

DIGNITY HEALTH
PROCEDIMIENTO Y POLÍTICA DE GOBERNANZA

DE: Junta Directiva de Dignity Health

MATERIA: Política de asistencia financiera; California

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 1 de enero de 2016

REVISADO: (4.50) 14 de noviembre de 2006; 27 de junio de 2006; 2 de junio de 2005; 18 de mayo de 2004; 27 de enero de 2004

REVISADO SIN CAMBIOS: (4.50) 16 de noviembre de 2009

FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA ORIGINAL: (4.50) 27 de enero de 2004;
60.4.007 (31 de mayo de 2007)

REEMPLAZA A: Política de gobernanza 4.50, Atención de caridad/Política de asistencia financiera: martes, 27 de enero de 2004
Política de gobernanza 4.50, Política de asistencia financiera para pacientes: martes, 18 de mayo de 2004
Política de gobernanza 4.50, Política de asistencia de pago al paciente: 2 de junio de 2005; 27 de junio de 2006; 14 de noviembre de 2006.
Reemplaza la Política administrativa, 60.4.007, Política de elegibilidad y aplicación y los Procedimientos para asistencia financiera: 31 de mayo de 2007; 19 de diciembre de 2007; 17 de febrero de 2009; 1 de junio de 2009; 17 de febrero de 2010; 8 de febrero de 2011; 17 de enero de 2012; 8 de abril de 2013

I. POLÍTICA

Dignity Health procura brindar atención médica compasiva, de alta calidad y económica y abogar por los pobres y quienes no poseen derechos. Para fomentar la misión, Dignity Health ofrece atención de caridad y descuentos a pacientes que cumplen los requisitos y que tal vez no poseen la capacidad económica de pagar los servicios de atención y que, de otro modo, no podrían recibirlos.

Los requisitos para la atención de caridad y otros descuentos basados en el ingreso se describen en la presente política de asistencia financiera. La asistencia financiera no reemplaza la responsabilidad personal. Se espera que los solicitantes cooperen con las políticas y procedimientos de Dignity Health para obtener asistencia financiera y con los intentos de facturación y cobro de cualquier monto que se deba luego de aplicar los descuentos. (Ver Política

de facturación y cobro al paciente, n° 9.101) Los solicitantes que tengan la capacidad económica de pagar un seguro médico recibirán información sobre las opciones y se los alentará a inscribirse. Además, los solicitantes que reúnan los requisitos para los programas de seguro médico financiados por el gobierno, como Medi-Cal o el Programa Healthy Families, deberán inscribirse en dichos programas para pagar las cuentas del hospital. Presentar una solicitud para un programa del gobierno no excluye al paciente de la elegibilidad para obtener asistencia financiera según nuestra política ni otros descuentos descritos en la Política de descuentos administrativos de Dignity Health, n° 70.2.001.

Dignity Health buscará determinar la elegibilidad para obtener asistencia financiera antes de que se brinden los servicios hospitalarios y lo hará luego de que se brinden los servicios cuando no sea posible tomar una decisión en una etapa temprana. Por ejemplo, para todas las personas que se presentan en el hospital para recibir servicios de emergencia, se considerará la elegibilidad para recibir asistencia financiera luego de que Dignity Health realice una evaluación al paciente y brinde el tratamiento de estabilización que sea necesario, según lo establece la ley aplicable y la Política de Dignity Health sobre la Ley para el Tratamiento de las Urgencias Médicas y Partos (EMTALA), n° 9.100.

El proceso de determinación de elegibilidad para la asistencia financiera reflejará los valores de dignidad humana y de administración de Dignity Health. Asimismo, Dignity Health espera que todos los solicitantes de asistencia financiera realicen los esfuerzos razonables para brindar la documentación necesaria para tomar una decisión sobre el pedido de asistencia financiera y buscarán todos los medios para pagar los servicios que le brinde Dignity Health. Si un solicitante no brinda la información o documentación razonablemente necesaria para tomar una decisión sobre la elegibilidad, Dignity Health considerará esta falta al momento de tomar la decisión.

Además de la atención de caridad y la asistencia financiera basada en el ingreso, Dignity Health ofrece descuentos que no están basados en el ingreso a pacientes que reúnen los requisitos. Los pacientes pueden contactar a un asesor financiero para solicitar más información. Sin embargo, un paciente que recibe un descuento de asistencia financiera no será elegible para otros descuentos de Dignity Health, a menos que otras políticas de Dignity Health lo permitan expresamente.

II. OBJETIVO

Para gestionar los recursos con responsabilidad y acatar las leyes federales y estatales aplicables, Dignity Health ha establecido la presente política para proveer asistencia financiera, incluso atención de caridad y descuentos para pacientes elegibles. En esta política, "asistencia financiera" se refiere a la atención de caridad y a los descuentos para pacientes económicamente calificados (como se define a continuación).

III. DEFINICIONES

Monto generalmente facturado

El cargo máximo que se le puede facturar al paciente que cumple los requisitos para la asistencia financiera según la presente política se conoce como "monto generalmente facturado" (AGB, por sus iniciales en inglés). A ningún paciente elegible para la asistencia financiera se le cobrará más del AGB por el/los servicio(s) elegible(s) (tal como se definen a continuación) que se le brindaron al paciente. Dignity Health calcula el AGB en cada institución con el método "retrospectivo", al multiplicar los "cargos brutos" (como se definen a continuación) de los servicios elegibles brindados por los porcentajes de AGB, que se basan en reclamos pasados aceptados en Medicare y seguros privados según lo descrito en la ley federal. Los pacientes de Dignity Health pueden recibir información adicional sobre el porcentaje de AGB y cómo se calcula con un asesor financiero y en: <http://www.dignityhealth.org/cm/content/pages/billing-help.asp>.

Solicitante

El solicitante es el paciente individual o el garante del paciente, según corresponda, que solicita la asistencia financiera. Un miembro del hogar, amigo cercano o un socio del paciente puede solicitar que el paciente sea considerado para recibir asistencia financiera. También puede solicitar una derivación algún miembro del personal médico o de la institución, entre ellos médicos, enfermeros, asesores financieros, trabajadores sociales, gestores de casos, capellanes, padrinos religiosos, proveedores u otros que puedan saber de la necesidad de la asistencia financiera.

Atención de caridad

Atención de caridad es una asistencia financiera completa para pacientes calificados que exime totalmente al paciente y a su garante de la obligación de pagar servicios elegibles. La atención de caridad no reduce el monto, en caso de haber, que deba pagar un tercero por los servicios elegibles brindados al paciente.

Atención con descuento

Descuento de caridad es una asistencia financiera parcial para pacientes calificados para eximir parcialmente al paciente y a su garante de la obligación de pagar los servicios elegibles (como se define a continuación). El descuento de caridad no reduce el monto, en caso de haber, que deba pagar un tercero por los servicios elegibles brindados al paciente.

Servicios elegibles

Los servicios elegibles incluyen atención médica de emergencia o médicamente necesaria sin emergencia brindada por Dignity Health dentro de los hospitales operados por él, entre ellos todas las instituciones presentes en la lista de licencias de cada hospital. Los servicios elegibles excluyen servicios de médicos, tratamientos y procedimientos, a menos que la lista de profesionales de la política de asistencia financiera incluya al médico o grupo relevante y, si corresponde, una descripción de los servicios, tratamientos y procedimientos que dicho médico o grupo brinde.

Asistencia médica de emergencia

Asistencia médica de emergencia significa atención que brinda un hospital por:

- (a) Una enfermedad que se manifieste mediante síntomas tan severos (entre ellos dolor intenso) que, si no se tratasen de inmediato, podrían dar como resultado:
 - (i) Serio peligro la salud del individuo (o, en el caso de mujeres embarazadas, la salud de la mujer o del nonato).
 - (ii) Deficiencia severa en las funciones corporales.
 - (iii) Disfunción severa de cualquier órgano o parte del cuerpo.

- (b) Una mujer embarazada con contracciones, cuando:
 - (i) No hay tiempo suficiente para realizar una derivación segura a otro hospital antes del parto.
 - (ii) Dicha derivación puede resultar peligrosa para la salud o la seguridad de la mujer o el nonato.

Médico de emergencia

Un médico de emergencia es un médico o cirujano autorizado por un hospital de Dignity Health, ya sea empleado o contratado (o a través de un grupo médico contratado) por el hospital, para brindar atención médica de emergencia en el departamento de emergencias del hospital. El término "médico de emergencia" no incluye a los especialistas que son llamados al departamento de emergencias o que son parte del personal o poseen privilegios en el hospital fuera del departamento de emergencias.

Gastos de vida esenciales

Los gastos de vida esenciales son los gastos para: pago y mantenimiento de alquiler o vivienda, alimentos o suministros domésticos, servicios y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, escuela y cuidado de los niños, mantenimiento de hijos o cónyuge, gastos de transporte y del auto como seguro, gasolina y reparaciones, pago de cuotas, lavandería y limpieza y otros gastos extraordinarios.

Acciones de cobranza extraordinarias (ECA, por sus iniciales en inglés)

Las ECA incluyen:

- (a) Vender la deuda individual a un tercero, excepto si está expresamente previsto por la ley.
- (b) Reportar información adversa sobre el individuo a las oficinas de créditos para consumidores.
- (c) Diferir, denegar o solicitar un pago antes de brindar atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de un individuo de una o más facturas sobre atención brindada con anterioridad dentro de la política de asistencia financiera del hospital.
- (d) Ciertas acciones que requieren un proceso legal o judicial según lo especifica la ley, entre ellos algunos gravámenes, ejecuciones de inmuebles, embargos/decomisos que inicien acción civil y produzcan que un individuo reciba una orden judicial de secuestro y se embarguen sus ingresos.

Las ECA no incluyen los gravámenes que el hospital tiene derecho a aplicar según la ley estatal en los procedimientos de una sentencia, acuerdo o compromiso que se le debe a un individuo (o a su representante) como resultado de lesiones personales por las que un hospital brindó atención.

Nivel federal de pobreza (FPL, por sus iniciales en inglés)

El FPL se define según las pautas de pobreza que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos actualiza regularmente en el Registro Federal dependiente de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos. Se pueden consultar las pautas actuales del FPL en <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Paciente económicamente calificado

Un paciente económicamente calificado es un paciente no asegurado (como se define a continuación) o con altos costos médicos (como se define a continuación) y que tiene un ingreso familiar que no excede los límites que se describen a continuación.

Cargos brutos

"Cargos brutos" (también denominados "cargos totales") significa el monto que se indica en la lista de aranceles para cada servicio elegible en los hospitales de Dignity Health.

Ingreso

El ingreso bruto ajustado modificado (MAGI en inglés), tal como lo define el IRS.

Atención médicamente necesaria

Los servicios e insumos hospitalarios y otros servicios de atención médica, hasta el punto indicado expresamente en la presente política, que se necesitan para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición, dolencia o sus síntomas y que concuerdan con los estándares de práctica aceptados. La atención médicamente necesaria no incluye la atención relacionada con procedimientos cosméticos cuyo único propósito es mejorar la apariencia estética de una parte del cuerpo que funciona con normalidad.

Familia del paciente

La familia del paciente incluye al paciente y:

- (a) En el caso de personas de 18 o más años de edad, un cónyuge, pareja de hecho, tal como lo define la Sección 297 del Código de Familia y los niños dependientes menores de 21 años de edad, vivan o no en la casa.
- (b) En el caso de personas menores de 18 años, un padre, familiares encargados del cuidado y otros hijos menores de 21 años del padre o del familiar encargado del cuidado.

Ingresos de la familia del paciente

El ingreso anual que recibe la familia del paciente en los 12 meses anteriores a la fecha en que se brinda el servicio de Dignity Health.

Paciente con altos costos médicos

Un paciente cuyo ingreso familiar no excede el 350 % del FPL, que tiene cobertura médica y que cumple uno de los siguientes criterios:

- (a) Los gastos adicionales anuales que el individuo generó en el hospital exceden el 10% del ingreso de la familia del paciente (según se define a continuación) de los últimos 12 meses.
- (b) Los gastos médicos adicionales anuales exceden el 10 % del ingreso familiar del paciente, si el paciente brinda documentación sobre sus gastos médicos pagados por él mismo o su familia en los últimos 12 meses.

Determinación de elegibilidad hipotética

Es el proceso de determinación de elegibilidad para que un paciente reciba asistencia financiera, basado en información adicional a la brindada por el paciente o en una determinación de elegibilidad previa. (Cabe destacar que las referencias a la "elegibilidad hipotética" en la presente política remiten a elegibilidad hipotética para recibir asistencia financiera y no para Hospital de Medi-Cal, a menos que se especifique). Dignity Health puede, según su propio criterio, realizar una determinación de elegibilidad hipotética para brindar atención de caridad o con descuento a un paciente. Al hacerlo, se puede basar en información disponible en bases de datos públicas y obtenidas de terceros que utilizan bases de datos públicas para estimar si un paciente tiene derecho a recibir asistencia financiera. Por ejemplo, Payment Assistance Rank Ordering (PARO) es un proceso que usa los datos demográficos del paciente para estimar su situación económica a través del acceso a varias bases de datos públicas. Provee un estimativo de los ingresos y el tamaño del hogar del paciente, que permite que Dignity Health calcule el ingreso del paciente en relación con el FPL. Además, se puede utilizar PARO u otras herramientas similares para validar la información económica y demográfica que brinda el paciente durante el proceso de elegibilidad para obtener asistencia financiera.

Plan de pago razonable

Un plan de pago razonable es un plan de pago extendido en el que las cuotas no exceden el 10 % del ingreso familiar mensual del paciente, excluyendo las deducciones de los gastos de vida esenciales (según fueron definidos anteriormente).

Paciente sin seguro

Un paciente sin seguro es quien no posee cobertura de un seguro médico, un plan de servicios de atención médica ni un programa de atención médica financiado por el gobierno (*por ejemplo*, Medicare o Medicaid) y cuyas lesiones no están sujetas a indemnización laboral, seguro de automóviles u otro seguro según lo determine y documente el hospital.

IV. DEPARTAMENTOS MÁS AFECTADOS

Todas las entidades de Dignity Health que brindan servicios elegibles.

V. PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Dentro de los 240 días posteriores a la fecha de la factura inicial posterior al alta de un servicio elegible, el paciente puede solicitar uno de los descuentos presentes en las siguientes subsecciones, A-C.

A. Atención de caridad (hasta 200 % del FPL)

Los pacientes económicamente calificados cuyo ingreso familiar es igual o menor al 200 % del FPL cumplen los requisitos para recibir un 100 % de descuento en su saldo luego del pago de tercero(s) por los servicios elegibles brindados. Al determinar la elegibilidad para recibir atención de caridad, Dignity Health tendrá en cuenta el ingreso familiar del paciente y podría considerar los activos de la familia del paciente. Sin embargo, para esta determinación, entre los activos no se incluirán los planes de retiro ni de indemnización diferida que estén o no calificados dentro del Código Tributario. Además, no se tendrán en cuenta para determinar la elegibilidad los primeros diez mil dólares (\$10.000) de los activos de la familia del paciente, ni el 50 % de los activos por sobre los primeros \$10.000.

B. Descuento para pacientes sin seguro y con altos costos médicos (mayor al 200 % y menor o igual al 350 % del FPL) y planes de pago extendidos

Los pacientes económicamente calificados cuyos ingresos familiares sean mayores al 200 % pero iguales o menores al 350 % del FPL cumplen los requisitos para recibir un descuento en los servicios elegibles recibidos y un plan de pago extendido. El descuento limitará el pago esperado por los servicios elegibles a un monto que sea (i) menor al pago más alto que esperaría el hospital, de buena fe, por brindar servicios de Medicare, Medicaid (Medi-Cal, si corresponde), el Programa Healthy Families u otro programa de salud financiado por el gobierno en que participe el hospital y (ii) en cualquier circunstancia, menor al AGB del servicio elegible brindado.

Bajo solicitud, a los pacientes económicamente calificados se les brindará un plan de pago extendido, que les otorgará tiempo para pagar el monto con descuento. Dignity Health y el paciente negociarán los términos del plan de pago y tendrán en cuenta el ingreso familiar del paciente y los gastos de vida esenciales. Si el hospital y el paciente no se ponen de acuerdo con el plan de pago, el hospital implementará un plan de pago razonable.

C. Descuento adicional no asegurado (mayor al 350 % y menor o igual al 500 % del FPL)

Los pacientes económicamente calificados cuyos ingresos familiares sean mayores al 350 %, pero iguales o menores al 500 % del FPL cumplen los requisitos para recibir un descuento por los servicios elegibles recibidos. El descuento limitará el monto que deba pagar el paciente a no más del AGB aplicable.

Bajo solicitud, los pacientes con Ingresos familiares superiores al 350 % pero iguales o inferiores al 500 % del FPL que reciban un descuento según la presente política también recibirán un plan de pago extendido, que les permitirá pagar el monto con descuento durante no más de 30 meses.

D. Limitación de la aplicación de los gastos brutos

Para toda atención incluida en la presente política (ya sea de emergencia o sin emergencia y médicamente necesaria), el monto que Dignity Health cobre a un paciente que, según el hospital, cumple los requisitos para recibir asistencia financiera según la presente política, será inferior a los gastos brutos de dicha atención. En un resumen de facturación emitido por Dignity Health por la atención brindada según la presente política, se pueden indicar los gastos brutos de dicha atención y se pueden aplicar subsidios contractuales, descuentos o deducciones a dichos gastos, siempre y cuando el monto final que el individuo deba abonar sea inferior a los gastos brutos de dicha atención.

VI. PAUTAS:

A. Notificación a los pacientes sobre la asistencia financiera

1. Copia impresa del resumen en lenguaje sencillo. Dignity Health notificará e informará a los pacientes sobre la política de asistencia financiera ofreciéndoles una copia impresa del resumen en lenguaje sencillo durante el proceso de ingreso o de alta.
2. Aviso de la política de asistencia financiera durante el proceso de facturación. Como parte de los resúmenes de facturación posteriores al alta, Dignity Health brindará a todos los pacientes un aviso evidente por escrito con la información sobre la disponibilidad de la política de asistencia financiera de Dignity Health. (Para más información sobre los avisos vinculados con las facturas, consulte la Política de facturación y cobro de Dignity Health, n° 9.101).
3. Aviso publicado de la política de asistencia financiera. También se publicarán avisos claros y evidentes sobre la política de asistencia financiera en ubicaciones visibles para el público, entre ellas:
 - (a) El Departamento de Emergencias.
 - (b) La Oficina de Facturación.
 - (c) La Oficina de Ingresos.
 - (d) Otras ubicaciones ambulatorias.
 - (e) En otras zonas y ubicaciones calculadas razonablemente para que las vean los miembros que tengan más probabilidades de necesitar asistencia financiera.
4. Folletos. Dignity Health también entregará folletos explicativos del programa de asistencia financiera en las áreas de inscripción, ingresos, emergencias y atención

urgente y en las oficinas de servicios financieros para pacientes ubicadas en los hospitales de Dignity Health.

5. Publicaciones en el sitio web y envío de copias bajo solicitud. Dignity Health tendrá disponible en un sitio web la presente política, el formulario de solicitud de asistencia financiera y un resumen en lenguaje sencillo. También imprimirá copias de estos, que se podrán obtener bajo solicitud sin ningún costo, ya sea por correo o en las ubicaciones públicas en el hospital, entre ellas, como mínimo, el departamento de emergencias (si hubiere) y las áreas de ingreso.

6. Requisitos lingüísticos. Dignity Health se asegurará de que todos los avisos escritos, los carteles publicados y los folletos estén impresos en los idiomas adecuados y se entreguen a los pacientes según lo establezcan las leyes estatales y federales aplicables.

7. Lista de profesionales de la política de asistencia financiera. Dignity Health publicará en los hospitales una lista con todos los profesionales que brindan atención médica de emergencia o medicamento necesaria, en la que se especificarán los profesionales que están cubiertos por la presente política y los que no. La lista se encuentra en <http://www.dignityhealth.org/cm/content/pages/billing-help.asp> y se pueden obtener copias impresas en los lugares de inscripción en cada institución de Dignity Health.

B. Proceso de revisión de elegibilidad para seguro o programas del gobierno.

Dignity Health realizará todos los esfuerzos razonables para obtener información de parte del paciente o de su representante sobre la posibilidad de que un seguro privado o un programa de atención médica financiado por el gobierno cubran parcial o totalmente los cargos por la atención brindada, entre ellos cualquiera de los siguientes:

1. Seguro médico privado, entre ellos cobertura de seguro o de plan de servicio de atención médica que ofrece un Intercambio de Beneficios de Salud estatal o federal.
2. Medicare.
3. Medicaid (Medi-Cal, si aplica), el programa Healthy Families, el Programa Servicios para los niños de California u otros programas financiados por el estado diseñados para brindar cobertura médica.

Dignity Health espera que todos los pacientes sin seguro o con altos costos médicos se atengan por completo al proceso de revisión de elegibilidad.

C. Proceso de solicitud de asistencia financiera

1. Si el paciente no indica cobertura de un seguro privado o de un programa de atención médica financiado por el gobierno, si solicita asistencia financiera o si el representante de Dignity Health determina que el paciente podría calificar para recibir asistencia, Dignity Health también hará lo siguiente:

- (a) En el momento de la inscripción, realizará todos los esfuerzos posibles para explicar a todos los pacientes sin seguro los beneficios de Medicaid (o Medi-Cal, si aplica) y otros programas públicos y privados de seguro médico y de respaldo, entre ellos la cobertura que ofrece el Intercambio de Beneficios de Salud estatal o federal. Dignity Health solicitará a los pacientes potencialmente elegibles que se inscriban a dichos programas, les brindará las solicitudes y los ayudará a completarlas. Las solicitudes y la asistencia se brindarán antes del alta a los pacientes hospitalizados y dentro de un tiempo razonable a los pacientes que reciban atención de emergencia o ambulatoria.
- (b) Realizará todos los esfuerzos posibles para explicar la política de asistencia financiera y otros descuentos, entre ellos los requisitos, a los pacientes que podrían calificar para recibir asistencia, pedir a los potencialmente elegibles que se inscriban, facilitar la solicitud a quienes estén interesados y puedan reunir los requisitos para la asistencia financiera en el momento de recibir el servicio o durante el proceso de facturación y cobro y brindar asistencia para completar la solicitud.

2. Si el paciente cumple los requisitos para solicitar la cobertura de un programa de asistencia médica financiado por el gobierno por los servicios elegibles brindados, no se le concederá la asistencia financiera a menos que solicite y se le rechace la cobertura de dicho programa. La solicitud del paciente por la cobertura de dicho programa no excluirá la elegibilidad para recibir asistencia financiera de Dignity Health.

3. Al recibir una solicitud completa para recibir asistencia financiera de un paciente que Dignity Health considera que podría acceder a programas de asistencia médica financiados por el gobierno (*por ejemplo*, Medicaid, CHIP), Dignity Health podría posponer la determinación de la elegibilidad hasta que se complete y se presente la solicitud y se determine la elegibilidad del paciente para dicho programa.

4. Si un paciente no ha completado y presentado la solicitud de asistencia financiera dentro de los 120 días luego del primer aviso de facturación posterior al alta, Dignity Health podría tomar nuevas medidas de cobro, como las ECA, sujetas a cumplimiento de la Política de facturación y cobro, n 9.101.

5. En virtud de los párrafos 6 y 7 que se indican a continuación, Dignity Health requerirá que cada solicitante entregue la documentación necesaria y razonable para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. En caso de que no le sea posible entregar algunos o todos estos documentos, Dignity Health lo tendrá en cuenta al momento de determinar la elegibilidad. En las circunstancias adecuadas, Dignity Health también puede no exigir alguna o toda la documentación. Los motivos de esta exención se deben documentar por escrito.

6. Para determinar si un paciente es elegible para recibir atención de caridad, la documentación solicitada se limitará a declaraciones de ingresos o, si estos no estuvieran

disponibles, recibos de sueldo y documentación razonable de activos, pero sin incluir activos en retiro o planes de indemnización diferida que estén o no calificados dentro del Código Tributario. Dignity Health puede solicitar que el solicitante y la familia del paciente realicen exenciones o descargos para que Dignity Health obtenga información sobre las cuentas de instituciones financieras o comerciales u otras entidades que poseen o conservan los activos, para verificar su valor.

7. Para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir un descuento porque está económicamente calificado, la documentación de ingresos se limitará a declaraciones de ingresos o, si estos no estuvieran disponibles, recibos de sueldo. Además, el solicitante deberá presentar documentación sobre gastos de vida esenciales en caso de que solicite un plan de pago extendido.

8. La elegibilidad para pagos con descuento o para recibir atención de caridad en pacientes económicamente calificados se puede determinar en cualquier momento que Dignity Health reciba la información indicada en la presente política. Sin embargo, Dignity Health toma la discreción de denegar una solicitud de atención de caridad o asistencia financiera si pasaron más de 240 días desde el primer aviso de facturación posterior al alta.

9. La información que brinda el paciente, la familia del paciente o su representante legal relacionada con la determinación del cumplimiento de los requisitos para ser un paciente económicamente calificado tal como se describe en la presente política no se utilizará para actividades de cobro.

10. Para medir el ingreso familiar del paciente frente al FPL, se utilizarán las pautas de FPL publicadas en el Registro federal en el momento que se presenta la solicitud de asistencia financiera en Dignity Health. Se pueden consultar las pautas actuales en <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

11. Si un paciente solicita recibir más de un descuento, y es elegible, tendrá derecho a recibir únicamente el descuento mayor que le corresponda, a menos que otra política de Dignity Health permita expresamente combinar múltiples descuentos.

D. Determinaciones de elegibilidad hipotética

1. Dignity Health comprende que algunos pacientes podrían no completar la solicitud de asistencia financiera, acatar los requisitos de documentación o responder de alguna forma al proceso de solicitud. Como resultado, puede haber circunstancias en las que la calificación de un paciente para recibir asistencia financiera se determine sin completar la solicitud formal. En estas circunstancias, Dignity Health puede tomar una determinación de elegibilidad hipotética. Dignity Health se reserva el derecho de realizar determinaciones de elegibilidad hipotética, pero no tiene la obligación de hacerlo.

2. En caso de que Dignity Health realice una determinación de elegibilidad hipotética, enviará dicha determinación al paciente mediante una notificación escrita.

3. Si se determina que un paciente es hipotéticamente elegible para recibir atención con descuento (en vez de atención de caridad), Dignity Health hará lo siguiente:
 - (a) Ajustar la cuenta para aclarar el monto que adeuda el paciente.
 - (b) Enviar al paciente un aviso escrito sobre las bases utilizadas para realizar la determinación de elegibilidad hipotética y sobre la forma de solicitar asistencia más generosa conforme a la política de asistencia financiera.
 - (c) Otorgará al paciente un período de tiempo razonable para que solicite asistencia más generosa para obtener descuentos en el monto adeudado antes de que el hospital inicie ECA.
 - (d) Determinará si el paciente tiene derecho a recibir asistencia financiera más generosa al recibir una solicitud que la requiera.

E. Proceso de revisión de la solicitud del paciente para recibir asistencia financiera

1. Si el paciente presenta una solicitud completa (ya sea por primera vez o como modificación de una solicitud incompleta en un período de tiempo razonable como se describe a continuación), Dignity Health suspenderá las ECA (excepto las relativas al aplazamiento o rechazo de un servicio por falta de pago de servicios anteriores) hasta que determine si el paciente tiene derecho a recibir asistencia financiera por el servicio y entregue al paciente un aviso escrito sobre la determinación de elegibilidad (incluso, si correspondiese, la asistencia a la que tiene derecho el paciente) y las bases para realizar dicha determinación.

2. Si Dignity Health determina que el paciente tiene derecho a recibir asistencia financiera según la política:

- (a) Entregará al paciente una factura que indique el monto adeudado como paciente con derecho a recibir asistencia financiera, cómo se determinó ese monto y cómo puede el paciente obtener información sobre el AGB por el servicio.
- (b) Reintegrará cualquier pago que haya hecho el paciente que exceda el monto por el que es responsable como paciente con derecho a asistencia financiera (a menos que dicho monto sea inferior a \$5 u otro monto establecido en la guía publicada por el Boletín del IRS).
- (c) Tomará todas las medidas razonables disponibles para revertir cualquier ECA (excepto las relativas al aplazamiento o rechazo de un servicio por falta de pago de servicios anteriores) que se haya tomado contra el paciente por el servicio en cuestión.

3. La información brindada en la solicitud, junto con cualquier información que Dignity Health haya obtenido durante el proceso de solicitud, será utilizada por los

representantes autorizados de Dignity Health para evaluar el derecho de un paciente a recibir asistencia financiera según la política.

4. Se tomará una decisión respecto de la elegibilidad para recibir asistencia financiera sobre la base de la información razonablemente disponible para Dignity Health, incluidas la solicitud y la documentación de respaldo, como también los criterios de elegibilidad descritos en la presente política. Esta decisión puede conducir a ofrecer atención de caridad o un descuento en los cargos brutos del hospital.

5. Se notificará por escrito al solicitante sobre la aprobación o el rechazo de la solicitud de asistencia financiera de parte de Dignity Health, según corresponda.

6. Si el solicitante cree que se rechazó la asistencia financiera por error, puede pedir a Dignity Health que reexamine la decisión y puede brindar información adicional para respaldar dicha reconsideración.

7. En caso de una disputa, el solicitante también puede pedir que el gerente de Atención Al Cliente del hospital donde se realizó la determinación inicial revise la decisión de Dignity Health.

8. Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera incompleta durante el período de solicitud, Dignity Health tomará las siguientes acciones:

- (a) Enviará al paciente un aviso escrito que describa la información necesaria para completar la solicitud e incluirá los datos de contacto de la oficina del hospital o de facturación que le puede dar información sobre la política de asistencia financiera y los datos de contacto de la oficina del hospital, una organización sin fines de lucro o una agencia gubernamental que lo pueda ayudar con las solicitudes.
- (b) Suspender todas las ECA hasta que haya pasado un período de tiempo razonable sin respuesta del paciente sobre los pedidos de información/documentación adicional.

VII. REFERENCIAS

- A. Política de gobernanza de Dignity Health n° 9.101, *Política de facturación y cobros al paciente*
- B. Política de gobernanza de Dignity Health n° 9.100, *Política de Dignity Health sobre la Ley para el Tratamiento de las Urgencias Médicas y los Partos Activos (EMTALA)*
- C. Política administrativa de Dignity Health n° 70.2.001, *Política administrativa de descuentos*