



LOMA LINDA
UNIVERSITY
MEDICAL CENTER

LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICAL CENTER

POLÍTICA OPERACIONAL

CATEGORÍA: FINANZAS

CÓDIGO: C-22

ASUNTO: BENEFICENCIA PÚBLICA/PAGO CON DESCUENTO

EFFECTIVA: 12/2016

REEMPLAZA: 05/2014

PÁGINA: 1 de 15

PROPÓSITO:

El propósito de esta política es definir el criterio que se usará en *Loma Linda University Medical Center, Loma Linda University Children's Hospital, Loma Linda University East Campus Hospital, Loma Linda University Surgical Hospital y Highland Springs Medical Plaza* (agrupados de aquí en adelante como "LLUMC") para cumplir con los requerimientos de ley sobre las políticas de cobranza y precios justos en instituciones hospitalarias en California (*California Hospital Fair Pricing Policies Act*).

Los hospitales generales de California deben implementar políticas y prácticas que cumplan con la ley de dicho Estado, incluyendo los requerimientos de políticas escritas que ofrecen descuentos y servicios de beneficencia pública (caridad) a los pacientes que califiquen financieramente. Esta política pretende cumplir con dichas obligaciones legales y estipular los servicios considerados como *Beneficencia Pública* y los considerados como *Pago con Descuento*, a todos los pacientes que debido a su situación financiera, reúnan los requisitos según los términos y condiciones de la Política de Beneficencia Pública /Pago con Descuento de LLUMC (*Charity Care/Discount Payment Policy*).

ÁMBITO:

Esta política tiene que ver con la asistencia financiera proporcionada a los pacientes por parte de LLUMC. Toda solicitud de asistencia financiera de pacientes, familiares del paciente, médicos o personal hospitalario debe valorarse según los términos de esta política. Esta política no aplica a los servicios prestados por los médicos en LLUMC. Los doctores de Emergencias han adoptado una política por separado, la cual ofrece descuentos a los pacientes no-asegurados o a pacientes con altos gastos médicos, cuyo ingreso está al nivel, o por debajo del 350% del índice federal de pobreza.

FILOSOFÍA:

LLUMC es una organización que pertenece a una denominación religiosa, por lo tanto se esmera en satisfacer las necesidades médicas de los pacientes en su área geográfica de servicio. La misión de LLUMC es: "*Continuar con el ministerio de sanidad de Jesucristo y procurar el bienestar total del hombre*". La Misión de LLUMC está claramente demostrada en esta Política de Beneficencia Pública/Pago con Descuento. La primera y más importante responsabilidad de LLUMC es ver que sus pacientes reciban atención médica de forma compasiva, puntual y apropiada, en consideración a la privacidad, dignidad y el consentimiento informado del paciente.

Por lo general, LLUMC brinda servicios hospitalarios a los pacientes que viven en la ciudad de Loma Linda y sus alrededores. Como uno de los principales hospitales universitarios de nivel terciario, LLUMC también es considerado en la región como un centro fundamental que atiende casos médicos complejos, y normalmente acepta pacientes trasladados de muchos otros hospitales. LLUMC también ofrece muchos programas de tratamiento altamente especializados, algunos de los cuales son únicos. Para ayudar a satisfacer las necesidades de sus pacientes, LLUMC tiene a disposición programas de asistencia financiera para los pacientes que no tienen seguro médico o que no tienen la suficiente cobertura, y que pudieran necesitar ayuda para pagar la cuenta del hospital. Estos programas incluyen programas de cobertura patrocinados por el gobierno, servicios de caridad pública y beneficencia pública con descuento según lo descrito aquí.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Beneficencia Pública (Caridad): Los servicios ofrecidos como beneficencia pública se definen como cualquier servicio hospitalario medicamente necesario para pacientes internos o externos que tengan ingresos por debajo del 200% del índice federal de pobreza actual, y que sean elegibles según los requerimientos descritos en esta Política de Beneficencia Pública/Pago con Descuento de LLUMC.

Beneficencia Pública con Descuento: El pago con descuento según esta Política se define como beneficencia pública parcial como resultado de cualquier servicio hospitalario medicamente necesario brindado a pacientes internos o externos que no tienen seguro médico, o para quienes la cobertura de su seguro no les proporciona un descuento en las tarifas normales que LLUMC acostumbra ofrecer; y 1) desean obtener ayuda para pagar la cuenta del hospital; 2) tienen un ingreso de, o por debajo del 350% del índice federal de pobreza; y 3) reúnen los requisitos de elegibilidad descritos en la Política de Beneficencia Pública/Pago con Descuento de LLUMC.

Plan de Pago Calificado: A los planes de pago establecidos por los pacientes que calificaron para el Pago con Descuento bajo esta Política se les denomina “Plan de Pago Calificado”. A un Plan de Pago Calificado no se le aplicará ningún tipo de interés al monto adeudado por el paciente/encargado del pago. En el caso de que LLUMC y el paciente/encargado del pago no puedan llegar a un acuerdo sobre las condiciones para un plan de pago calificado, el hospital usará la fórmula descrita en la Sección 127400 (i) del Código de Salud y Seguridad, a fin de establecer términos para un “Plan de Pago Razonable” tal como lo establece el reglamento.

Reglas Generales del Índice Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés): Las reglas generales del FPL establecen que el criterio de elegibilidad se basa en el sueldo bruto y la cantidad de personas en la familia para calificar para recibir servicios de Beneficencia Pública y Pago con Descuento, según se describe en esta política. Las reglas generales del FPL las actualiza periódicamente el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Presupuesto de Buena Fe: Es el monto aproximado que el personal de la Oficina de Registros de LLUMC le da a un paciente, el cual representa un cálculo aproximado del precio real que se debe pagar por los servicios recibidos. El personal de la Oficina de Registros hará todo lo posible para

preparar y entregar un Presupuesto de Buena Fe. Sin embargo, es posible que no puedan anticipar todos los servicios médicos que en realidad ordenará el médico de guardia, el médico tratante o el especialista cuando el paciente sea atendido.

Departamento de Servicios Internacionales: Todos los casos internacionales de beneficencia pública deben ser revisados y aprobados por el Comité de Beneficencia Pública Internacional de acuerdo a los parámetros del presupuesto anual (refiérase a la siguiente política interna [International Benefit \(C-51\)](#)).

Requisitos de Elegibilidad de la Política de Beneficencia Pública/Pago con Descuento de LLUMC: Dependiendo de la elegibilidad individual del paciente, LLUMC puede otorgar asistencia financiera para pagar facturas por concepto de beneficencia pública o beneficencia parcial (pago con descuento). Si una persona solicita beneficencia pública o pago con descuento y no cumple con brindar la debida información para poder tomar una determinación, LLUMC podría tomar en cuenta ese incumplimiento al tomar la decisión. La asistencia financiera podría ser negada cuando el paciente/encargado del pago no reúna los requisitos de elegibilidad de esta Política de Beneficencia Pública/Pago con Descuento.

Servicios Medicamento Necesarios: La asistencia financiera bajo esta política debe aplicar a servicios medicamento *necesarios*, pero excluiría servicios *especiales* de haber disponibilidad de tratamientos alternativos medicamento eficaces. Por ej.: 1) Servicios Cosméticos y/o Cirugía Plástica; 2) Servicios de Infertilidad; 3) Corrección de la Vista; 4) Terapia de Protones; 5) Procedimientos Robóticos; 6) Dispositivos Ortopédicos/Prótesis; 7) Embarazo Subrogado (vientre de alquiler); y 8) Otros servicios que buscan principalmente la comodidad o conveniencia del paciente.

Familia del Paciente: Los siguientes términos deben aplicar para todos los casos bajo la Política de Beneficencia Pública/Pago con Descuento de LLUMC:

1. A personas mayores de 18 años de edad, cónyuge, pareja de hecho o pareja doméstica, según lo define el Artículo 297 del Código de Familia en California, y a los hijos menores de 21 años de edad que tenga a cargo, vivan o no bajo su mismo techo.

1.1 Pareja Doméstica: Una pareja de hecho debe estar establecida en California cuando ambas partes presenten una Declaración Jurada de Pareja de Hecho con la Secretaría del Estado en conformidad a esta división, y, al momento de presentarla, reúnen todos los siguientes requisitos:

- a. Ambas personas viven en la misma residencia.
- b. Ninguna persona está casada con alguien más, ni forma parte de otra relación de unión libre con otra persona sin haber antes terminado, disuelto, o anulado legalmente esta relación.
- c. Ninguna de las dos personas tienen lazos consanguíneos que de alguna manera les impediría casarse en este estado.
- d. Ambas personas tienen por lo menos 18 años de edad.
- e. Cualquiera de las siguientes cláusulas:
 1. Ambas personas son miembros del mismo sexo
 2. Una o ambas personas cumplen con los criterios de elegibilidad bajo el Título II de la Ley del Seguro Social según se define en el Código 42

U.S.C. Sección 402 (a) para beneficios del seguro por vejez, o del Título XVI de la Ley del Seguro Social según se define en el Código 42 U.S.C. Sección 1381 para individuos de edad avanzada. Pese a cualquier otra estipulación en esta sección, las personas de sexos opuestos no pueden constituir una unión de hecho, a menos que una o ambas sean mayores de 62 años de edad.

f. Ambas personas están en capacidad de consentir la unión de hecho.

2. A personas menores de 18 años de edad, padres, parientes encargados y otros niños menores de 21 años de edad del padre de familia o pariente encargado de su cuidado.

A. RESPONSABILIDADES GENERALES DEL PACIENTE

1. Ser Honesto: Los pacientes deben ser honestos y sinceros al proporcionar toda la información que LLUMC les solicite como parte del proceso de revisión de asistencia financiera. Se requiere que presenten documentación de elegibilidad real y verdadera, lo cual es necesario para recibir cobertura de asistencia financiera a través de cualquier programa gubernamental o del Programa de Asistencia Financiera de LLUMC. La honestidad implica y requiere la plena y completa revelación de información y/o documentación requerida.
2. Participar Activamente y Completar el Proceso de Revisión Financiera: Es necesario que todos los pacientes no-asegurados que soliciten asistencia financiera llenen una Solicitud de Asistencia Financiera. Antes de irse de LLUMC, los pacientes deben verificar qué información o documentación adicional deberán presentar. Los pacientes comparten la responsabilidad de entender y cumplir con la fecha límite para presentar la documentación a LLUMC o a cualquier otro programa de asistencia financiera.
3. Cancelación de Montos Adeudados a Pagar de su Bolsillo: Los pacientes deben saber que tienen que pagar cualquier monto adeudado en su cuenta al momento de recibir los servicios. Dichos montos adeudados pueden incluir entre otros aspectos los:
 - 3.1 Co-Pagos
 - 3.2 Deducibles
 - 3.3 Depósitos
 - 3.4 Montos de Costos Compartidos de Medi-Cal/Medicaid
 - 3.5 Presupuestos de Buena Fe
4. Compartir la Responsabilidad de la Atención Médica: Cada paciente comparte la responsabilidad por la atención que recibe en el hospital. Esto incluye hacer su parte para obtener recetas o cualquier otro cuidado médico después de ser dado de alta.

También tiene la responsabilidad de asegurarse que se hayan hecho todos los arreglos para saldar la cuenta del hospital. Es de suma importancia que cada paciente o su representante familiar coopere y se comuniquen con el personal de LLUMC, durante y después, de proporcionarse los servicios.

B. PROCESO y RESPONSABILIDADES del HOSPITAL

1. La elegibilidad según la Política de Beneficencia Pública/Pago con Descuento de LLUMC es para cualquier paciente cuyo ingreso familiar está por debajo del 350% del actual índice federal de pobreza, que no tiene cobertura de seguro médico, o si lo tiene, no le cubre en su totalidad el pago de la cuenta.
2. La Política de Beneficencia Pública/Pago con Descuento de LLUMC utiliza una sola solicitud para que los pacientes soliciten acogerse ya sea a beneficencia pública total o a pago con descuento. El proceso está diseñado para brindar a cada paciente la oportunidad de recibir el máximo beneficio de asistencia financiera para el cual reúna los requisitos. Dicha solicitud brinda información necesaria al hospital para poder determinar la elegibilidad del paciente, y dicha información se utilizará para autorizar al paciente o a su representante familiar para recibir la máxima cobertura disponible a través de programas gubernamentales y/o bajo la Política de Beneficencia Pública/Pago con Descuento de LLUMC.
3. Los pacientes elegibles podrían calificar para acogerse a la Política de Beneficencia Pública/Pago con Descuento siguiendo las instrucciones en la solicitud y haciendo todos los esfuerzos razonables para proporcionar a LLUMC la documentación e información de beneficios de cobertura médica, de manera que LLUMC pueda determinar su elegibilidad para recibir cobertura bajo el debido programa. La elegibilidad en sí no constituye un derecho a obtener servicios en LLUMC catalogados como Beneficencia Pública/Pago con Descuento. Primero, LLUMC debe completar un proceso de evaluación del solicitante y determinar su elegibilidad antes de concederle servicios de beneficencia pública total o de beneficencia pública parcial (con descuento).
4. La Política de Beneficencia Pública/Pago con Descuento de LLUMC debe contar con la cooperación individual de los pacientes que pudieran calificar para asistencia completa o parcial. Para facilitar la obtención de información financiera del paciente de manera correcta y puntual, LLUMC usará una Solicitud de Asistencia Financiera. A todos los pacientes que no puedan demostrar que tienen cobertura de una compañía de seguros, se les ofrecerá la oportunidad de llenar dicha solicitud.
5. A los pacientes no-asegurados también se les ofrecerá información, ayuda y recomendación a programas gubernamentales para los que pudieran ser elegibles; así como información referente a cobertura médica a través del programa *Covered California*. Además, recibirán información para contactar a los programas locales de asistencia legal al consumidor, los cuales podrían ayudar a los pacientes no-asegurados a obtener cobertura.

6. Los pacientes con cobertura insuficiente cuyos ingresos están por debajo del 350% del nivel federal pobreza y que aún adeudan una cantidad después de que su seguro haya pagado, también pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera. Cualquier paciente que solicite ayuda financiera deberá llenar una Solicitud de Asistencia Financiera.
7. La Solicitud de Asistencia Financiera debe llenarse en cuanto haya una indicación que el paciente pudiera tener la necesidad de recibir ayuda financiera. La solicitud puede llenarse antes de recibir los servicios, durante la hospitalización, o después de haberlos recibido y el paciente haya sido dado de alta.
8. El llenar una Solicitud de Asistencia Financiera proporciona:
 - 8.1 La información necesaria para que LLUMC pueda determinar si el paciente cuenta con el suficiente ingreso para pagar por los servicios;
 - 8.2 La documentación necesaria para determinar la elegibilidad para asistencia financiera; y
 - 8.3 Las pruebas de auditoría que documentan los esfuerzos que hace LLUMC para proveer asistencia financiera.
9. Sin embargo, no es necesario llenar una Solicitud de Asistencia Financiera si LLUMC, a su absoluta discreción, determina que tiene suficiente información financiera del paciente para fundamentar una decisión de elegibilidad para asistencia financiera.

C. ELEGIBILIDAD: BENEFICENCIA PÚBLICA TOTAL Y PAGO CON DESCUENTO

1. El ser elegible o calificar para asistencia financiera total o con descuento debe determinarse exclusivamente en base a la capacidad de pago del paciente y/o su representante familiar. Dicha elegibilidad para recibir asistencia financiera no deberá basarse de ningún modo en la edad, género, identidad de género, orientación sexual, origen étnico, nacionalidad, condición de veterano, discapacidad ni religión. Aunque la asistencia financiera no se debe proporcionar en base a motivos discriminatorios o arbitrarios, LLUMC tiene la absoluta discreción, en conformidad con las leyes y reglamentos, de establecer el criterio de elegibilidad y determinar cuando el paciente ha proporcionado suficientes pruebas de su elegibilidad para recibir asistencia financiera.
2. LLUMC proporcionará ayuda directa a los pacientes o a sus representantes familiares durante el proceso de ingreso para facilitar el proceso de Solicitud de Asistencia Financiera. El llenar dicha solicitud y presentar toda la información suplementaria necesaria podría ser un requisito para establecer elegibilidad para obtener asistencia financiera.
3. Dado que LLUMC atiende una gran cantidad de emergencias de menor gravedad y urgencias médicas a miembros de la comunidad, hay casos en los que se trata de evitar la inconveniencia de tener que llenar la solicitud. Aunque los cobros por la atención médica de emergencia pueden ser bastante altos, tales casos son menos frecuentes que muchos otros casos menores

que se atienden. Cuando el cobro por visitas a la sala de emergencias o al servicio de urgencias es menor de \$5,000 es posible que el paciente o su representante sólo tenga que llenar y firmar una Solicitud de Asistencia Financiera; en cuyo caso, puede que no tenga que presentar los talonarios de cheque o declaraciones de impuestos. Sin embargo, en caso de que el cobro supere los \$5,000 el paciente o su representante debe presentar los debidos comprobantes de ingreso, ya sea la declaración federal de impuestos o copias de por lo menos dos talonarios de cheques recientes.

4. Posteriormente, podría ser necesario que el paciente y/o su representante familiar tenga que enviar la debida documentación a LLUMC. Las instrucciones para presentar dicha documentación se le darán al paciente cuando llene la Solicitud. El paciente y/o el representante familiar que solicite asistencia a LLUMC para cumplir con su obligación financiera deberá hacer todos los esfuerzos para brindar la información que le pidan, esto es para que LLUMC pueda determinar su elegibilidad para recibir asistencia. La Solicitud y la documentación adicional requerida se deben enviar a la oficina de cobranza "*Patient Business Office*" (PTO). En las instrucciones para llenar la solicitud encontrará claramente la dirección de dicha oficina.
5. LLUMC tiene personal que ha sido capacitado para revisar que las solicitudes de asistencia financiera estén completas y correctas. La revisión de solicitudes se hará a la brevedad posible tomando en cuenta las necesidades del paciente de recibir una pronta respuesta.
6. Los factores a considerar para determinar si una persona es elegible para recibir asistencia financiera conforme a esta política pueden incluir:
 - 6.1 El ingreso familiar; el cual está basado en la declaración de impuestos, talonarios de cheque recientes, u otra información relevante presentada por el paciente en ausencia de dichos documentos; y
 - 6.2 El tamaño de la familia
7. Dependiendo del nivel de elegibilidad del paciente o su representante, el paciente podría reunir los requisitos para recibir Asistencia Financiera de beneficencia pública total o parcial (con descuento), según lo define esta Política de Beneficencia Pública/Pago con Descuento. Sólo el personal aprobado de LLUMC podrá tomar una determinación de otorgar asistencia financiera conforme a los siguientes niveles de autoridad:

7.1 Gerente de la Oficina de Cobranza PTO:	Cuentas inferiores a \$ 50,000
7.2 Director de la Oficina de Cobranza PTO:	Cuentas inferiores a \$100,000
7.3 Director Ejecutivo de Finanzas:	Cuentas inferiores a \$250,000
7.4 Vicepresidente de Ingresos Presupuestarios:	Cuentas superiores a \$250,000
8. Una vez tomada la determinación, la elegibilidad para Asistencia Financiera corresponderá a fechas y servicios específicos que el paciente y/o su representante hayan solicitado. En casos en los que el paciente requiere atención continua y servicios relacionados a la misma debido a su

diagnóstico, LLUMC, a su absoluta discreción, podría tratar la atención continua como un sólo caso, y aprobar todos los servicios relacionados proporcionados por LLUMC. Cualquier monto pendiente de otras cuentas preexistentes al momento de determinar si califica o no para la asistencia financiera, será incluido para ser cancelado, a la absoluta discreción de la gerencia de LLUMC.

9. Bajo ninguna circunstancia se exonerará al paciente de su responsabilidad de pagar el Costo Compartido de Medi-Cal/Medicaid que le corresponde. Sin embargo, una vez que el paciente haya pagado su parte, cualquier balance no cubierto o adeudado relacionado con dicho Costo Compartido podría ser considerado como Beneficencia Pública.
10. Los pacientes que tengan sus ingresos entre el 201% y el 350% del índice de pobreza federal no pagarán más de lo que Medicare generalmente pagaría por un servicio similar. Esto deberá aplicarse a todos los servicios medicamente necesarios, sean estos servicios de paciente interno, de consulta externa, recurrente y de emergencia proporcionados por LLUMC.

D. BENEFICENCIA O PAGO CON DESCUENTO – ÍNDICE DE INGRESOS ELEGIBLE

PACIENTE NO-ASEGURADO

1. Si el ingreso familiar de un paciente no-asegurado es de 200% o menor del índice de pobreza establecido en base a las pautas actuales del FPL, y el paciente llena todos los demás requisitos para recibir ayuda financiera, su caso califica para beneficencia pública total.
2. Si el ingreso familiar está entre 201% y el 350% del índice de pobreza establecido en base a las pautas actuales del FPL, y el paciente llena todos los demás requisitos para recibir ayuda financiera, las siguientes pautas aplicarán:
 - 2.1 Si los servicios no están cubiertos por ningún seguro médico, a tal punto que el paciente sería responsable del pago total de la cuenta, entonces el paciente deberá pagar un porcentaje del monto bruto (tarifa completa de *Medicare*, es decir, índice salarial, IME, DME etc., y monto a pagar por el paciente) que *Medicare* hubiera pagado por esos servicios si el paciente fuese beneficiario de *Medicare*. El porcentaje total pagado por cualquier paciente deberá estar basado en la escala proporcional que se muestra a continuación en la Tabla 1:

TABLA 1
Escala Proporcional de Descuento

Porcentaje Familiar del Índice de Pobreza Federal	Descuento Permitido del Deducible de <i>Medicare</i>	Porcentaje de Pago de su Bolsillo (de <i>Medicare</i>)
201 – 260%	75%	25%
261 – 320%	50%	50%
321 – 350%	25%	75%

3. Si el ingreso familiar es mayor del 350% del índice de pobreza establecido en base a las pautas actuales del FPL, y el paciente llena todos los demás requisitos para recibir Asistencia Financiera, las siguientes pautas aplicarán:
 - 3.1 Si los servicios no están cubiertos por el seguro médico de manera que el paciente normalmente sería responsable del pago total de la cuenta, el paciente deberá pagar la cantidad equivalente al 100% del monto bruto (tarifa completa de *Medicare*, es decir, índice salarial, IME, DME etc., y monto a pagar por el paciente) que *Medicare* hubiera pagado por esos servicios si el paciente fuese beneficiario de *Medicare*.

PACIENTE ASEGURADO

1. Si el ingreso familiar del paciente está entre 201% y el 350% del índice de pobreza establecido en base a las pautas actuales del FPL, y el paciente llena todos los demás requisitos para recibir ayuda financiera, las siguientes pautas aplicarán:
 - 1.1 Para los servicios brindados al paciente con cobertura de seguro médico, de modo que el paciente es responsable solamente de una porción del monto cobrado (por ej., un deducible o co-pago), entonces la obligación del paciente es pagar la cantidad equivalente a la diferencia entre lo que el seguro haya pagado y el monto bruto (tarifa completa de *Medicare*, es decir, índice salarial, IME, DME etc., y monto a pagar por el paciente) que *Medicare* hubiese pagado por los servicios si el paciente fuese beneficiario de *Medicare* (Por ej., si el seguro pagó más del monto permitido por *Medicare*, el paciente no adeuda nada más, pero si el seguro pagó menos de esa cantidad, el paciente tendrá que pagar la diferencia entre la cantidad pagada por el seguro y el monto permitido por *Medicare*).
2. Si el ingreso familiar del paciente es mayor del 350% del índice de pobreza establecido en base a las pautas actuales del FPL, las siguientes pautas aplicarán:
 - 2.1 Para los servicios brindados al paciente con cobertura de seguro médico, de modo que el paciente es responsable solamente de una porción del monto cobrado (por ej., un deducible o co-pago), entonces la obligación del paciente es pagar la cantidad equivalente a la diferencia entre lo que el seguro haya pagado y el monto bruto que hubiese pagado por los servicios, más un veinte por ciento (20%). Por ejemplo, si el seguro pagó más del monto permitido por *Medicare*, más un 20%, el paciente no adeudará nada más, pero si el seguro pagó menos de del monto permitido por *Medicare*, más un 20%, el paciente tendrá que pagar la diferencia entre la cantidad pagada por el seguro y un monto equivalente al monto permitido por *Medicare* más un 20%.

E. CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES DE BENEFICENCIA PÚBLICA

1. Si el personal de Registro de LLUMC determina que un paciente vive como una persona indigente (*homeless*) y que no tiene cobertura médica, automáticamente será considerado elegible para recibir servicios de beneficencia pública.
2. Los pacientes fallecidos que no tengan cobertura de seguro médico, ni herencia documentada, ni una audiencia testamentaria programada, serán considerados automáticamente elegibles para recibir servicios de beneficencia pública.
3. Los pacientes que en los últimos doce (12) meses hayan sido declarados en quiebra por una orden de una corte federal de bancarrotas serán considerados como elegibles para beneficencia pública total. El paciente o su representante familiar deberá proporcionar una copia del documento expedido por la corte como parte de los comprobantes de su solicitud.
4. A los pacientes atendidos en la sala de emergencias, a quienes LLUMC no pueda enviarles un estado de cuenta, podría cancelárseles la deuda como beneficencia pública (por ej., si el paciente se va antes de que se obtenga su información financiera). Todas estas circunstancias se deben anotar en la cuenta del paciente como parte esencial del proceso de documentación.
5. LLUMC considera que los pacientes elegibles para programas de asistencia gubernamental para personas de bajos recursos (por ej., *Medi-Cal/Medicaid*, *California Children's Services* y cualquier otro programa local o estatal parecido) son automáticamente elegibles para beneficencia pública total cuando el programa gubernamental no cubra los gastos. Por ejemplo, los pacientes que califican para recibir *Medi-Cal/Medicaid* así como otros programas para personas de bajos recursos (por eje., *CHDP* y algunos *CCS*); son elegibles para Asistencia Financiera, en dado caso que estos programas no paguen por todos los servicios o días de internamiento. Según la política de LLUMC sobre Beneficencia Pública/Pago con Descuento, este tipo de balances no-reembolsados de la cuenta del paciente se consideran elegibles para cancelarse en su totalidad como beneficencia pública; incluyendo específicamente aquellos cobros denegados de internamientos o días extras en el hospital. También se consideran como Beneficencia Pública todas las solicitudes denegadas para autorización de tratamiento (TAR) hechas a los pacientes de *Medi-Cal/Medicaid* y para otros pacientes con programas del gobierno para personas de bajos recursos, y otros casos denegados (por ej., cobertura limitada).
6. Cualquier evaluación para asistencia financiera relacionada a pacientes que tienen *Medicare* debe incluir el debido análisis completo de los activos y pasivos, ingresos y gastos de los pacientes antes de ser elegibles como candidatos para el Programa de Asistencia Financiera. Estas evaluaciones se deben hacer antes de brindar los servicios por parte de LLUMC.
 - 6.1 Pese a lo antes mencionado, la porción de la cuenta que corresponde al paciente de *Medicare* (a) la parte que le toca pagar al paciente (la cantidad del deducible y co-seguro), (b) las que no cubre el seguro ni ninguna tercera persona incluyendo

Medi-Cal/Medicaid, y (c) las que no son reembolsables por *Medicare* como deudas incobrables, se pueden clasificar como beneficencia pública si:

- a. El paciente es beneficiario de *Medi-Cal/Medicaid* u otro programa que atiende las necesidades de salud a pacientes de bajos recursos; o
 - b. El paciente, por lo demás, califica para recibir asistencia financiera bajo esta política, pero solamente en la medida que esta política permita la cancelación de la deuda.
7. Cualquier paciente no-asegurado, cuyo ingreso es mayor al 350% del índice actual de pobreza federal y que sufre una situación médica catastrófica, podría ser considerado elegible para recibir asistencia financiera. Dichos pacientes, quienes gozan de mayores ingresos, no son candidatos para recibir servicios tradicionales de beneficencia pública total ni de pago con descuento. Sin embargo, para determinar si una situación médica es catastrófica, cada caso deberá considerarse en forma individual. Esta determinación se debe tomar en base al monto facturado del cual el paciente es responsable, y considerando los ingresos y bienes inmuebles que reporte en ese momento. La gerencia deberá usar la debida discreción al tomar una determinación basada en una situación médica catastrófica. Como referencia general, todas las cuentas que son responsabilidad del paciente por servicios brindados que excedan los \$200,000 podrían considerarse para ser elegibles como costos médicos catastróficos.
8. Todas las cuentas devueltas a LLUMC por una agencia de cobranza que haya determinado que el paciente o su representante familiar no cuentan con los recursos necesarios para pagar, pueden considerarse elegibles para beneficencia pública. La documentación que hace constar que el paciente o su representante no pueden pagar por los servicios, se guardará en el archivo de datos de servicios otorgados por concepto de Beneficencia Pública.

F. CRITERIO PARA REASIGNAR UNA DEUDA INCOBRABLE COMO BENEFICENCIA PÚBLICA

1. Todas las demás agencias de cobranza contratadas por LLUMC para dar seguimiento y/o cobrar deudas irrecuperables utilizarán el siguiente criterio para identificar cualquier cambio de estatus para pasar una cuenta de incobrable a beneficencia pública:
 - 1.1 Las cuentas de los pacientes no deben tener seguro aplicable (incluyendo cobertura de programas gubernamentales u otro seguro responsable del pago); y
 - 1.2 El paciente o su representante familiar debe tener una puntuación de crédito y/o comportamiento dentro del percentil 25 más bajo del puntaje crediticio cuando se use cualquier método de evaluación de crédito; y
 - 1.3 El paciente o su representante familiar no ha hecho ningún pago en los 150 días después de habersele enviado a una agencia de cobranza;

- 1.4 La agencia de cobranza ha determinado que el paciente o su representante no puede pagar; y/o
- 1.5 El paciente o su representante no tiene un número válido de seguro social, o un domicilio concretamente definido para poder determinar un puntaje crediticio.
2. Todas las cuentas que la agencia de cobranza devuelva para que se haga la reasignación de Cuenta Incobrable a Beneficencia Pública serán evaluadas por el personal del Departamento de Facturación de LLUMC antes de reclasificarlas en el sistema de contabilidad y registros del hospital.

G. NOTIFICACIÓN PARA LOS PACIENTES

1. Una vez que se tome la determinación de elegibilidad, se le enviará una carta al paciente o a su representante familiar; indicándole una de las siguientes decisiones:
 - 1.1 Aprobación: La carta indicará que la cuenta ha sido aprobada, el grado de aprobación y cualquier saldo pendiente a pagar. También se le dará información e instrucciones sobre cualquier otra acción que el paciente deba tomar.
 - 1.2 Negativa: Se le explicarán al paciente las razones por las cuales se le negó la elegibilidad a la Solicitud de Asistencia Financiera, y se identificará cualquier saldo pendiente de pago. También se le dará la información de contacto e instrucciones referentes al pago.
 - 1.3 Pendiente: Se informará al solicitante la razón por la cual la Solicitud de Asistencia Financiera está incompleta. Se le indicará toda la información que esté pendiente, y en la notificación se le pedirá al paciente o a su representante proporcionar dicha información a LLUMC.

H. PLAN DE PAGOS CALIFICADO

1. Cuando LLUMC haya tomado una determinación con respecto al descuento, el paciente tendrá la opción de saldar cualquier monto adeudado en un solo pago, o programar un plan de pagos a plazo con un “Plan de Pagos Calificado”.
2. LLUMC conversará las opciones del plan de pagos con cada paciente que solicite un plan para pagar a plazos. El plan individual de pagos se dispondrá en base a la capacidad del paciente de poder cumplir eficazmente con dicho plan de pagos. Como regla general, el plan de pagos se programará de manera que la cuenta se salde en menos de 12 meses.
3. LLUMC negociará con el paciente en buena fe; sin embargo, no existe obligación alguna de aceptar los términos del plan de pagos ofrecidos por el paciente. En el dado caso que LLUMC y un paciente o persona responsable del pago no puedan llegar a un acuerdo para establecer un

Plan de Pago Calificado, el hospital usará la fórmula del "Plan de Pago Razonable" como se define en el Código de Salud y Seguridad Sección 127400 (i) como base para el plan de pago. Un "Plan de Pago Razonable" significa pagos mensuales que no sean más del 10 por ciento del ingreso familiar del paciente por mes, excluyendo las deducciones de gastos básicos del diario vivir. Para aplicar la fórmula del "Plan de Pago Razonable", LLUMC recopilará información de los ingresos y "gastos básicos del diario vivir" de la familia del paciente de acuerdo con dicho estatuto. LLUMC utilizará un formulario estandarizado para recopilar dicha información. Cada paciente o persona responsable del pago que desee establecer un plan de pagos aplicando la fórmula del "Plan de Pago Razonable" deberá presentar la información solicitada de ingresos y gastos familiares, a menos que los representantes de LLUMC decidan no solicitarla.

4. No se cobrarán intereses a las cuentas de los pacientes elegibles durante el tiempo que dure el plan de pagos negociado, según lo establecido en la Política de Beneficencia Pública/Pago con Descuento.
5. Una vez que el plan de pagos ha sido aprobado por LLUMC, cualquier incumplimiento de pago de manera consecutiva por un periodo de 90 días, se convertirá en un plan de pago moroso. Es responsabilidad del paciente o la persona responsable del pago ponerse en contacto con la Oficina de Cobranza de LLUMC (PTO) si las circunstancias llegasen a cambiar y no pudiera efectuar los pagos. Sin embargo, en caso que su cuenta esté morosa, LLUMC tratará dentro de lo posible, comunicarse por teléfono con el paciente o su representante, y también le notificará por escrito sobre la tardanza en los pagos. El paciente tendrá una oportunidad de volver a negociar la extensión del plan de pagos poniéndose en contacto con el representante de la Oficina de Cobranza de LLUMC dentro de los catorce (14) días posteriores a la fecha de la notificación por escrito sobre su retraso. Si el paciente no pide volver a negociar una extensión del plan de pagos dentro de esos catorce (14) días, el plan de pagos quedará anulado y la cuenta se enviará a una agencia de cobranza (*collection agency*).
6. Preferiblemente, todos los pagos se deben procesar por medio de un proveedor independiente de Transferencia Electrónica de Fondos. Sin embargo, en el caso de que el paciente o su representante indique que quiere pagar bajo un plan de pagos sin utilizar dichos servicios electrónicos, LLUMC hará todo lo posible por satisfacer dicha petición, siempre y cuando el paciente pague la extensión del plan de pagos con dinero en efectivo, cheque, giro postal o tarjeta de crédito.

I. RESOLUCIÓN DE DISPUTAS

1. En caso de que surgiera una controversia con respecto a elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera, el paciente puede presentar una apelación por escrito ante LLUMC para reconsiderar la decisión. Dicha apelación debe contener una explicación completa de las quejas del paciente y su justificación para reconsiderarla. Cualquier otra documentación relevante que apoye el reclamo del paciente debe adjuntarse a la apelación escrita.

2. Todas las apelaciones serán revisadas por el Director Ejecutivo de la Oficina de Cobranza, quien tomará en cuenta todas las declaraciones escritas y cualquier documentación adjunta. Luego, después de haberse hecho una revisión completa de los reclamos presentados, el Director Ejecutivo le dará al paciente una explicación por escrito de la investigación y la decisión tomada. Toda decisión hecha por el Director Ejecutivo será definitiva, y no se podrán hacer apelaciones adicionales.

J. AVISO AL PÚBLICO

1. LLUMC pondrá avisos para informar al público sobre la Política de Beneficencia Pública/Pago con Descuento, la Solicitud de Asistencia Financiera, y el resumen en lenguaje sencillo de dicha política. Dichos avisos deben colocarse en áreas de servicio donde haya gran cantidad de pacientes internos y externos, incluyendo entre otras: la sala de emergencias, la oficina de facturación, áreas de ingreso de pacientes, áreas de registro de pacientes externos, y demás áreas de LLUMC donde comúnmente esperan los pacientes. Los avisos también se deberán colocar en cualquier lugar donde los pacientes paguen sus facturas, e incluirán información de contacto de cómo un paciente puede obtener más información sobre asistencia financiera, así como también dónde solicitarla.
 - 1.1 Estos avisos se deben publicar en inglés y en español, y en cualquier otro idioma que represente un 5% o más de los pacientes en el área de servicio de LLUMC.
2. Además, la Política de Beneficencia Pública/Pago con Descuento, la Solicitud de Asistencia Financiera, y un resumen en lenguaje sencillo de dicha política deberán estar disponibles en el portal de *Loma Linda University Health* (www.lomalindahealth.org), así como en el portal de Internet de cada uno de los Hospitales.
3. Una copia de esta Política de Beneficencia Pública/Pago con Descuento estará disponible a petición del público. LLUMC responderá a dicha petición de manera oportuna.

K. INFORME DE BENEFICENCIA PÚBLICA TOTAL Y PAGO CON DESCUENTO

1. LLUMC reportará los servicios de beneficencia pública que haya proporcionado según los requerimientos regulatorios de la Secretaría Estatal de Planificación y Desarrollo de Salud (OSHPD, por sus siglas en inglés), como lo describe la segunda edición del Manual de Contabilidad e Informes Hospitalarios. Para cumplir con este reglamento, LLUMC mantendrá documentación escrita de su criterio para otorgar servicios por concepto de Beneficencia Pública, y para los pacientes individuales, LLUMC mantendrá documentación escrita de todas las decisiones tomadas en los casos de Beneficencia Pública. Según lo requiere OSHPD, los casos atendidos como Beneficencia Pública (caridad) se registrarán en base a los cobros reales de los servicios prestados.

2. LLUMC proporcionará una copia de la Política de Beneficencia Pública/Pago con Descuento a la OSHPD, la cual incluye en un solo documento la política completa de servicios por concepto de beneficencia y pagos con descuento. Esta Política también contiene: 1) todos los procedimientos de elegibilidad y cualificación de los pacientes; 2) una sola solicitud en la que puede pedir beneficencia pública total o pago con descuento; y 3) el proceso de revisión para cualquiera de los dos tipos de solicitud. Estos documentos se deben entregar al OSHPD cada dos años o cada vez que se le haga un cambio importante.

L. OTROS

1. Confidencialidad - Reconocemos que la necesidad de recibir asistencia financiera es un tema sensible y sumamente personal para los que la reciben. Toda persona que busca o recibe asistencia financiera puede contar con que se mantendrá la confidencialidad de su solicitud, información, y financiación. La capacitación y selección del personal que implementará esta política deberá apegarse a estos valores.
2. Requerimientos de Buena Fe - LLUMC hace arreglos de asistencia financiera con los pacientes que de buena fe califiquen, confiando en que la información que presenta el paciente o su representante familiar está completa y verdadera. El brindar asistencia financiera no elimina el derecho de preparar facturas por todos los servicios brindados, ya sea retroactivamente o al momento de brindarlos, si el paciente o su representante familiar deliberadamente han presentado información fraudulenta o errónea. Además, LLUMC se reserva el derecho de buscar compensación, civil y penal, de aquellos pacientes o de sus representantes que deliberadamente presentaron información errónea y fraudulenta para poder ser elegibles para el Programa de Asistencia Financiera de LLUMC.
3. Política de Crédito y Cobranza - LLUMC ha establecido una Política de Crédito y Cobranza. Todas las acciones que LLUMC lleve a cabo para obtener información crediticia de un paciente/encargado del pago, o para enviar sus cuentas morosas a una agencia de cobranza externa (*collection agency*) deberán de estar en conformidad con la Política de Crédito y Cobranza.

APROBADO POR: Comité Administrativo, Junta Oficial de LLUMC, Director Ejecutivo de LLUMC, Vicepresidente del Depto. Financiero de LLUMC