ante la Oficina Estatal de Planificación y Desarrollo de Salud cada dos años el 1 de enero, o cada vez que se realice cualquier cambio significativo. Con el fin de poner a disposición de la comunidad las políticas de Cuidados Patrocinados y Pago con Descuento, el hospital publicará la política y solicitud en el sitio web del hospital e incluirá información sobre cómo presentar la solicitud en sus facturas iniciales.

Práctica

Vea el documento de procedimiento *Programa de Asistencia Financiera, Cuidados Patrocinados y Pago con Descuento* adjunto.

Definiciones

Los siguientes términos tienen los siguientes significados:

- A. *Nivel federal de pobreza* significa las pautas de pobreza específicamente referidas al ingreso y tamaño de la familia actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento Estadounidense de Salud y Servicios Humanos en virtud del inciso (2) del Artículo 9902, Título 42 del Código de los Estados Unidos.
- B. *Paciente con costos médicos elevados* significa una persona cuyo ingreso familiar no supere el 350 por ciento del nivel federal de pobreza aplicable que tenga:
 1. gastos de bolsillo anuales incurridos como resultado de los servicios provistos por el hospital que superen el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente en los 12 meses anteriores;
 2. gastos médicos de bolsillo anuales que superen el 10 por ciento de los ingresos familiares del paciente, si el paciente provee documentación de los gastos médicos del paciente pagados por el paciente o la familia del paciente en los 12 meses anteriores.

COMMUNITY HOSPITAL OF THE MONTEREY PENINSULA	DP-5.6630
Departamento de Servicios Administrativos del Paciente título de política: Programa de asistencia financiera - poliza de cuidados patrocinados y pago con descuento	Página 8 of 8

C. *Familia del paciente* significa:

1. Para personas de 18 años o más, la familia comprende al cónyuge, pareja doméstica, (según se define en el Artículo 297 del Código de Familia), e hijos dependientes menores de 21 años, ya sea que ellos vivan en el hogar o no.
2. Para personas menores de 18 años, la familia comprende a los padres, parientes cuidadores y otros hijos menores de 21 años de los padres o pariente cuidador.

D. *Médicos del hospital* significa los médicos que proveen servicios en el Community Hospital y que cuyos servicios son facturados con el PIN del Community Hospital. Se incluyen en esta definición a los médicos del departamento de emergencias, radiólogos, patólogos, cardiólogos, oncólogos de radiación y psiquiatras.

CONTENTS	DESCRIPTION
Submitted by:	Daisy Noguera, Director, Patient Business Services
Next review date:	March 2019
Effective date:	March 2018
Applicable to:	Patient Business Services Staff, Patient Access Staff, Social Services Staff
Approved by:	Patient Business Services, Patient Access, Social Services, President's Administrative Committee (PAC), The Board.
Reviewed by:	Patient Access, Patient Business Services, Social Services, PAC, The Board
Replaces:	
References:	Patient Business Services Procedure: Sponsored Care and Discount Payment Program, Federal poverty level defined in the Federal Register (http://aspe.hhs.gov/poverty).
Key Words:	Ingresos bajos ,Nivel federal de pobreza, Ingresos de Familia, elegibilidad para determinar asistencia financiera para cuidado
Distribution:	CHOMP Intranet Policies and Procedures; Patient Business Services Staff. Patient Access Staff, Social Services Staff
Additional information:	
Related policies or programs:	