Política sobre ayuda económica, asistencia de caridad y cobro de deudas

Fecha de entrada en vigor: 01/10/2025

ÁMBITO

Esta política se aplica a los siguientes hospitales:

- Central California Rehabilitation Hospital
- Rehabilitation Hospital of Southern California
- Sacramento Rehabilitation Hospital
- Stockton Regional Rehabilitation Hospital

OBJETIVO

Proporcionar un marco para la prestación de apoyo financiero, la declaración de información financiera y el cobro de deudas, según lo establecido en las políticas de precios justos para los hospitales de California.

POLÍTICA

El hospital se compromete a proporcionar ayuda económica, asistencia de caridad y pagos con descuentos por los servicios prestados. Además, el hospital proporcionará a los pacientes y a sus representantes materiales escritos en los que se describa su política de pago con descuento y asistencia de caridad para aquellas personas que reúnan los requisitos que se describen a continuación. Por último, se ofrecerá a los pacientes y a sus representantes ayuda para completar solicitudes de pagos con descuento del hospital, asistencia de caridad o para solicitar un seguro médico de terceros (es decir, Medicare, Medi-Cal, programas de seguro médico financiados por el estado o el condado).

Se considerarán elegibles para recibir asistencia de caridad o pagos con descuento aquellas personas que cumplan los requisitos de necesidad médica que adopte el hospital y que exijan los organismos reguladores y de acreditación. Además, un médico o los médicos acreditados por el personal médico y el Comité de Administración del hospital deben aceptar la admisión de la persona que recibe los servicios.

El administrador o la persona que este designe determinarán si se trata de un servicio de asistencia de caridad o de un servicio de pago con descuento según la información que el paciente o su representante hayan facilitado.

A las personas que reúnan los requisitos puede que se les ajusten los pagos según una escala móvil de tarifas, de acuerdo con las necesidades económicas, que se determinan a partir de los niveles federales de pobreza (FPL) vigentes en el momento

de la primera factura emitida para el paciente. La base de los importes facturados a las personas que reúnen los requisitos es la siguiente:

- Los pacientes cuyos ingresos familiares sean iguales o inferiores al 400 % del FPL puede que reciban atención médica gratuita.
- Los pacientes cuyos ingresos familiares superen el 400 % del FPL, pero no superen el 600 % del FPL son elegibles para recibir servicios con descuento.
- Los pacientes cuyos ingresos familiares superen el 600 % del FPL puede que sean elegibles para recibir tarifas con descuento según cada caso y si se tienen en cuenta sus circunstancias específicas, como una enfermedad catastrófica.
- Los pagos que se espera recibir de esos pacientes elegibles no superarían los pagos que se prevé recibir de Medicare o Medi-Cal (el monto que sea mayor).
    - Si el pago del servicio en virtud de Medicare o Medi-Cal no está determinado, el hospital tiene la posibilidad de establecer un pago con descuento.

La comunicación sobre el programa de caridad y los pagos con descuento del hospital estarán disponibles públicamente y de la forma más visible posible. Los métodos de comunicación al público consisten, entre otros, en el envío de avisos en las facturas de los pacientes, la publicación de avisos en el vestíbulo del hospital, en la información de admisión de pacientes y en el sitio web del hospital.

El hospital puede reducir o renunciar a los montos correspondientes al costo compartido de Medi-Cal y Medicare como parte del programa de asistencia de caridad del hospital o del programa de pago con descuento.

La asignación de la asistencia de caridad o los pagos con descuento se basará en una determinación individualizada de la necesidad económica y NO tendrá en cuenta la edad, el sexo, la raza, la condición social o de inmigrante, la orientación sexual ni la afiliación religiosa.

Asistencia de caridad:

- Los criterios de elegibilidad incluyen los siguientes:
    - Pacientes con ingresos inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza (FPL).
    - Personas que no cuentan con un tercero responsable del pago.
- Se tendrán en cuenta tanto los ingresos del paciente, pero no se incluirán los planes de compensación diferida calificados conforme al Código de Impuestos Internos (es decir, 401K, IRA) ni los planes de compensación diferida no calificados.
- Los activos monetarios no se tendrán en cuenta al determinar la elegibilidad.
- A los pacientes para quienes se haya aprobado la asistencia de caridad no se les facturarán los servicios prestados después del alta.

Pagos con descuento:

- Los criterios de elegibilidad incluyen los siguientes:
    - Pacientes con ingresos inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza (FPL).
- Si el paciente o su familia son titulares de una cuenta de ahorro para gastos médicos, esta puede tenerse en cuenta a la hora de negociar los planes de pago.

Planes de pago prolongados:

- Se ofrecerá un plan de pago prolongado que permita pagar el precio con descuento a lo largo del tiempo.
    - El hospital y el paciente negociarán las condiciones del plan de pago teniendo en cuenta los ingresos familiares del paciente y sus gastos esenciales para vivir.
    - Si las dos partes no llegan a un acuerdo sobre el plan, el hospital creará un plan de pago razonable con pagos mensuales que no superen el 10 % de los ingresos familiares mensuales del paciente, sin incluir las deducciones de los gastos esenciales para vivir.
    - Los planes de pago prolongados no tendrán intereses.
- El hospital puede exigir a un paciente o garante que pague al hospital todo monto que terceros pagadores envíen directamente al paciente, incluidos los montos procedentes de acuerdos legales, sentencias o indemnizaciones.

DEFINICIONES

Asignaciones para pacientes que califican para la asistencia financiera:

En el caso de los servicios prestados a un paciente que califica para la asistencia financiera, se aplica una asignación después de imponer al paciente los gastos del hospital debido a la incapacidad económica del paciente para pagarlos.

Asistencia de caridad:

Atención médica gratuita.

Pago descontado o pago con descuento:

Cargos por atención médica reducidos, pero no gratuitos.

Gastos esenciales para vivir:

Gastos en cualquiera de los siguientes conceptos: alquiler o pago y mantenimiento de la vivienda; alimentos y suministros para el hogar; servicios públicos y teléfono; ropa; pagos médicos y dentales; seguros; escuela o cuidado de niños; manutención de niños o cónyuge; gastos de transporte y auto, como seguro, gasolina y reparaciones; pagos a plazos; lavandería y limpieza, y otros gastos extraordinarios.

Nivel federal de pobreza:

Las pautas de pobreza que actualiza periódicamente el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en el Registro Federal.

Paciente que califica para la asistencia financiera:

Un paciente que cumple estos dos requisitos:

1. Es un paciente que paga por su cuenta o que tiene gastos médicos elevados.
2. Es un paciente cuyos ingresos familiares no superan el 400 % del nivel federal de pobreza.

Garante:

Una persona que tiene la responsabilidad financiera y legal de los servicios de atención médica del paciente.

Costos médicos elevados:

Se trata de cualquiera de los siguientes:

1. Los gastos de bolsillo anuales que haya contraído la persona en el hospital y que superen el menor de los siguientes valores: el 10 % de los ingresos familiares actuales del paciente o los ingresos familiares de los 12 meses anteriores.
2. Los gastos de bolsillo anuales que superen el 10 % de los ingresos familiares del paciente, si este presenta documentación de los gastos médicos pagados por él o su familia en los 12 meses previos.
3. Un nivel inferior determinado por el hospital de acuerdo con la política de asistencia de caridad.

Gastos de bolsillo:

Cualquier gasto por atención médica que el seguro o un programa de cobertura médica no reembolse, como los copagos de Medicare o el costo compartido de Medi-Cal.

Familia del paciente:

1. En el caso de las personas mayores de 18 años, el cónyuge, concubino y los hijos dependientes menores de 21 años, o de cualquier edad si son discapacitados, vivan o no en el hogar.
2. En el caso de los menores de 18 años o de los hijos dependientes de 18 a 20 años, ambos inclusive, el padre, la madre, los familiares cuidadores y los demás hijos dependientes del padre, la madre o los familiares cuidadores menores de 21 años, o de cualquier edad si son discapacitados.

Paciente con gastos médicos elevados.

Una persona cuyos ingresos familiares no superan el 400 % del nivel federal de pobreza.

Plan de pagos razonable:

Pagos mensuales que no superen el 10 % de los ingresos familiares del paciente durante un mes, sin incluir las deducciones por gastos esenciales para vivir.

Paciente que paga por su cuenta:

Un paciente que no tiene cobertura de terceros de una compañía aseguradora de salud, plan de servicios de atención médica, Medicare o Medicaid, y cuya lesión no es una lesión indemnizable a efectos de la indemnización por accidente laboral, el seguro de auto u otro seguro según haya determinado y documentado el hospital. Los pacientes que pagan por su cuenta pueden beneficiarse de la asistencia de caridad.

PROCEDIMIENTO

Antes de la admisión, el hospital intentará obtener del paciente o de su representante información sobre si el seguro médico privado o público puede cubrir total o parcialmente los gastos de los servicios prestados por el hospital al paciente.

El seguro médico privado o público incluye lo siguiente, entre otros:

- Seguro médico privado (incluido el que se ofrece a través del sistema estatal de intercambio de beneficios de salud).

- Medicare.
- Medi-Cal u otros programas de cobertura médica financiados por el estado.

El hospital proporcionará a todas las personas sin seguro una estimación por escrito del monto que el hospital exigirá pagar a los pacientes por los servicios prestados de atención médica.

Avisos para los pacientes:

En el momento de la admisión (o en los 3 días siguientes) y del alta, el paciente o su representante autorizado recibirán avisos por escrito sobre la política de asistencia financiera del hospital (es decir, pago con descuento y asistencia de caridad), que incluirán, entre otras, lo siguiente:

- Una declaración de que, si el paciente carece de seguro o tiene un seguro insuficiente y cumple determinados requisitos de ingresos bajos y moderados, es posible que pueda calificar para recibir pagos con descuento o asistencia de caridad.
- El nombre y número de teléfono del administrador del hospital de quien el paciente podría obtener información sobre los pagos con descuento o la asistencia de caridad y cómo solicitar dicha asistencia.
- La información sobre dónde el paciente puede acceder a las políticas de pago con descuento y de asistencia de caridad del hospital.
- Información sobre elegibilidad.
- El sitio web del hospital en el que figura la lista de servicios que pueden contratarse si los hay.
- Una declaración sobre el Programa de Quejas por Facturas Hospitalarias que se explica a continuación:
    - El Programa de Quejas por Facturas Hospitalarias es un programa estatal mediante el cual se revisan las decisiones de los hospitales sobre si usted califica para recibir ayuda a fin de pagar su factura hospitalaria. Si cree que se le negó ayuda económica por error, puede presentar una queja ante el Programa de Quejas por Facturas Hospitalarias. Visite el sitio web HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov para obtener más información y presentar una queja.
- La información sobre Health Consumer Alliance, incluida la siguiente declaración:
    - Ayuda para pagar su factura: existen organizaciones gratuitas de defensa del consumidor que lo ayudarán a comprender el proceso de facturación y pago. Puede llamar a Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o visitar healthconsumer.org para obtener más información.
- Información sobre Covered California

- La dirección URL para consultar los archivos de precios del hospital a los efectos de transparencia en este ámbito.
- Una hoja de lemas con la siguiente declaración en los 15 idiomas más hablados por las personas con dominio limitado del inglés (LEP) en California, según los datos del Departamento Estatal de Servicios de Salud:
    - ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al [número de teléfono del hospital] o visite la Oficina de Admisiones del hospital. La oficina está abierta de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. y está ubicada en [dirección del hospital]. También tiene a su disposición ayuda y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille, letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles. Estos servicios son gratuitos.
- Si el paciente está inconsciente o no puede recibir el aviso durante el proceso de admisión, el aviso se proporcionará, a más tardar, durante el proceso de alta o a través del Servicio Postal de los Estados Unidos que se envía en las 72 horas siguientes a la prestación del servicio.
- Estos avisos estarán disponibles al menos en inglés y español para representar a los principales idiomas de la comunidad.
    - A los pacientes que no puedan comprender la información en los formatos escritos disponibles, se les leerá la información con la ayuda de un intérprete o mediante la traducción de los avisos, según sea necesario.
- Los pacientes atendidos en el hospital que no tengan cobertura de un tercero que pueda pagar o los que soliciten un precio con descuento o asistencia de caridad recibirán una solicitud y ayuda para presentar una solicitud para el programa Medi-Cal u otro programa de cobertura médica financiado por el estado o el condado.
- Es preferible, aunque no obligatorio, que la solicitud de asistencia de caridad o pago con descuento y la determinación de la necesidad económica se produzcan antes de prestar los servicios médicos.
    - La determinación puede realizarse en cualquier momento y cuando se conozca información adicional relevante para la elegibilidad del paciente.

Avisos sobre el hospital y el sitio web:

Los avisos descritos anteriormente se publicarán en lugares visibles para el público, como el vestíbulo del hospital, y en el sitio web del hospital.

Solicitudes:

- El paciente o su representante recibirán formularios de solicitud de asistencia de caridad o servicios con descuento de la oficina de gestión de casos o de administración del hospital si así lo solicitan.

- Los pacientes que soliciten un pago con descuento, asistencia de caridad u otro tipo de asistencia deberán hacer esfuerzos razonables para proporcionar al hospital la documentación solicitada sobre los ingresos y la cobertura de los beneficios de salud.
- Si el paciente incumple el requisito de facilitar información razonable y necesaria para que se pueda tomar una determinación, el hospital podrá determinar de manera presunta que el paciente es elegible para recibir asistencia de caridad o un pago con descuento en función de otros datos que no sean los facilitados por el paciente, o en función de una determinación previa de elegibilidad.
- El hospital solicitará al paciente que acredite sus ingresos mediante recibos de sueldo recientes o la declaración de impuestos.
    - Los recibos de pago recientes incluyen aquellos emitidos en un período de seis (6) meses antes o después de que se facture al paciente por primera vez, o en el caso de servicios previos, a la fecha de presentación de la solicitud.
    - Las declaraciones de impuestos recientes incluyen las que documentan los ingresos del paciente correspondientes al año anterior en que se facturó por primera vez al paciente o, en el caso de los servicios previos, a la fecha de presentación de la solicitud.
- A la hora de determinar si el paciente es elegible para el pago con descuento o la asistencia de caridad, el hospital no tendrá en cuenta sus activos monetarios.
- El hospital no puede exigir a un paciente que presente una solicitud de Medicare, Medi-Cal u otro tipo de cobertura antes de evaluarlo para el pago con descuento o de que se le proporcione el descuento.
    - El hospital puede exigir a los pacientes que participen en una evaluación para determinar su elegibilidad para Medi-Cal.
- La elegibilidad para los pagos con descuento o la asistencia de caridad se podrá determinar en cualquier momento, y el hospital no impondrá plazos para solicitar la asistencia de caridad o los pagos con descuento, ni denegará la elegibilidad en función del momento de la solicitud del paciente.
- La información obtenida a través del proceso de divulgación financiera no se utilizará en ninguna acción de cobro que se pueda emprender.

Determinación de la elegibilidad:

- El hospital enviará una carta al paciente para notificarle la determinación de elegibilidad, lo que incluye lo siguiente:
    - Una declaración precisa de la determinación del hospital sobre la elegibilidad del paciente para el programa de pago con descuento o el programa de asistencia de caridad.

- Si se le ha denegado al paciente la elegibilidad para el programa de descuentos o asistencia de caridad, una declaración precisa del motivo de denegación del descuento, la asistencia de caridad o ambos.
    - Si la denegación se basó en que los servicios no eran necesarios por razones médicas, el hospital debe obtener un certificado antes de denegar el derecho al programa de pago con descuento o asistencia de caridad, en el que conste que los servicios no son necesarios por razones médicas. El proveedor que remite al paciente o el médico supervisor del hospital debe firmar el certificado.
- Si al paciente se le ha aprobado el pago con descuento o la asistencia de caridad, una explicación clara de la factura reducida e instrucciones sobre cómo puede obtener el paciente información adicional sobre un plan de pago razonable, si corresponde.
- Información sobre el Programa de Quejas por Facturas Hospitalarias, que incluye lo siguiente:
    - El Programa de Quejas por Facturas Hospitalarias es un programa estatal mediante el cual se revisan las decisiones de los hospitales sobre si usted califica para recibir ayuda a fin de pagar su factura hospitalaria. Si cree que se le negó ayuda económica por error, puede presentar una queja ante el Programa de Quejas por Facturas Hospitalarias. Visite HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov para obtener más información y presentar una queja.
- Información sobre Health Consumer Alliance, que incluye lo siguiente:
    - Existen organizaciones gratuitas de defensa del consumidor que lo ayudarán a comprender el proceso de facturación y pago. Puede llamar a Health Consumer Alliance al 888-804-3536 o visitar healthconsumer.org para obtener más información.
- Información sobre Covered California
- La dirección URL para consultar los archivos de precios del hospital a los efectos de transparencia en este ámbito.
- La hoja de lemas.

Objeciones:

- El paciente puede solicitar que se revise cualquier decisión del hospital de denegar atención de caridad o un pago con descuento. Para esto, debe enviar una notificación al vicepresidente de Operaciones del Ciclo de Ingresos, indicando el motivo de la objeción y la compensación deseada, en un plazo de treinta (30) días a partir de la recepción del aviso de la decisión.
- Los pacientes pueden presentar la objeción de forma verbal llamando al vicepresidente de Operaciones del Ciclo de Ingresos al 972-216-2287 o enviando

por correo la información mencionada a la siguiente dirección: 1024 N. Galloway Ave., Ste. 102 Mesquite, TX 75149.

- El vicepresidente de Operaciones del Ciclo de Ingresos analizará la objeción del paciente lo antes posible y le comunicará la decisión por escrito.

Proceso de quejas de los pacientes a través de HCAI:

- Tras recibir la notificación del Departamento de Información y Acceso a la Atención Médica de California (HCAI) sobre una queja de un paciente relativa a la determinación de elegibilidad para el programa de descuentos o asistencia de caridad del hospital, el vicepresidente de Operaciones del Ciclo de Ingresos emitirá una respuesta para HCAI en un plazo de treinta (30) días calendario (a menos que se conceda una extensión), que incluirá lo siguiente:
    - Una explicación detallada de la determinación actual del hospital respecto de si el paciente reúne los requisitos para acceder a las políticas de pagos con descuento o de asistencia de caridad del hospital, incluidas las condiciones de la asistencia financiera ofrecida, si la hubiera.
    - Copias de todos los documentos e información pertinentes para las cuestiones planteadas en la queja, incluidas, entre otras, facturas, avisos por escrito y notas de las comunicaciones entre el hospital y el paciente o su representante autorizado.
- Cuando se recibe el aviso de una queja de un paciente, las facturas pendientes de pago no se enviarán a ninguna agencia de cobro, comprador de deudas u otro cesionario, a menos que la entidad haya aceptado cumplir los requisitos establecidos en los artículos 127400 a 127446 del Código de Salud y Seguridad de California.
- El vicepresidente de Operaciones del Ciclo de Ingresos responderá a las solicitudes de información adicional por parte del HCAI en un plazo de 30 días calendario, a menos que se conceda una extensión.
- Si el vicepresidente de Operaciones del Ciclo de Ingresos no puede proporcionar la respuesta solicitada en un plazo de 30 días calendario, puede solicitar una extensión razonable a través del portal en línea de quejas de los pacientes.
    - Esta solicitud se debe presentar antes de la fecha de vencimiento y debe incluir una descripción de las acciones que se están llevando a cabo para obtener la información o los registros, y cuándo se espera recibirlos.

Cobro de deudas:

- Todo paciente al que se facture y que no haya presentado una prueba de cobertura por parte de un tercero durante su admisión recibirá un aviso claro y visible que incluya lo siguiente:

    - Una declaración de las tarifas por los servicios prestados.
    - Una solicitud para que el paciente informe al hospital si tiene alguna cobertura de seguro médico, como se ha indicado anteriormente.
    - Una declaración de que, si el paciente no tiene seguro ni cobertura de beneficios, puede ser elegible para Medicare, Medi-Cal o cobertura médica estatal o del condado, y que el hospital le proporcionará los formularios de solicitud si los solicita.
- Antes de iniciar los procedimientos de cobro, el hospital ofrecerá un plan de pago razonable al paciente que cumpla los requisitos y permitirá que transcurran al menos 180 días desde la fecha de vencimiento de cualquier pago programado que no se abone en su totalidad. Esto solo se aplica al primer pago atrasado.
- El hospital hará todo lo posible por establecer un plan de pago con el paciente.
- El hospital mantendrá un acuerdo por escrito con cualquier entidad de cobro de créditos por el cual se exija a dicha entidad el compromiso de cumplir con las normas y el reglamento de prácticas del hospital.
    - La entidad se ajustará a la definición y aplicación de un plan de pago razonable, a la política de asistencia de caridad y a la política de pago con descuento del hospital.
- Antes de pasar una factura al área de cobro, el hospital enviará al paciente un aviso con la siguiente información:
    - La fecha o fechas de los servicios facturados.
    - El nombre de la entidad que cobrará la factura.
    - Una declaración en la que se informe al paciente cómo obtener una factura detallada del hospital.
    - El nombre y el tipo de plan de cobertura médica del paciente registrado en el hospital en el momento de la prestación de los servicios o una declaración de que el hospital no dispone de esa información.
    - Una solicitud para el programa de ayuda económica y asistencia de caridad del hospital.
    - Las fechas en las que se envió al paciente el aviso inicial de solicitud de asistencia financiera, las fechas en las que se le entregó la solicitud de asistencia financiera y, si corresponde, la fecha en la que se tomó una decisión sobre la solicitud.
- El vicepresidente de Operaciones del Ciclo de Ingresos determinará si la deuda de un paciente pasará a cobros en virtud de esta política.
- Se prohíbe al hospital comunicar información adversa sobre la deuda hospitalaria de un paciente a agencias de información crediticia.
- Si un paciente está intentando calificar para la asistencia de caridad o los pagos con descuento e intenta, de buena fe, saldar una factura pendiente, ya sea mediante la

negociación de un plan de pago razonable o mediante pagos parciales regulares, el hospital no enviará la factura pendiente de pago a ninguna entidad de cobro.

- Ni el hospital ni ninguna agencia de cobro de deudas contratada utilizarán ninguno de los siguientes medios para cobrar las facturas hospitalarias pendientes de pago:
    - Embargos de salarios.
    - Venta parcial o total de cualquier propiedad del paciente.
    - Gravámenes sobre bienes inmuebles del paciente.