

DIGNITY HEALTH
PROCEDIMIENTO Y POLÍTICA DE GOBERNANZA

DE: Junta Directiva de Dignity Health
MATERIA: Política de Asistencia Financiera: California
NÚMERO DE POLÍTICA: 9.103
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA: 1 de febrero de 2019
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA ORIGINAL: (4.50) 27 de enero de 2004; (60.4.007) 31 de mayo de 2007

I. POLÍTICA

Dignity Health procura brindar atención médica compasiva, de alta calidad y económica y abogar por los pobres y quienes no poseen derechos. Con el objetivo de cumplir con esta misión, Dignity Health ofrece atención de caridad, descuentos y otra asistencia financiera a pacientes elegibles que no cuentan con la capacidad financiera para pagar los servicios de atención médicamente necesarios a los que no podrían acceder de otra manera. La atención de caridad, los descuentos y otras formas de asistencia financiera se denominan colectivamente en esta Política como Asistencia Financiera, a menos que se requiera una designación específica del tipo de asistencia para los fines de esta Política.

Los requisitos de elegibilidad para la Asistencia Financiera se describen en esta Política de Asistencia Financiera. La Asistencia Financiera no es un sustituto de la responsabilidad personal. La Asistencia Financiera no se proporciona a un paciente ante el deseo de no pagar los servicios de atención médica, sino por una incapacidad demostrada para pagar los servicios de atención médica. Se espera que los solicitantes de Asistencia Financiera cooperen con las políticas y procedimientos de Dignity Health para obtener la Asistencia Financiera, y con los esfuerzos de facturación y cobro de Dignity Health con respecto a cualquier monto adeudado después de los descuentos aplicables. (Consulte la *Política de cobro y facturación de pacientes*, n° 9.101) Esta Política también establece los criterios de evaluación financiera para determinar qué pacientes califican para recibir la Asistencia Financiera. Los criterios de evaluación financiera en esta Política se basan principalmente en las pautas del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) actualizadas periódicamente por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (como se definen a continuación) en el Registro Federal. Los pacientes no asegurados que no cumplan con los criterios de Asistencia Financiera bajo esta Política pueden calificar y ser referidos a la *Política de descuentos administrativos de Dignity Health*, #70.2.001.

La Asistencia Financiera NO incluye:

- Deudas o cargos incobrables que la organización haya registrado como ingresos pero que haya cancelado debido a la falta de pago de un paciente, o al costo de proporcionar tal atención a dichos pacientes;
- La diferencia entre el costo de la atención brindada bajo Medicaid u otros programas gubernamentales dependientes del nivel de recursos o bajo Medicare y los ingresos derivados de los mismos;

Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2019

Página 1 de 15

Política de Asistencia Financiera: California

© Copyright 2004-2019 Dignity Health. Solo para uso interno.

- Descuentos por pronto pago o por pago por cuenta del paciente; o
- Ajustes contractuales con terceros pagadores.

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 deberán inscribirse en dichos programas para pagar las cuentas de la atención hospitalaria. Presentar una solicitud para un programa financiado por el gobierno no excluye al paciente de la elegibilidad para obtener Asistencia Financiera según nuestra Política de Asistencia Financiera ni otros descuentos descritos en la *Política de descuentos administrativos de Dignity Health*, n° 70.2.001.

Dignity Health tratará de determinar la elegibilidad para 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 fase anterior. 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 la petición 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 Asistencia Financiera que se establece en esta Política, Dignity Health ofrece a pacientes que reúnen los requisitos descuentos que no están basados en el ingreso. Los pacientes pueden contactar a un asesor financiero de Dignity Health 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. En general, solo el mayor monto descontado se aplicará al saldo de una cuenta en el caso de que se otorgue Asistencia Financiera y otros descuentos administrativos. Los descuentos administrativos, como los descuentos por pronto pago, que se otorgan antes de la concesión de la Asistencia Financiera no se consideran en el proceso de determinación de la Asistencia Financiera.

Esta Política tiene la intención de cumplir con los Artículos 127400 y siguientes del Código de Salud y Seguridad de California [California's Health & Safety Code] (AB 774), Ley de Precios Justos de los Hospitales de California [California Hospital Fair Pricing Act], en vigencia desde el 1 de enero de 2007, actualizados el 1 de enero de 2011 y el 1 de enero de 2015 (SB 1276), Políticas del artículo 501 (r) del Código Tributario y los reglamentos del Servicio Tributario (IRS, por sus siglas en inglés) promulgados periódicamente; y la guía del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés), de la Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés) con respecto a la Asistencia Financiera para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente. Además, esta Política proporciona pautas para identificar y tratar a pacientes que pueden calificar para la Asistencia Financiera.

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, incluida atención de caridad y descuentos para pacientes elegibles.

III. DEFINICIONES

Monto generalmente facturado

El monto generalmente facturado (AGB, por sus siglas en inglés) es el cargo máximo que un paciente que califica para Asistencia Financiera bajo esta Política de Asistencia Financiera es personalmente responsable de pagar, después de que se hayan aplicado todas las deducciones y descuentos (incluidos los descuentos disponibles en esta Política) menos las cantidades reembolsadas por los aseguradores. 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 de 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 también 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.

Período de solicitud

El Período de solicitud es el que sea mayor de los siguientes plazos: (i) 360 días a partir del alta hospitalaria del paciente o la fecha del servicio elegible del paciente, o (ii) 240 días a partir de la fecha de la factura inicial posterior al alta del servicios elegible

Deuda incobrable

La deuda incobrable es un cargo que se deriva de los servicios prestados a un paciente que se ha determinado que puede pagar pero que no está dispuesto a pagar la totalidad o parte de la factura. La deuda incobrable se diferencia de la atención de caridad por la falta de disposición a pagar (deuda incobrable) frente a una incapacidad demostrada de pago (Asistencia Financiera).

Atención de caridad

Atención de caridad es una Asistencia Financiera (por ejemplo, un descuento del 100 %) 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. Dentro de esta Política, la atención de caridad se diferencia de los descuentos u otras formas de Asistencia Financiera cuando

se analiza el monto otorgado en virtud del programa de Asistencia Financiera como una exención total del saldo de la cuenta (atención de Caridad) en lugar de una exención parcial del saldo de la cuenta (descuentos u otras formas de Asistencia Financiera).

Atención con descuento

Descuento de caridad es una Asistencia Financiera parcial para pacientes que reúnen los requisitos 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. Los descuentos excluidos del programa de Asistencia Financiera son descuentos habituales cuya aplicación no se basa en la capacidad de pago.

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 esta, entre ellos todas las instituciones presentes en la lista de licencias de cada hospital. Los servicios elegibles también pueden incluir la atención médicamente necesaria no cubierta prestada a los pacientes, cuyos cargos serían responsabilidad del paciente, como los cargos por días que superen el límite de la estadía o en circunstancias donde los beneficios del paciente se hayan agotado. Los servicios elegibles también incluyen los servicios brindados a los pacientes como parte de cualquier programa de atención a personas sin recursos (indigent care program) administrado por el gobierno federal, estatal o local. Los servicios elegibles excluyen procedimientos opcionales, 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 acarrear:
 - (i) Grave peligro para 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 externo (o a través de un grupo médico contratado externo) por el hospital, para brindar atención médica de emergencia en el departamento de urgencias 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.

Fecha de entrada en vigencia: 1 de febrero de 2019

Página 4 de 15

Política de Asistencia Financiera: California

© Copyright 2004-2019 Dignity Health. Solo para uso interno.

Gastos de vida esenciales

Los gastos de vida esenciales incluyen los gastos para: pago y mantenimiento de alquiler o vivienda, suministros alimenticios o domésticos, servicios y teléfono, ropa, pagos médicos y dentales, seguro, escuela y cuidado de los niños, mantenimiento de niños 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 federal.
- (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 federal, entre ellos algunos gravámenes, ejecuciones de inmuebles, embargos/decomisos que inicien acción civil y conlleven 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 a los fondos 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 Sociales 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. Los pautas actuales de FPL se pueden consultar en: <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Asistencia Financiera

Atención de caridad, atención con descuento u otras formas de Asistencia Financiera, como se describe en esta Política.

Lista de profesionales de la Política de Asistencia Financiera

Una lista a la que se hace referencia en el sitio web del centro que detalla al médico o grupo de médicos relevante específicamente cubierto por esta Política.

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.

Descuento por dificultades económicas

El descuento por dificultades económicas es el descuento adicional proporcionado a un paciente que cumple con los criterios establecidos en la Sección V. D. más abajo.

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, en la medida de lo 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 de California 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.

Ingreso familiar 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 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 sobre la base de información adicional a la brindada por el paciente, como la calificación para acceder a otros programas de beneficios, cualquier programa de atención a personas sin recursos administrado por el gobierno federal, estatal o local, estado de persona sin hogar o sobre 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 utilizar un proceso de determinación de elegibilidad presunta para proporcionar atención de caridad o atención con descuento con respecto a cualquier categoría de Asistencia Financiera. 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. Este proceso de selección está diseñado para emular la solicitud de Asistencia Financiera de Dignity Health y la información devuelta a través del proceso de selección constituirá una documentación adecuada cuando no haya información adicional disponible del paciente. El proceso proporciona una estimación de los ingresos del hogar del paciente y magnitud; también analiza otros factores relacionados con la necesidad financiera del paciente.

Elegibilidad presunta para pacientes asegurados de Medi-Cal

Se presume que un paciente que tiene cobertura de salud bajo Medi-Cal u otros programas de Medicaid tiene un ingreso por debajo del FPL requerido para Asistencia Financiera bajo esta Política. Se puede otorgar Asistencia Financiera a los pacientes solo en función de la cobertura de salud de Medi-Cal u otros programas de Medicaid. La exención de saldos de cuenta bajo esta Política para pacientes que tienen cobertura de salud bajo el programa de Medicaid nunca incluirá una exención de la participación en el costo del paciente. Dado que la participación en el costo se considera una condición de cobertura, se informará a los pacientes de que esta cantidad no está sujeta a exención ni a 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).

Participación en el costo

Una cantidad predeterminada de gastos de atención médica en que debe incurrir un paciente con cobertura de Medi-Cal u otros programa de Medicaid antes de que él o ella califique para los beneficios de Medi-Cal. Estos montos no pueden ser descontados o removidos como parte de esta Política.

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, Medi-Cal 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

El paciente o el garante del paciente puede solicitar Asistencia Financiera en cualquier momento durante el período de solicitud. Si la solicitud se presenta después de que finalice el Período de solicitud, Dignity Health puede denegar la solicitud. Sin embargo, Dignity Health considerará las razones por las cuales esa solicitud no se presentó durante el Período de la solicitud y puede procesar la solicitud si determina que el Solicitante actuó de manera razonable, aunque la solicitud no se haya presentado a tiempo.

A. Atención de caridad (hasta el 250 % del FPL)

Cualquier paciente cuyo ingreso familiar del paciente sea igual o inferior al 250 % del FPL, incluido, entre otros, cualquier paciente no asegurado o con altos costos médicos, califica para recibir atención de caridad equivalente a un descuento del 100 % del saldo de su cuenta para servicios elegibles proporcionados al paciente después del pago, si corresponde, por parte de un tercero.

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 jubilación ni de indemnización

diferida que estén o no calificados dentro del Código Tributario (Internal Revenue Code). 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 encima de los primeros \$10.000.

B. Descuento para pacientes no asegurados o con altos costos médicos (menores o iguales al 350 % del FPL) y planes de pago extendido

Cualquier paciente sin seguro o con altos costos médicos que no califique para la atención de caridad según la Sección V. A. anterior y cuyo ingreso familiar del paciente sea igual o inferior al 350 % de FPL es elegible para recibir una atención con descuento para los servicios elegibles recibidos por el paciente y un plan de pago extendido. Este descuento limitará el pago previsto por los servicios elegibles a un monto que sea (i) menor al pago más alto que tendría previsto el hospital, de buena fe, por brindar servicios de Medicare, Medi-Cal u otro programa de salud financiado por el gobierno en que participe el hospital y (ii) en cualquier circunstancia, menor al AGB de los servicios elegibles brindados.

Previa solicitud, a los pacientes que reciben esta atención con descuento 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 Dignity Health y el paciente no pueden ponerse de acuerdo sobre el plan de pago, Dignity Health implementará un plan de pago razonable para permitir el pago del monto descontado a lo largo del tiempo.

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

Cualquier paciente sin seguro o con altos costos médicos cuyo ingreso familiar sea superior al 350 % pero igual o inferior al 500% de FPL es elegible para recibir una atención con descuento para los servicios elegibles recibidos por el paciente y un plan de pago extendido. El descuento limitará el monto que deba pagar el paciente a no más del AGB aplicable.

Bajo solicitud, a los pacientes que reciben esta atención con descuento se les brindará un plan de pago extendido, que les permitirá pagar el monto con descuento durante un período de hasta 30 meses.

D. Descuentos por dificultades económicas adicionales

Un paciente que recibe atención con descuento, pero (1) cuya responsabilidad aún excede el 30% de la suma (a) del ingreso familiar del paciente, y (b) de sus activos monetarios, y (2) quién no tiene la capacidad de pagar su factura, según lo determinado por una revisión de factores como el ingreso familiar del paciente proyectado para el próximo año y los pasivos de atención médica existentes o anticipados pueden recibir un descuento por dificultad económica adicional. Para los fines de la determinación de este descuento por dificultad económica, Dignity Health no considerará activos en planes de jubilación calificados según el Código Tributario en vigencia al momento de la determinación o planes de compensación diferida.

Si el paciente cumple con todos los criterios de elegibilidad, recibirá un descuento por dificultades económicas, lo que reducirá la responsabilidad restante del paciente a no más del 30% de la suma (1) del ingreso familiar del paciente y (2) de los activos monetarios.

Un paciente también puede recibir descuentos o exenciones bajo la presente Política si se considera sin hogar o con hogar transitorio según la Política Administrativa de Dignity Health 60.4.015: "Identificación de Cuentas de las Personas Sin Hogar" o si participa en un programa de atención a personas sin recursos administrado de manera local, estatal o federal.

E. 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 neto 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. Esta cantidad será igual a la cantidad que el paciente es personalmente responsable de pagar después de que se hayan aplicado todas las deducciones y descuentos (incluidos los descuentos disponibles en esta Política) menos las cantidades reembolsadas por los aseguradores. Esta cantidad no incluirá ninguna cantidad que deba pagar una aseguradora como condición de cobertura. 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.

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).

2. Aviso publicado de la Política de Asistencia Financiera. También se publicarán avisos claros y evidentes sobre el programa de Asistencia Financiera de Dignity Health y el resumen en lenguaje sencillo de esta Política en ubicaciones visibles para el público, entre ellas:

- (a) Departamento de Urgencias;
- (b) Oficina de Facturación.
- (c) Oficina de Admisiones y área asociada;
- (d) Salas de espera
- (e) Otras ubicaciones ambulatorias; y
- (f) En otras zonas y ubicaciones donde haya un gran volumen de tráfico de pacientes o calculadas razonablemente para que accedan los pacientes o sus familiares que tengan más probabilidades de necesitar Asistencia Financiera.

3. Folletos. Dignity Health también entregará folletos explicativos del programa de Asistencia Financiera en las áreas de inscripción, ingresos, urgencias y atención urgente y en las oficinas de servicios financieros para pacientes ubicadas en los hospitales de Dignity Health.

4. Publicaciones en el sitio web y envío de copias bajo solicitud. Dignity Health tendrá disponible la presente Política, el formulario de solicitud de Asistencia Financiera y un resumen en lenguaje sencillo de esta Política en una parte destacada del sitio web de cada hospital. También imprimirá copias de estos, que se podrán obtener, previa solicitud por parte de un paciente o un familiar del mismo sin ningún costo, ya sea por correo o en las ubicaciones públicas en el hospital, entre ellas, como mínimo, el departamento de urgencias (si hubiere) y las áreas de ingreso.

5. 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.

6. Información publicada. Según sea necesario, y al menos una vez al año, cada una de las instalaciones hospitalarias de Dignity Health de California (a) colocará un anuncio sobre la disponibilidad de Asistencia Financiera en dicho hospital en un periódico de circulación general de las comunidades atendidas por el hospital; o (b) emitirá un comunicado de prensa para dar a conocer ampliamente la disponibilidad de Asistencia Financiera en virtud de esta Política a las comunidades atendidas por dicho hospital.

7. Organizaciones comunitarias. Cada una de las instalaciones hospitalarias de Dignity Health de California trabajará con organizaciones afiliadas, médicos, clínicas comunitarias, otros proveedores de atención médica, casas de culto y otras organizaciones basadas en la comunidad para notificar a los miembros de la comunidad (especialmente a aquellos que tienen más probabilidades de requerir Asistencia Financiera) sobre la disponibilidad de Asistencia Financiera en dicho hospital.

8. 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 médicamente necesaria, en la que se especificarán los profesionales que están cubiertos por la presente Política de Asistencia Financiera y los que no. Esta lista se encuentra disponible en el sitio web de facturación de cada hospital. Se pueden obtener copias en papel en las áreas de admisión o inscripción del paciente o en cualquiera de los hospitales 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 total o parcialmente los cargos por la atención prestada, 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. Medi-Cal (Medicaid, si corresponde), el Programa de 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 Medi-Cal (Medicaid, si corresponde) 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 de elegibilidad, 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. Si un paciente solicita un programa de atención médica patrocinado por el gobierno y se le niega la cobertura, a Dignity Health se le debe proporcionar una copia de la denegación de la cobertura. 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*, Medi-Cal, 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. Bajo las circunstancias adecuadas, Dignity Health puede renunciar a algunos o todos los requisitos de documentación y aprobar la Asistencia Financiera mediante la evaluación de elegibilidad presunta o la aprobación de elegibilidad de Medi-Cal. Dignity Health documentará la evaluación en la cuenta del paciente y también notificará al paciente por escrito sobre su aprobación.

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 atención con descuento u otra Asistencia Financiera, 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. A efectos de determinar si un paciente es elegible para recibir Asistencia Financiera, además de los ingresos familiares del paciente, Dignity Health también puede considerar circunstancias financieras adversas después de la fecha de alta o servicio del paciente, como discapacidad, pérdida de un trabajo u otras circunstancias que afecten la capacidad del paciente para pagar por los servicios elegibles.

9. La elegibilidad para la Asistencia Financiera se puede determinar en cualquier momento que Dignity Health reciba la información indicada en la presente Política. Sin embargo, Dignity Health puede denegar una solicitud de Asistencia Financiera si no se presenta dentro del período de solicitud.

10. La información que brinda el paciente, la familia del paciente o su representante legal relacionada con la determinación del cumplimiento de los requisitos de elegibilidad para la Asistencia Financiera tal como se describe en la presente Política no se utilizará para actividades de cobro.

11. 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 procesa la solicitud de Asistencia Financiera en Dignity Health. Las pautas se pueden encontrar en: <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

12. 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. Además, la cobertura bajo un programa de Medicaid o Medi-Cal puede evidenciar un ingreso que no excede los límites del FPL requeridos para la Asistencia Financiera en virtud de esta Política mientras que la participación en programas de atención a personas sin recursos administrados a nivel federal, estatal o local evidencia una incapacidad para pagar los servicios de atención médica. Por lo tanto, los servicios denegados por un programa de Medicaid o Medi-Cal calificarían para Asistencia Financiera. 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 para realizar una determinación de elegibilidad hipotética y 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 presente Política:

- (a) Entregará al paciente una factura que indique el monto neto 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 neto 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.

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 justificativa, como también los criterios de elegibilidad descritos en la presente Política. Esta decisión puede conducir a ofrecer atención de caridad o con descuento, lo que significará un descuento en los cargos brutos del hospital.

5. Se notificará por escrito al solicitante 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 bajo su pedido para respaldar dicha reconsideración.

7. En caso de una disputa, el solicitante también puede pedir que el gerente de Atención al cliente o el asesor financiero 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) Realizar una evaluación PARO si la cuenta tiene menos de 360 días desde la fecha de servicio o 240 días desde el estado de cuenta inicial en un intento de calificar al paciente para recibir Asistencia Financiera.
- (b) Si la elegibilidad no puede ser determinada con la evaluación PARO, Dignity Health puede solicitar que el paciente brinde la información necesaria para completar la solicitud e incluya 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.
- (c) 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*
- D. Política administrativa de Dignity Health n° 60.4.015, *Identificación de Política de Cuentas de las Personas Sin Hogar*