

Asunto: Política de Asistencia Financiera de Providence (Atención Caritativa/Pago con Descuento): California	Número de política: PSJH RCM 002 CA	
Departamento: Gestión del Ciclo de Ingresos	<input type="checkbox"/> Nuevo <input checked="" type="checkbox"/> Modificado <input type="checkbox"/> Revisado	Fecha: 1 de enero de 2025
Patrocinador ejecutivo: Vicepresidente Sénior y Jefe del Ciclo de Ingresos	Propietario de la política: AVP Financial Counseling	
Aprobado por: Vicepresidente Sénior y Director del Ciclo de Ingresos	Fecha de implementación: 27 de enero de 2025	

Providentia es una organización católica de atención médica sin fines de lucro que se dedica a su misión de servir a todos, especialmente a los pobres y vulnerables. Providentia cree que recibir atención médica es un derecho que toda persona debería tener. Se asegura de que los servicios de atención médica emergentes y necesarios desde el punto de vista médico estén disponibles para cualquier persona en la comunidad, incluso si no pueden pagarlos.

ALCANCE:

Esta política se aplica a todos los hospitales Providentia ("Providentia") del estado de California. Cubre todos los servicios de emergencias, urgencias y otros servicios necesarios desde el punto de vista médico (con la excepción de la atención experimental, de investigación, estética o cosmética, o la atención para la conveniencia del paciente o del médico) (según se detalla en la definición de "Servicios Elegibles"). En el Anexo A figura una lista de los hospitales Providentia cubiertos por esta política. Cuando utilizamos la palabra "hospital" o "centro" en esta política, nos referimos al ámbito de los centros descritos en el Anexo A.

Esta política se interpretará de manera consistente con la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986, y sus enmiendas, con las Políticas de Precios Justos para Hospitales descritas en el Código de Salud y Seguridad de California (Secciones 127400-127446), y con el Título 22 del Código de Reglamentos de California § 96051-96051.37. Si en algún momento esta política y la ley entran en conflicto, prevalecerá la ley.

PROPÓSITO:

El propósito de esta política es garantizar que exista un método consistente, justo y no discriminatorio para brindar asistencia financiera (también conocida como "Atención caritativa/Pagos con descuento", donde corresponda) a personas que reúnen ciertos requisitos y que no pueden pagar, total o parcialmente, los Servicios Elegibles proporcionados por los hospitales de Providentia.

Tiene como objetivo cumplir con todas las leyes aplicables. Esta es la Política oficial de Asistencia Financiera (Atención Caritativa/Pago con Descuento) (FAP) y la Política de Atención Médica de Emergencia para cada hospital Providentia en California.

PERSONAS RESPONSABLES:

Departamentos de Ciclo de Ingresos. Además, todo el personal pertinente que realice funciones relacionadas con el registro, las admisiones, el asesoramiento financiero y la atención al cliente recibirá capacitación periódica sobre esta política.

POLÍTICA:

Provident brindará Servicios Elegibles sin costo, o a un costo menor, a pacientes que califiquen y presenten una solicitud o se consideren elegibles para recibir asistencia financiera, de acuerdo con los criterios establecidos en esta política. Para calificar, los pacientes deben cumplir con los requisitos de elegibilidad descritos en esta política. A los fines de esta política, el término “paciente” se utilizará para referirse al paciente, así como a cualquier persona que sea garante o parte responsable (es decir, una persona que es responsable del pago de cualquier cargo del centro en nombre del paciente que no sea pagado por un tercero).

Los departamentos de emergencia de los hospitales Providence proporcionarán atención a las afecciones médicas de emergencia (según el significado previsto en la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto) de acuerdo con las capacidades disponibles del departamento, independientemente de si un individuo es elegible para asistencia financiera.

Provident no discriminará por motivos de edad, raza, color, creencias, etnia, religión, nacionalidad, estado civil, sexo, discapacidad, estado militar o de veterano o cualquier combinación de las anteriores, ni por ningún otro motivo prohibido por las leyes federales, estatales o locales, a la hora de tomar decisiones sobre la asistencia financiera. La discriminación por motivos de sexo incluye, entre otras: características sexuales, incluidos rasgos intersexuales; embarazo o condiciones relacionadas; orientación sexual; identidad de género y estereotipos de género.

Los departamentos de emergencias de los hospitales Providence realizarán exámenes médicos de emergencia y tratamiento estabilizador o, cuando corresponda, derivarán y trasladarán a una persona a otro hospital. Providence prohíbe cualquier acción, práctica de admisión o política que desaliente a las personas a buscar atención médica de emergencia, como permitir actividades de cobro de deudas que interfieran en la provisión de atención médica de emergencia.

Listado de profesionales sujetos a la FAP de Providence: Cada hospital Providence posee una lista de los médicos, grupos médicos u otros profesionales de atención médica que brindan servicios que están y no están cubiertos por esta política. La ley de California exige a los médicos de emergencias que prestan servicios médicos de emergencia a los pacientes de los hospitales Providence de California que ofrezcan descuentos a los pacientes no asegurados o a los pacientes con gastos médicos elevados que se encuentren al 400 % del FPL o por debajo de esta cifra. Cada hospital Providence proporcionará esta lista a cualquier paciente que solicite una copia. La lista de proveedores también se puede encontrar en línea en el sitio web de Providence:

<https://www.providence.org/billing-support/help-paying-your-bill>.

Requisitos de elegibilidad para asistencia financiera: La asistencia financiera está disponible tanto para pacientes asegurados como no asegurados si cumplen con los requisitos de esta política. La asistencia financiera otorgada de conformidad con esta política también pretende cumplir con otras leyes con respecto a los beneficios permitidos para los pacientes. Providence se esforzará para identificar si existe algún otro seguro que pueda cubrir los costos de los Servicios Elegibles antes de facturar al paciente. No se exigirá a los pacientes que soliciten programas de asistencia médica antes de ser evaluados para la asistencia financiera; sin embargo, Providence puede exigir que un paciente participe en una evaluación de elegibilidad para Medi-Cal cuando, de otro modo, se evalúa a ese paciente para la elegibilidad para la asistencia financiera. Los pacientes sin seguro recibirán un descuento. Los tipos de facturas que podrían ser elegibles para ajustes de asistencia financiera incluyen, entre otros: pago por cuenta propia, cargos para pacientes con cobertura fuera de la red y montos de coseguro, deducible y copago relacionados con pacientes asegurados. Los montos de

deducibles y coseguros reclamados como una deuda incobrable se excluirán del informe de asistencia financiera.

Los pacientes que buscan asistencia financiera pueden completar la Solicitud de Asistencia Financiera de Providence estándar y la elegibilidad se basará en la necesidad financiera en ese momento o en cualquier momento en que Providence reciba información sobre los ingresos de un paciente que pueda indicar necesidad financiera. Se realizarán esfuerzos para notificar e informar a los pacientes sobre la disponibilidad de asistencia financiera proporcionando información durante la admisión y el alta, en el estado de cuenta del paciente, en las áreas de facturación accesibles para el paciente (como mostradores de registros), en el sitio web de Providence, mediante comunicación oral durante las charlas de pago, así como en la cartelería en las áreas de pacientes hospitalizados y ambulatorios, incluidas las áreas donde los pacientes son admitidos o registrados y en el departamento de emergencias. Además, Providence notificará a los pacientes que existen organizaciones que pueden ayudarlos a comprender el proceso de facturación y pago, así como información sobre la supuesta elegibilidad para recibir asistencia financiera, y Providence incluirá la dirección de Internet de estas organizaciones en los formularios de admisión de rutina presentados a los pacientes. Providence mantendrá registros de la información utilizada para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Proporcionará una copia impresa de esta política al paciente que la solicite.

Providence también aprobará un ajuste caritativo en el saldo de la cuenta de ciertos pacientes por medios distintos a una Solicitud de Asistencia Financiera completa si los pacientes cumplen con los requisitos detallados más adelante en esta política (consulte “Asistencia Financiera sin una Solicitud”).

Solicitud de asistencia financiera: Los pacientes pueden solicitar y presentar una Solicitud de Asistencia Financiera, la cual es gratuita y está disponible en los centros de Providence, o a través de los siguientes medios: informando al personal de servicios financieros del paciente (en el momento del alta o antes) que se solicita la asistencia, por correo o visitando www.providence.org/financialhelp. La Solicitud de Asistencia Financiera de una persona se procesará para determinar si puede cumplir con los criterios para asistencia financiera establecidos en esta política.

Los centros de Providence cuentan con personal designado listo para ayudar a los pacientes a completar la Solicitud de Asistencia Financiera y ver si el paciente califica para recibir asistencia financiera de Providence o de programas de seguros financiados por el gobierno. También se encuentra disponible ayuda con la traducción de idiomas para resolver cualquier pregunta y ayudar a completar la Solicitud de Asistencia Financiera.

Un paciente puede proporcionar una Solicitud de Asistencia Financiera completa, incluida toda la documentación de respaldo solicitada, en cualquier momento. Providence suspenderá cualquier actividad de cobro en espera de una determinación inicial de elegibilidad para asistencia financiera, siempre que el paciente o su garante cooperen con los esfuerzos razonables de Providence para llegar a una determinación inicial.



La determinación de la elegibilidad para la asistencia financiera se puede hacer de acuerdo con las calificaciones de ingresos que se detallan en el Anexo B.

Situación financiera individual: Los ingresos y gastos del paciente se utilizarán para evaluar la situación financiera individual del mismo. Además, Providence considerará y recopilará información relacionada con los activos según lo exijan los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) para el informe de costos de Medicare, lo que se aplica a pacientes de Medicare que tampoco tengan el seguro de Medicaid. Si bien Providence recopila información sobre los activos de dichas personas y otra información que los asesores financieros de Providence crean necesaria, no todos esos activos figurarán en el monto final de la asignación. Por ejemplo, el cálculo de la asignación no tendrá en cuenta: (A) los primeros \$100.000 de los activos monetarios de un paciente (incluido su patrimonio familiar, si corresponde) y el 50 % de los activos monetarios de un paciente sobre los primeros \$100.000 (incluido su patrimonio familiar, si corresponde); (B) cualquier capital en una residencia principal; (C) planes de jubilación o compensación diferida calificados bajo el Código de Rentas Internas o planes de compensación diferida no calificados; (D) un vehículo motorizado y un segundo vehículo motorizado si es necesario para fines laborales o médicos; (E) cualquier contrato de funeral o parcela de entierro prepago; y (F) cualquier póliza de seguro de vida con un valor nominal de \$10.000 o menos. El valor de cualquier activo que tenga penalización por retiro anticipado será el valor del activo después de que se haya pagado la penalización. Las solicitudes de información de Providence a la parte responsable para verificar los activos se limitarán a lo que sea razonablemente necesario y esté fácilmente disponible para determinar la existencia, disponibilidad y valor de los activos de una persona y no se utilizarán para desalentar la solicitud de Atención Caritativa o Pago con Descuento. No se solicitarán formularios de verificación duplicados. La documentación de los ingresos se limitará a los últimos talones de pago o declaraciones de la renta. Providence puede aceptar otras formas de documentación de ingresos, pero no exigirá esas otras formas. Cualquier información de activos e ingresos obtenida por el hospital al evaluar a un paciente para Atención Caritativa o Pago con Descuento no se utilizará para actividades de cobro. Para las personas que no son beneficiarios de Medicare, o para aquellos que tienen seguro tanto de Medicare como de Medicaid, no se solicitará ni evaluará ninguna información sobre sus activos.

Calificaciones de ingresos: Los ingresos del paciente, basados en el nivel federal de pobreza (FPL), se pueden utilizar para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Consulte el Anexo B para obtener más detalles.

Determinación de elegibilidad: Los pacientes recibirán una notificación de la determinación de elegibilidad de la FAP dentro de los 30 días posteriores a la presentación de la Solicitud de Asistencia Financiera completa y la documentación necesaria. La notificación incluirá específicamente una explicación del fundamento de la determinación. Una vez que se recibe una solicitud, los esfuerzos de cobro quedarán pendientes hasta que se envíe una determinación de elegibilidad por escrito al paciente. Providence no determinará la elegibilidad para recibir asistencia con base en información que el hospital crea razonablemente que es incorrecta o poco confiable.

Resolución de conflictos: Los pacientes que hayan completado una Solicitud de Asistencia Financiera pueden apelar una determinación de inelegibilidad para recibir asistencia financiera proporcionando la documentación adicional pertinente a Providence dentro de los 30 días posteriores a la recepción del aviso de denegación. Es posible que el paciente deba proporcionar documentación adicional pertinente para respaldar su apelación. Providence suspenderá cualquier actividad de cobro en espera de la revisión de la apelación. Se revisarán todas las apelaciones y, si la revisión confirma la denegación, se enviará una notificación por escrito al paciente y al Departamento de Salud del Estado, cuando sea necesario y de conformidad con la ley. El proceso de apelación final concluirá dentro de los 10 días posteriores a la recepción de la denegación por parte de Providence. Las apelaciones pueden enviarse al Director de Asistencia Financiera a la siguiente dirección: Providence Regional Business Office, P.O. Box 31001-3422, Pasadena, CA, 91110-3422, United States of America.

Asistencia financiera sin una solicitud: Providence puede aprobar un ajuste de caridad en el saldo de la cuenta de un paciente sin una Solicitud de Asistencia Financiera completa como se describe en las circunstancias a continuación:

- **Determinaciones presuntivas:** Tales determinaciones se harán sobre una base presuntiva utilizando una herramienta de evaluación financiera reconocida por la industria que evalúa la capacidad de pago sobre la base de los registros financieros u otros disponibles públicamente, incluyendo pero no limitado a los ingresos aproximados del hogar y el tamaño del hogar de acuerdo con los criterios de elegibilidad establecidos en el Anexo B. Para los pacientes presuntamente elegibles para la condonación sobre la base de este examen, los importes elegibles se condonarán según se indica en el Anexo B. Los pacientes que hayan efectuado el pago antes de que Providence determine que el paciente es presuntamente elegible para recibir asistencia financiera pueden tener que presentar una Solicitud de Asistencia Financiera completa a fin de que se evalúe su elegibilidad para recibir reembolsos de los montos pagados previamente.
- **Programas de asistencia pública:** Los pacientes que participan en programas estatales de Medicaid pueden optar por la asistencia presuntiva. Los saldos de cuentas de pacientes resultantes de cargos por Servicios Elegibles que no son reembolsables por Medicaid, Medi-Cal u otros programas de asistencia de bajos ingresos patrocinados por el gobierno pueden ser elegibles para una condonación caritativa completa, incluyendo pero no limitado a cargos no reembolsables por Servicios Elegibles relacionados con lo siguiente:
 - Estancias de hospitalización denegadas
 - Días de hospitalización denegados
 - Servicios no cubiertos
 - Denegaciones de Solicitudes de Autorización de Tratamiento (TAR)
 - Denegaciones por cobertura restringida

En el caso de pacientes que participan en programas de asistencia pública financiados por el estado y calificados según el FPL, por ejemplo, CalFresh (conocido de forma federal como el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional); CalWORKs (Programa de Asistencia Temporal); el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP); el Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC); programas de almuerzo o desayuno gratuitos; y programas de asistencia energética para hogares de bajos ingresos, Providence puede considerar dicha participación como prueba del FPL o ingreso familiar anual a fin de determinar la elegibilidad para recibir Asistencia Presuntiva conforme al Anexo B.

Gastos médicos catastróficos: Providence otorgará asistencia financiera a su discreción para conceder asistencia adicional basada en las circunstancias del paciente o en el caso de un gasto médico catastrófico que califique, si el ingreso familiar anual del paciente y el total de gastos médicos en los centros de Providence en los 12 meses anteriores cumplen con los requisitos especificados en el Anexo B. Se requiere una Solicitud de Asistencia Financiera completa para evaluar la elegibilidad para Gastos Médicos Catastróficos.

Tiempos de emergencia: La asistencia financiera estará a disposición en momentos de emergencia nacional o estatal, independientemente de la asistencia por gastos catastróficos. Los criterios de elegibilidad y los montos de descuento se establecerán a discreción de Providence en el momento de dicha emergencia. Se requiere una Solicitud de Asistencia Financiera completa para evaluar la elegibilidad para recibir asistencia financiera durante los tiempos de emergencia.

Requisitos de elegibilidad: Providence puede denegar la Solicitud de Asistencia Financiera de un paciente cuando este o un tercero responsable no cumplen con los requisitos descritos en esta política. Providence puede, de conformidad con la ley estatal, imponer requisitos de elegibilidad para determinaciones de asistencia financiera sin una solicitud, incluidos, entre otros, requisitos para que los pacientes respondan a solicitudes según sea necesario para que su aseguradora principal adjudique una reclamación de reembolso y para que proporcionen información sobre cualquier responsabilidad potencial de terceros por el costo de los servicios. Si un paciente no reúne los requisitos para recibir asistencia financiera sobre la base de la información considerada sin una Solicitud de Asistencia Financiera completa, el paciente puede proporcionar la información requerida de conformidad con la Solicitud de Asistencia Financiera y ser considerado bajo el proceso de elegibilidad y solicitud de asistencia financiera establecido en esta política.

Limitación de cargos para todos los pacientes elegibles para asistencia financiera: Ningún paciente que califique para cualquiera de las categorías de asistencia financiera antes mencionadas será responsable por un mayor porcentaje que el de los “Cantidades Generalmente Facturadas” (AGB) de los cargos brutos de Servicios Elegibles, como se define a continuación.

Plan de pago razonable: Todos los pacientes pueden solicitar un plan de pago, independientemente de la determinación o solicitud de asistencia financiera. El plan de pago razonable consistirá en pagos mensuales (sin intereses ni recargos por pagos atrasados) que no superen el 10 % de los ingresos mensuales de un paciente o su familia, sin incluir las deducciones por gastos básicos de subsistencia que el paciente indicó en su solicitud. Providence puede tener en cuenta la disponibilidad de la cuenta de ahorros médicos de un paciente a la hora de aplicar un plan de pago. El plan de pago puede ser declarado sin efecto si el paciente no efectúa todos los pagos consecutivos adeudados durante un período de 90 días. Antes de declararlo sin efecto, Providence intentará razonablemente ponerse en contacto con el paciente por teléfono y notificarle por escrito que el plan de pago puede quedar sin efecto, así como también ofrecerle la oportunidad de renegociarlo. Antes de que Providence declare sin efecto el plan de pago, intentará renegociar los términos del plan de pago incumplido, si así lo solicita el paciente.

Facturación y cobros: Si queda algún monto por pagar después de aplicar la asistencia financiera elegible, los montos pueden remitirse a cobranzas, excepto que Providence no remitirá a cobranzas los montos por Servicios Elegibles prestados a los pacientes de Medicaid. Antes de derivar un cargo impago para su cobro a una agencia de cobranzas, Providence realizará una evaluación previa al cobro para determinar si el paciente reúne los requisitos para recibir asistencia presuntiva, tal como se describe en esta política. Providence proporcionará, o exigirá que las agencias de cobro de terceros proporcionen el aviso por escrito requerido por Código de Salud y Seguridad de California § 127430 sobre los derechos del paciente en virtud de la Ley de Prácticas Justas en el Cobro de Deudas antes de las actividades de cobro. Los esfuerzos de cobro de saldos impagos cesarán hasta que se determine la elegibilidad de asistencia financiera. En caso de que una persona aún no haya presentado una Solicitud de Asistencia Financiera, Providence examinará a dichas personas para determinar su elegibilidad para determinaciones presuntivas en un plazo coherente con la ley estatal aplicable y las prácticas de facturación y cobro de Providence. La asistencia financiera basada en determinaciones presuntivas se proporcionará según lo establecido en el Anexo B. Si una persona desea una determinación más temprana de la elegibilidad para recibir asistencia financiera, puede presentar una Solicitud de Asistencia Financiera en cualquier momento. Providence no tomará, ni permitirá que las agencias de cobranza tomen ninguna acción extraordinaria de cobro, como se define a continuación. Para obtener información sobre las prácticas de facturación y cobro de los montos adeudados por los pacientes de Providence, consulte la política de Providence, que está disponible sin cargo en la mesa de registro de cada hospital de Providence, o en:

www.providence.org/billing-support/understand-bill.

Reembolsos del paciente: Si un paciente paga por Servicios Elegibles y posteriormente se determina que califica para recibir asistencia financiera luego de haber completado una solicitud, cualquier pago realizado por esos Servicios Elegibles durante el Período de Tiempo Elegible para la FAP que exceda la obligación de pago será reembolsado, de acuerdo con las regulaciones estatales y federales. Para mayor claridad, Providence no reembolsará automáticamente los importes abonados previamente sobre la base de una determinación de elegibilidad presuntiva.

Revisión anual: Esta política será revisada anualmente por los responsables designados del Ciclo de Ingresos.

EXCEPCIONES:

Ver la sección Alcance arriba.

DEFINICIONES:

Las siguientes definiciones y requisitos se aplican a esta política:

1. Nivel Federal de Pobreza (FPL): El FPL son las pautas de pobreza actualizadas periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
2. Cantidades Generalmente Facturadas (AGB): Las cantidades generalmente facturadas por atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria a pacientes que tienen seguro médico se denominan en esta política como AGB. Providence Southern California y Providence Northern California determinan el porcentaje de AGB aplicables para cada centro de Providence multiplicando los cargos brutos del centro por los Servicios Elegibles por un porcentaje fijo que se basa en los reclamos permitidos por Medicare o Medi-Cal, cualquiera que sea mayor. Las hojas de información que detallan los porcentajes de AGB utilizados por cada centro de Providence y cómo se calculan se pueden obtener visitando el siguiente sitio web: www.providence.org/obp o llamando al 1-866-747- 2455 para solicitar una copia.
3. Servicios Elegibles: Servicios Elegibles son los servicios de emergencia o servicios médicamente necesarios proporcionados por un centro de Providence que son elegibles para recibir asistencia financiera. Los servicios médicamente necesarios, a los fines de esta política, incluyen servicios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección o dolencia, o los síntomas de una enfermedad, lesión, afección o dolencia, y que cumplan con los estándares aceptados de medicina. Los servicios estéticos, cosméticos, experimentales, de investigación o parte de un programa de investigación clínica, o los servicios que son para la conveniencia del paciente o del médico, no se consideran servicios médicos necesarios.

4. **Acción Extraordinaria de Cobro (ECA):** Las ECA se definen como aquellas acciones que requieren un proceso legal o judicial, implican la venta de una deuda a un tercero o implican la comunicación de información adversa a agencias u oficinas de crédito. Las acciones que requieren proceso legal o judicial para este fin incluyen el embargo preventivo; la ejecución hipotecaria de bienes inmuebles; el gravamen o incautación de una cuenta bancaria u otra propiedad personal; el inicio de una acción civil contra un individuo; acciones que causan el arresto de una persona; acciones que hacen que una persona esté sujeta a detención por incumplimiento de una orden judicial y el embargo de salarios.
5. **Período de tiempo elegible para la FAP:** El período de tiempo elegible para la FAP para (i) servicios hospitalarios es de 240 días; y para (ii) servicios clínicos de 90 días, en los casos en que el paciente tenga que presentar una Solicitud de Asistencia Financiera a Providence. El período comienza en la fecha en que se proporciona al paciente el primer estado de cuenta posterior al alta. Un estado de cuenta se considera “posterior al alta” si se proporciona a un paciente después de que recibió atención, ya sea hospitalaria o ambulatoria, y la persona ha abandonado el centro. Un período de tiempo elegible para la FAP separado comienza con cada episodio de atención, y el período de 240 días para servicios hospitalarios o el de 90 días para servicios clínicos, según corresponda, se medirá a partir de la primera factura posterior al alta del episodio más reciente de atención. Dicho esto, Providence tiene la discreción de aceptar y procesar Solicitudes de Asistencia Financiera de pacientes en cualquier momento.
6. **Costos médicos altos:** Los costos médicos altos son aquellos definidos por las Políticas de Precios Justos de Hospitales (Código de Salud y Seguridad de California § 127400(g)), siendo: (1) gastos anuales de bolsillo incurridos por el individuo en el hospital Providence que excedan el menor de los siguientes valores: el 10 % de los ingresos familiares actuales del paciente o los ingresos familiares en los 12 meses anteriores, (2) gastos anuales de bolsillo que excedan el 10 % de los ingresos familiares del paciente, si se proporciona documentación de los gastos médicos pagados por el paciente o la familia del paciente en los 12 meses anteriores, o (3) un nivel inferior determinado por el hospital Providence de acuerdo con esta política. A efectos de esta definición, por “gastos de bolsillo” se entiende cualquier gasto por atención médica que no sea reembolsado por un seguro o un programa de cobertura médica, como los copagos de Medicare o la participación en los gastos de Medi-Cal.
7. **Atención caritativa:** Significa atención gratuita, tal como se define en Código de Salud y Seguridad de California § 127400.5(a).
8. **Pago descontado o pago con descuento:** Se refiere a cualquier cargo por atención que sea reducido pero no gratuito, tal como se define en el Código de Salud y Seguridad de California § 127400.5(b).
9. **Familia del paciente:** Incluye los siguientes, tal como se define en Código de Salud y Seguridad de California § 127400(h):

Si el paciente tiene 18 años o más, la familia incluye al cónyuge, la pareja de hecho y los hijos dependientes menores de 21 años, o de cualquier edad si tienen una discapacidad, vivan o no en el domicilio familiar.



Si el paciente es menor de 18 años o tiene un hijo dependiente de entre 18 y 20 años de edad, la familia incluye a los padres, parientes cuidadores y los padres o parientes cuidadores, otros dependientes menores de 21 años de edad o de cualquier edad si tienen una discapacidad.

REFERENCIAS:

<i>Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos; 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)</i>
<i>California Health and Safety Codes section 127400 -127446</i>
<i>22 California Code of Regulations § 96051-96051.37</i>
<i>Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto (EMTALA), 42 U.S.C. 1395dd</i>
<i>42 C.F.R. 482.55 y 413.89</i>
<i>American Hospital Associations Charity Guidelines</i>
<i>California Hospital Association Charity Guidelines</i>
<i>California Alliance on Catholic Healthcare Charitable Services Guidelines</i>
<i>Provident Commitment to the Uninsured Guidelines</i>
<i>Provider Reimbursement Manual, Part I, Chapter 3, Section 312</i>

Anexo A – Lista de centros cubiertos

Para mayor claridad, esta política también se aplica a todos los departamentos y clínicas para pacientes hospitalizados y ambulatorios de las instalaciones cubiertas. Además, se aplica a los empleados de los centros cubiertos, así como a cualquier entidad sin fines de lucro de propiedad mayoritaria o controlada por Providence y que lleve el nombre de Providence y sus respectivos empleados.

Hospitales de Providence en el Sur de California	
Provident Saint Joseph Medical Center	Provident Holy Cross Medical Center
Provident Little Company of Mary Medical Center San Pedro	Provident Saint John's Health Center
Provident Cedars-Sinai Tarzana Medical Center	Provident Little Company of Mary Medical Center Torrance
Provident St. Joseph Hospital Orange	Provident St. Jude Medical Center
Provident St. Mary Medical Center	Provident Mission Hospital Laguna Beach
Provident Mission Hospital Mission Viejo	

Hospitales de Providence en el Norte de California	
Provident St. Joseph Hospital	Provident Redwood Memorial Hospital
Provident Santa Rosa Memorial Hospital	Provident Queen of the Valley Medical Center

NorCal Health Connect Hospitals	
Petaluma Valley Hospital	Healdsburg Hospital

Anexo B: Requisitos de Ingresos para los Hospitales de Providence en el Sur de California

Si...	Entonces...
El ingreso familiar anual, ajustado según el tamaño de la familia, es igual o inferior al 300 % de las pautas actuales de la FPL,	Se determina que el paciente es económicamente indigente y califica para Atención caritativa con 100 % de condonación de los montos de responsabilidad del paciente.
El ingreso familiar anual, ajustado según el tamaño de la familia, está entre el 301 y el 400 % de las pautas actuales de FPL,	El paciente es elegible para un Pago con Descuento del 83 % de los cargos originales sobre los montos de responsabilidad del paciente por los Servicios Elegibles, y en ningún caso se le cobrará más de los AGB.
El ingreso familiar anual, ajustado según el tamaño de la familia, es menor o igual al 400 % del FPL <u>Y ADEMÁS</u> el paciente ha incurrido en gastos médicos totales en los hospitales de Providence en los 12 meses anteriores que superan el 20 % de su ingreso familiar anual, ajustado según el tamaño de la familia, para Servicios Elegibles,	El paciente tiene derecho a una aprobación única para una condonación de Atención caritativa para gastos médicos catastróficos del 100 % de los importes de responsabilidad del paciente por Servicios Elegibles adeudados a la fecha de presentación de la Solicitud de Asistencia Financiera.
Si un paciente no ha presentado una Solicitud de Asistencia Financiera completa, tal y como se indica en esta política, pero el análisis realizado por una herramienta de evaluación financiera reconocida por el sector estima que los ingresos aproximados del hogar, ajustados en función del tamaño de la familia, son iguales o inferiores al 300 % de las pautas actuales del FPL,	El paciente es presuntamente elegible para una condonación de Atención Caritativa del 100 % de los importes de responsabilidad del paciente por los Servicios Elegibles.

Requisitos de ingresos para los hospitales de Providence en el Norte de California y los hospitales de NorCal Health Connect en el Norte de California

Si...	Entonces...
El ingreso familiar anual, ajustado según el tamaño de la familia, es igual o inferior al 300 % de las pautas actuales de la FPL,	Se determina que el paciente es económicamente indigente y califica para Atención Caritativa con 100 % de condonación de los montos de responsabilidad del paciente
El ingreso familiar anual, ajustado según el tamaño de la familia, está entre el 301 y el 400 % de las pautas actuales de FPL,	El paciente es elegible para un Pago con Descuento del 87 % de los cargos originales sobre los montos de responsabilidad del paciente por los Servicios Elegibles, y en ningún caso se le cobrará más de los AGB.

<p>El ingreso familiar anual, ajustado según el tamaño de la familia, es menor o igual al 400 % del FPL <u>Y ADEMÁS</u> el paciente ha incurrido en gastos médicos totales en los hospitales de Providence en los 12 meses anteriores que superan el 20 % de su ingreso familiar anual, ajustado según el tamaño de la familia, para Servicios Elegibles,</p>	<p>El paciente tiene derecho a una aprobación única para una condonación de Atención caritativa para gastos médicos catastróficos del 100 % de los importes de responsabilidad del paciente por Servicios Elegibles adeudados a la fecha de presentación de la Solicitud de Asistencia Financiera.</p>
<p>Si un paciente no ha presentado una Solicitud de Asistencia Financiera completa, tal y como se indica en esta política, pero el análisis realizado por una herramienta de evaluación financiera reconocida por el sector estima que los ingresos aproximados del hogar, ajustados en función del tamaño de la familia, son iguales o inferiores al 300 % de las pautas actuales del FPL,</p>	<p>El paciente es presuntamente elegible para una condonación de Atención Caritativa del 100 % de los importes de responsabilidad del paciente por los Servicios Elegibles.</p>



Origen 10/2019
 Última aprobación 02/2023
 Efectivo 02/2023
 Última modificación 02/2023
 Próxima revisión 02/2028

Propietario Ryan Thompson:
 Vicepresidente
 Sénior y Director
 del Ciclo de
 Ingresos
 Área de la política Ciclo de ingresos
 Aplicabilidad Sistema de
 Providence +
 PGC

Asignaciones de deudas incobrables PSJH-RCS-I 603

Patrocinador ejecutivo:	Gregory Hoffman, Director Financiero
Propietario de la política:	Ryan Thompson, Vicepresidente Sénior, Director del Ciclo de Ingresos
Persona de contacto:	Ryan Thompson, Vicepresidente Sénior, Director del Ciclo de Ingresos

Alcance:

Esta política se aplica a las obligaciones de los pacientes cuando las gestiones internas de cobro no han dado lugar al pago íntegro de acuerdo con los plazos y procesos establecidos. Esta política se aplica a Providence y a sus afiliados[i] que prestan servicios de atención médica y a sus empleados (conocidos colectivamente como "Providence"). Esta política no se aplica al Providence Health Plan (PHP)[ii] ni al U.S. Family Health Plan (USFHP).

☒ Sí ☐ No ¿Es aplicable esta política a los cuidadores del Providence Global Center (PGC)?

Se trata de una política de nivel directivo revisada y recomendada por el Comité Consultivo de Políticas (PAC) para someterla a la aprobación de la cúpula directiva, lo que incluye su examen por el Consejo Ejecutivo y la aprobación final por el Presidente, el Director Ejecutivo o el delegado correspondiente.

Propósito:

Providence es una Organización de atención médica sin fines de lucro guiada por el compromiso con su Misión de servir a todos, especialmente a los pobres y vulnerables, por sus Valores Fundamentales de compasión, dignidad, justicia, excelencia e integridad, y por la creencia que la salud es un derecho humano.

El propósito de esta política es:

- A. Garantizar el cumplimiento de los requisitos normativos por parte de Providence y de cualquier entidad contratada para el cobro de deudas incobrables, incluidas las normativas estatales y federales de Medicaid y Medicare, así como del Código de Rentas Internas 501(r).

- B. Garantizar que Providence realice esfuerzos razonables para informar al paciente sobre la disponibilidad de asistencia financiera antes de asignar una cuenta como deuda incobrable.
- C. Garantizar que Providence realice esfuerzos razonables para evaluar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera antes de asignar una cuenta como deuda incobrable.

Definiciones:

A los efectos de esta política, se aplican las siguientes definiciones y requisitos:

A. **FAP (Política de Asistencia Financiera)** es la Política de Atención Caritativa/Asistencia Financiera de Providence, complementada y aclarada por las Políticas de Asistencia Financiera (Atención Caritativa) estatales y regionales, que proporciona servicios gratuitos o con descuento a pacientes elegibles de acuerdo con los requisitos normativos pertinentes.

B. **Las Acciones Extraordinarias de Cobro (ECA)** se definen como aquellas acciones que requieren un proceso legal o judicial, involucran la venta de una deuda a otra parte o el reporte de información adversa a las agencias u oficinas de crédito. Las ECA que requieren proceso legal o judicial para este fin incluyen el embargo preventivo; ejecución hipotecaria de bienes inmuebles, gravamen o incautación de una cuenta bancaria u otra propiedad personal; inicio de una acción civil contra un individuo; acciones que causan el arresto de una persona; acciones que hacen que una persona esté sujeta al apego corporal y embargo de salario.

El **Resumen en Lenguaje Sencillo** es una declaración escrita para comunicar que Providence ofrece asistencia financiera en virtud de la FAP para servicios de hospitalización y ambulatorios, y contiene la información que debe incluirse en dicha declaración en virtud de la FAP.

D. La **reclamación escalada de un paciente** es una situación en la que un paciente no está satisfecho con la resolución o la gestión de su cuenta o cuentas y solicita que alguien con un nivel de autoridad superior resuelva la reclamación.

Política:

Para garantizar la mejor experiencia posible en relación con los esfuerzos de cobro de las deudas de los pacientes, Providence ha desarrollado esta política para facilitar enfoques coherentes y de calidad para las asignaciones de deudas incobrables. Esta política se interpretará de manera consistente con la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas, en su versión modificada. En caso de conflicto entre las disposiciones de dichas leyes y esta política, dichas leyes prevalecerán.

Requisitos:

1. Providence no venderá deuda a terceros. PSJH tiene autoridad para transferir deudas de pacientes a agencias de cobro de deudas incobrables.
2. En general, no se asignará una cuenta a una agencia de cobro de deudas incobrables durante el proceso de determinación o mientras se esté revisando o tramitando la situación financiera del paciente o su solicitud de seguro o asistencia financiera, o durante el período de tramitación de una apelación de una determinación de la situación de patrocinio de atención caritativa. Antes de enviar una cuenta a una agencia de cobro de deudas incobrables, Providence hará los esfuerzos razonables para informar a los pacientes, cobrar las obligaciones del paciente y evaluar la elegibilidad de caridad de acuerdo con los requisitos normativos y la FAP de Providence. Esto puede incluir:
 - a. Proporcionar extractos de facturación con un aviso escrito bien visible para informar a los pacientes sobre la disponibilidad de ayuda financiera, así como un número de teléfono directo y una dirección de sitio web donde puedan obtenerse solicitudes, políticas, resúmenes en lenguaje sencillo y servicios de traducción, incluida una declaración de que puede haber servicios de asesoramiento sin ánimo de lucro disponibles en la zona.
 - b. Garantizar la disponibilidad de un resumen en lenguaje sencillo de Providence (FAP) con al menos una (1) comunicación posterior al alta como parte del proceso de admisión o alta.
 - c. Examinar la cuenta para determinar la ayuda financiera de acuerdo con la FAP de Providence.
 - d. Garantizar que las agencias de cobros de deudas incobrables a las que se puedan asignar cuentas cumplen la normativa estatal y federal de Medicaid y Medicare, así como los requisitos 501(r), incluida la obtención de una licencia de cobrador de deudas, según exija la legislación estatal, y que las agencias no se involucrarán en ECA, incluido, entre otros, el inicio de acciones legales contra los pacientes.
 - e. Garantizar el cifrado adecuado de la Información Médica Protegida (PHI) para cualquier información del paciente proporcionada a una agencia de cobro de deudas incobrables a la que se puedan asignar cuentas.

Antes de asignar una cuenta a una agencia de cobro de deudas incobrables, enviar al paciente una notificación con determinada información relacionada con dicha deuda incobrable (por ejemplo, fechas de servicio e importes de la factura). Para los pacientes de California, dicha notificación debe incluir un resumen de los derechos del paciente relacionados con las actividades de cobro y el nombre de la agencia de cobro de morosos.

3. Requisitos para las agencias de cobro de deudas incobrables a las que se asignan las cuentas de Providence:

- a. Las cuentas permanecerán con el proveedor principal de deudas incobrables hasta que la cuenta se considere imposible de cobrar o hasta trescientos sesenta y cinco (365) días desde su colocación, lo que ocurra primero. Las cuentas consideradas imposibles de cobrar se devolverán mensualmente, sin superar los 365 días. Las cuentas de más de 365 días, que están en un plan de pago activo, pueden permanecer en la agencia hasta su resolución. Providence puede optar en cualquier momento y por cualquier motivo por retirar cuentas y resolver dichas cuentas internamente o colocar las cuentas devueltas con una agencia de colocación de deudas incobrables secundaria o terciaria.
 - b. La agencia de cobros debe cumplir toda la normativa pertinente, incluida la Ley de Prácticas Justas de Cobro de Deudas (FDCPA)¹, la Ley de Protección del Consumidor Telefónico (TCPA) 501(r) y cualquier otra normativa estatal o federal aplicable. Concretamente, en lo que respecta a la normativa estatal y federal, la agencia:
 - i. También debe asegurarse de que no se adopten medidas de cobro extraordinarias.
 - ii. Debe suspender los esfuerzos de cobro si Providence le notifica que el paciente presentó una solicitud de FAP después de la asignación y, a partir de entonces, seguir las instrucciones de Providence con respecto a la cuenta.
 - iii. Debe informar a PSJH de cualquier reclamación escalada del paciente recibida en la cuenta de Providence.
 - iv. No debe reasignar la cuenta a otra agencia sin la aprobación expresa de Providence.
 - c. Cuando la agencia de cobro de deudas incobrables identifique que el paciente se ha declarado en quiebra, la agencia deberá notificarlo a Providence.
 - d. La agencia de cobros no venderá deudas incobrables.
 - e. La agencia de cobros no podrá: (a) utilizar o amenazar con utilizar la fuerza o la violencia para causar daños físicos al paciente o a su familia o a sus bienes; (b) amenazar con arrestos o acciones penales; (c) amenazar con confiscar, embargar o vender los bienes de un paciente si para ello se requiere una orden judicial; (d) utilizar un lenguaje profano, obsceno o abusivo en las comunicaciones con el empleador del paciente en relación con la naturaleza o la existencia de la deuda; o (f) ocultar el verdadero propósito de la comunicación relacionada con los cobros.
4. La agencia de cobros debe comprometerse a devolver, y Providence aceptará, cualquier cuenta en la que se haya determinado que el saldo es incorrecto debido a la disponibilidad de un tercero pagador, o el paciente sea elegible para atención caritativa o asistencia financiera. En caso de que un paciente haya pagado en una cuenta y posteriormente se determine que cumple los criterios de asistencia financiera, Providence reembolsará las cantidades apropiadas al paciente o a la parte responsable de acuerdo con cualquier ley estatal aplicable.
5. Ni Providence ni ninguna agencia de cobros:
 - a. Cobrará intereses sobre la deuda médica del paciente.
 - b. Intentará cobrar una deuda médica del hijo de un paciente o de otro miembro de la familia que no sea financieramente responsable de la deuda, si lo prohíbe la ley estatal.
 - c. Utilizará talones de pago recientes o declaraciones de la renta proporcionadas por el paciente para las actividades de cobro.

Referencias:

Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos; 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7) 42 C.F.R. 482.55
47 U.S.C. §227 (TCPA)
PROV-FIN-519 Discounts for Health Services
PROV-FIN-520 Medicare Bad Debts
PSJH-MISS-100 Charity Care-Financial Assistance
State and Regional Financial Assistance (Charity Care) Policies

Archivos adjuntos:

Ninguno

Aplicabilidad

[1] A los fines de la presente política, “Afiliados” se define como cualquier entidad sin ánimo de lucro que sea propiedad o esté controlada en su totalidad por Providence St. Joseph Health (PSJH), Providence Health & Services, St. Joseph Health System, Western HealthConnect, Kadlec, Covenant Health Network,

Grace Health System, Providence Global Center*, NorCal HealthConnect, o sea una entidad sin ánimo de lucro o de propiedad mayoritaria o controlada por PSJH o sus Afiliadas y lleve los nombres de Providence, Swedish Health Services, St. Joseph Health, Covenant Health, Grace Health System, Kadlec o Pacific Medical Centers (incluye grupos médicos, atención domiciliaria y comunitaria, etc.).

*Las políticas o procedimientos de nuestros afiliados internacionales pueden variar debido a diferencias normativas.

[2] A los fines de la presente política, se entiende por “plan de salud” las siguientes entidades: Providence Health Plan, Providence Plan Partners, Providence Health Assurance, Ayin Health Solutions, Inc, y Performance Health Technologies, Ltd.

Fechas de todas las revisiones

02/2023, 09/2022, 08/2022, 10/2019

Firmas de aprobación

Descripción	Aprobado por	Fecha
Presidente/CEO de PSJH	Cynthia Johnston: especialista sénior en cumplimiento	02/2023
Consejo Ejecutivo de PSJH	Cynthia Johnston: especialista sénior en cumplimiento	
Comité Consultivo de Políticas de PSJH	Cynthia Johnston: especialista sénior en cumplimiento	02/2023

Estándares

No hay estándares asociados con este documento.