

Asunto: Política de Asistencia Económica (Beneficencia) de SJH	Número de política: PSJH RCM 002 NoCal	
Departamento: Revenue Cycle Management (Gerencia de Ciclo de Ingresos)	<input checked="" type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Revisión <input type="checkbox"/> Revisada	Fecha: 3/22/2019
Ejecutivo supervisor: Kimberly Sullivan, Ejecutiva SVP Encargada del Ciclo de Ingresos	Dueño de la política: Marie Sorci, Ejecutiva de Área Servicios del Ciclo de Ingresos	
Aprobado por: Mesa Directiva de PSJH	Fecha de implementación: 5/1/2019	

St. Joseph Health (“SJH”) es una organización de cuidados de salud, católica, sin fines de lucro, guiada por su compromiso con su Misión de servir a todos, en especial a los pobres y vulnerables, por sus Valores Centrales de compasión, dignidad, justicia, excelencia e integridad, y por la creencia de que los cuidados de salud son un derecho humano. Es la filosofía y práctica de cada hospital de SJH de que los servicios médicos emergentes y médicamente necesarios estén a fácil disposición de las personas de las comunidades a las que servimos, sin importar su capacidad de pagar.

ALCANCE:

Esta política es vigente para todos los hospitales de SJH en los Condados de Humboldt, Sonoma y Napa, y a todos los servicios de emergencia, urgencia, y otros que sean médicamente necesarios, brindados por los hospitales de SJH en esos Condados (con excepción de aquellos cuidados que son experimentales o investigativos). En el Anexo A, Lista de Centros Cubiertos, hay una lista de los hospitales de SJH que están sujetos a esta política.

Esta política se interpretará de forma coherente con la Sección 501(r) del Código del Servicio de Rentas Internas de 1986, y sus enmiendas, y con respecto a los Hospitales SJH en California, y la sección sobre Políticas de Precios Justos de Hospitales incluida en el Código de Salud y Seguridad de California (Secciones 127400-127446). En el caso de existir un conflicto entre las disposiciones de dichas leyes y esta política, regirán las leyes.

OBJETIVO:

El objetivo de esta política es de asegurar un método uniforme, no discriminatorio, eficaz y justo para la entrega de Asistencia Económica (beneficencia) a personas que cumplen el criterio y no pueden pagar todo o una parte de los servicios de emergencia médicamente necesario y otros servicios de hospital brindados por los hospitales de SJH.

La intención de esta política es de cumplir con todas las leyes federales, estatales y locales. Esta política y los programas de asistencia económica incluidos en la misma conforman la Política de Asistencia Económica (“FAP”, por su siglas en inglés) y Política de Atención Médica de Emergencia oficiales de cada hospital del que SJH es el propietario, arrendador u operador.

POLÍTICA:

SJH brindará servicios hospitalarios gratis o con descuento para pacientes calificados de bajos ingresos, no asegurados o subasegurados, y pacientes que tienen gastos médicos altos y están en el 350 % del índice federal de pobreza, cuando la capacidad de pagar los servicios constituye un obstáculo al acceso a atención de emergencia médicamente necesaria y otros servicios del hospital, y no se ha identificado ninguna fuente de cobertura alternativa. Para calificar, los pacientes deberán cumplir los requisitos de derecho descritos en esta política.

Los hospitales de SJH que tienen departamentos de emergencia dedicados proporcionarán, sin discriminación,

atención para condiciones médicas de emergencia (según la definición de la Ley de Tratamiento Médico y Parto de Emergencia) en coherencia con su capacidad disponible, sin importar si la persona tiene derecho a asistencia económica. SJH no discriminará por motivo de edad, raza, color, creencia, etnia, religión, origen nacional, estado civil, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, discapacidad, situación de veterano o militar, o cualquier otro motivo prohibido por las leyes federales, estatales, o locales, cuando hacen determinaciones sobre la asistencia económica.

Los hospitales de SJH proporcionarán estudios de detección médica de emergencia y tratamiento para estabilizar al paciente, o le derivarán y transferirán si dicha transferencia es apropiada según el reglamento 42 C.F.R 482.55. SJH prohíbe cualquier acción, práctica de admisión, o política que podría disuadir a las personas de buscar atención médica de emergencia, como permitir actividades de cobranza de deudas que interfieren con la entrega de atención médica de emergencia.

Lista de Profesionales Sujetos a la FAP de SJH: Cada hospital de SJH preparará una lista específica de aquellos médicos, grupos médicos, u otros profesionales que proporcionan servicios y que están o no están sujetos a esta política. Los médicos de salas de urgencia que proporcionan servicios médicos de emergencia a pacientes en hospitales de SJH en California, están obligados por las leyes de California a proporcionar descuentos a los pacientes que no tienen seguro o que incurren costos médicos altos (según se definen en la sección sobre Políticas de Precios Justos de Hospitales, explicadas en el Código de Salud y Seguridad de California (Secciones 127400-127446)) y que están en o por debajo de él 350 % del FPL. Cada Hospital de SJH proveerá dicha lista a cualquier paciente que solicite una copia. La lista de proveedores también se encuentra en línea en el sitio web de St. Joseph Health: www.stjhs.org.

Criterio para el Derecho a Asistencia Económica: Se ofrece asistencia económica tanto para los pacientes que no tienen seguro médico como los que sí cuentan con seguro, y sus garantes, donde quieran que dicha asistencia sea congruente con esta política y con las leyes federales y estatales que rigen los beneficios permitidos para pacientes. Antes de dirigir alguna actividad de cobranza al paciente, los hospitales de SJH harán un esfuerzo razonable por determinar la existencia o no existencia de cobertura de terceros que podría cubrir, en total o en parte, la atención proporcionada por los hospitales de SJH.

Los pacientes que buscan asistencia económica deberán llenar la Solicitud de Asistencia Económica estándar de SJH, y su derecho a dicha asistencia será determinada por la necesidad económica del momento. Se harán esfuerzos razonables por notificar e informar a los pacientes de la disponibilidad de Asistencia Económica, proporcionando información durante los procesos de admisión y alta, en la cuenta del paciente, en áreas de facturación abiertas al paciente, en el sitio web del hospital de SJH, mediante notificación verbal durante pláticas sobre el pago, así como en rótulos en áreas de alta concurrencia de pacientes hospitalizados y ambulantes, tales como los departamentos de admisión y de emergencia. SJH guardará la información utilizada para determinar el derecho en conformidad con sus políticas sobre registros.

Para solicitar Asistencia Económica: Los pacientes y garantes pueden solicitar y presentar una solicitud de asistencia económica, la cual es gratuita y disponible en el ministerio de SJH o de las siguientes maneras: Informar al personal de servicios financieros al paciente, en el momento de alta o antes de ese momento, de que se solicita asistencia, presentando la solicitud con la documentación completa; por correo postal, o en www.stjhs.org, descargando y presentando la solicitud llenada junto con la documentación. Cuando una persona solicita asistencia económica, se hará una evaluación inicial que incluirá un estudio de si el paciente ya ha agotado cualquier fuente de pago de terceros, o no tiene derecho a ninguno.

Cada hospital de SJH tendrá disponible personal designado para ayudar a los pacientes a completar la Solicitud de Asistencia Económica y determinar su derecho a la Asistencia Económica de SJH o la asistencia económica de los programas de seguro financiados por el gobierno, de aplicarse. Se ofrece servicios de interpretación para tratar cualquier pregunta o preocupación y para ayudar a llenar la Solicitud de Asistencia Económica.

Un paciente o garante que podría tener derecho a solicitar asistencia económica puede en cualquier momento proporcionar a SJH documentación suficiente para apoyar una determinación de derecho en cualquier momento que se entere que sus ingresos se han reducido a una suma menor al FPL mínimo según los reglamentos Federales y Estatales relevantes.

Situación Económica Individual: Se tomará en cuenta los ingresos, los activos monetarios y los gastos del paciente para evaluar la situación económica individual del paciente. Los activos monetarios no incluirán planes de jubilación o de compensación aplazada calificados bajo el Código de Rentas Internas, ni planes de compensación aplazada no calificados. Tampoco se incluirá en la determinación de elegibilidad los primeros \$10,000 de los activos monetarios del paciente ni el primer 50 % de los activos monetarios que tenga en exceso de los primeros \$10,000.

Criterio con respecto a los ingresos: Para determinar el derecho a atención gratis o con descuento, se puede aplicar criterios de ingresos según el Índice federal de pobreza (FPL). Para los detalles, favor de ver el Anexo B.

Determinaciones y Aprobaciones: Dentro de 30 días de presentar la solicitud llenada de Asistencia Económica y la documentación necesaria, los pacientes serán notificados de la determinación hecha con respecto a su derecho según la FAP. Una vez recibida una solicitud, cualquier actividad extraordinaria de cobranza será suspendida hasta no enviar al paciente una determinación de su derecho, en forma escrita. SJH no hará una determinación de derecho a asistencia con base en información que el hospital cree ser incorrecta o poco confiable.

Resolución de conflictos: Si se determina que el paciente no tiene derecho a asistencia económica, el paciente puede apelar la determinación mediante la presentación a SJH de documentación relevante adicional, dentro de 30 días de recibir el aviso de denegación. Se revisará toda apelación, y si la revisión afirma la denegación se enviará una notificación escrita al garante y al Departamento Estatal de Salud donde sea requerido, según dicte la ley. El proceso definitivo de apelación concluirá dentro de 10 días de recibir la denegación de SJH. Puede enviarse una apelación a Santa Rosa Memorial, 1165 Montgomery Drive, Santa Rosa, CA 95405.

Beneficencia presunta: SJH puede aprobar un ajuste de beneficencia al saldo de la cuenta de un paciente, usando métodos distintos a la solicitud completa de Asistencia Económica. Dichas determinaciones se harán de forma presuntiva, usando una herramienta de evaluación financiera reconocida por la industria, que evalúa la capacidad de pagar con base en registros financieros u otros registros disponibles al público, entre ellos, los ingresos del hogar, tamaño del hogar, e historial crediticio y de pago.

Otras circunstancias especiales: A los pacientes que tienen derecho a programas que califican bajo la FPL, como Medicaid, Medi-Cal y a otros programas de asistencia patrocinados por el gobierno para programas de asistencia para personas con bajos ingresos, se consideran ser indigentes. Dichos pacientes, por lo tanto, califican para Asistencia Económica cuando los programas niegan el pago y luego consideran los cargos facturables al paciente. Los saldos de las cuentas de pacientes que resultan de cargos no reembolsados, califican en su totalidad como pérdidas contables caritativas. Se incluye específicamente como calificados los cargos relacionados con los siguientes:

- Estadías hospitalarias negadas
- Días de atención hospitalaria negados
- Servicios no cubiertos
- Negaciones de la Solicitud de Autorización de Tratamiento (TAR, por sus siglas en inglés)
- Negaciones debido a cobertura con restricciones

Gastos Médicos Catastróficos: SJH, a su propia discreción, puede conceder ayuda de beneficencia en el caso de un gasto médico catastrófico. A estos pacientes se les considerará de manera individual.

Restricción sobre los cargos para cualquier paciente que tenga derecho a Asistencia Económica: Ningún paciente que califica para alguna de las categorías mencionadas anteriormente será personalmente responsable de más del porcentaje de los cargos brutos equivalentes a "Montos Usualmente Facturados" (AGB), según se define a continuación.

Plan de pago razonable: Una vez que un paciente esté aprobado para recibir asistencia económica parcial, si todavía tiene un saldo pendiente SJH negociará un plan de pagos. El plan de pagos razonable consistirá en pagos mensuales que no exceden el 10 por ciento del ingreso familiar mensual del paciente, excluyendo cualquier deducción por Gastos Esenciales de la Vida que el paciente haya incluido en su solicitud de asistencia económica. Los planes de pago no incurrirán intereses. La cronología de los planes de pago se extenderá para los pacientes que tienen apelaciones de cobertura pendientes.

Facturación y Cobranza: Cualquier saldo no pagado que deban los pacientes o garantes después de aplicar cualquier descuento disponible, de haber, puede ser enviado a cobranzas. Las actividades de cobranza de saldos no pagados cesarán mientras esté pendiente la determinación definitiva de derecho según la FAP. SJH no realiza ni permite la realización, directa o a través de agencias de cobranza, de ninguna acción extraordinaria de cobranza antes de: (a) un esfuerzo razonable por determinar si el paciente califica para asistencia económica; o (b) 120 días después de enviar al paciente el primer estado de cuenta. Para información sobre las prácticas de facturación y cobranza de SJH de sumas debidas por los pacientes, favor de consultar la política del Hospital de SJH, que puede obtener gratis en la mesa de inscripción de cada hospital de SJH, o en: www.stjhs.org.

Reembolsos a los pacientes: Si un paciente o garante ha hecho un pago por servicios y luego se determina que tiene derecho a atención gratis o con descuento, cualquier pago relacionado con dichos servicios, en exceso de la obligación de pago, y hecho durante el período en que tiene derecho bajo la FAP, será reembolsado en conformidad con los reglamentos estatales.

Revisión Anual: Esta Política de Asistencia Económica (Beneficencia) de SJH será revisada anualmente por el liderazgo designado de Ciclo de Ingresos.

EXCEPCIONES:

Vea el Alcance anterior.

DEFINICIONES:

Para los fines de esta política, se aplican las siguientes definiciones y requisitos:

1. Índice Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés): FPL significa las directrices sobre la pobreza que el Departamento de Salud y Servicios Humanos actualiza periódicamente en el Registro Federal.
2. Montos Usualmente Facturados (AGB, por sus siglas en inglés): Los montos usualmente facturados por emergencias u otra atención médicamente necesaria que se cobran a pacientes con seguro médico se conocen en esta política como AGB. SJH utiliza el método prospectivo de Medicare para determinar el AGB. El AGB es igual al monto que reembolsaría Medicare por honorarios por servicio (fee-for-service), más el monto que le correspondería al paciente pagar por concepto de copagos, coseguro y deducibles si, en el momento del servicio, fuera un beneficiario de Medicare.
3. Acción extraordinario de cobro (ECA, por sus siglas en inglés): La ECA se define como aquella acción que requiere un proceso legal o judicial, conlleva la venta de una deuda a otra parte, o el reporte de información adversa a agencias u oficinas crediticias. Las medidas que, para este fin, exigen un proceso legal o judicial incluyen un gravamen; ejecución de la hipoteca de bienes inmuebles; incautación o embargo de una cuenta bancaria u otra propiedad personal; inicio de una demanda civil contra la persona; medidas que pueden resultar en el arresto de la persona; medidas que causan que la persona esté sujeto a detención; y el embargo de salario.
4. Costos Médicos Altos: Costos Médicos Altos son aquellos costos definidos como tal por la sección de Políticas de Precios Justos de Hospitales - Código de Salud y Seguridad de California (Secciones 127400-127446), que son: (1) gastos de bolsillo anuales que incurre la persona en el hospital de SJH en exceso del 10% de los ingresos familiares del paciente recibidos en los 12 meses anteriores, (2) gastos de bolsillo anuales en exceso del 10% de los ingresos familiares del paciente, si el paciente proporciona documentación de sus gastos médicos pagados por el paciente mismo o por su familia en los 12 meses anteriores, o (3) un

nivel más bajo determinado por el hospital de SJH en conformidad con la política de beneficencia del hospital de SJH.

REFERENCIAS:

<i>Internal Revenue Code Section 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)</i>
<i>California Health and Safety Codes section 127000 -127446</i>
<i>Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA), 42 U.S.C. 1395dd 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>Providence St. Joseph Health Commitment to the Uninsured Guidelines</i>
<i>Provider Reimbursement Manual, Part I, Chapter 3, Section 312</i>

Anexo A – Lista de Centros Incluidos

Hospitales de St. Joseph Health en el Norte de California	
St. Joseph Hospital, Eureka	Redwood Memorial Hospital
Santa Rosa Memorial Hospital	Petaluma Valley Hospital
Queen of the Valley Medical Center	

Anexo B - Criterio de ingresos para los Hospitales de St. Joseph Health en el Norte de California

Si los ingresos de la familia son de...	Y el paciente...	Entonces...																						
200% del FPL o menos,	No asegurado o asegurado	Se considerará como pérdida contable la totalidad (100%) de la parte de la factura para la cual es responsable el paciente.																						
201 % - 350 % del FPL,	No asegurado,	<p>La obligación de pago del paciente representará un porcentaje del AGB para ese servicio, según la escala variable a continuación:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #e0f2f7;">Si el % del FPL representado por los ingresos es de...</th> <th style="background-color: #e0f2f7;">Entonces el % del AGB es...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>201 – 215%</td><td>10%</td></tr> <tr><td>216 – 230%</td><td>20%</td></tr> <tr><td>231 – 245%</td><td>30%</td></tr> <tr><td>246 - 260%</td><td>40%</td></tr> <tr><td>261 – 275%</td><td>50%</td></tr> <tr><td>276 – 290%</td><td>60%</td></tr> <tr><td>291 – 305%</td><td>70%</td></tr> <tr><td>306 – 320%</td><td>80%</td></tr> <tr><td>321 – 335%</td><td>90%</td></tr> <tr><td>336 – 350%</td><td>100%</td></tr> </tbody> </table>	Si el % del FPL representado por los ingresos es de...	Entonces el % del AGB es...	201 – 215%	10%	216 – 230%	20%	231 – 245%	30%	246 - 260%	40%	261 – 275%	50%	276 – 290%	60%	291 – 305%	70%	306 – 320%	80%	321 – 335%	90%	336 – 350%	100%
	Si el % del FPL representado por los ingresos es de...	Entonces el % del AGB es...																						
201 – 215%	10%																							
216 – 230%	20%																							
231 – 245%	30%																							
246 - 260%	40%																							
261 – 275%	50%																							
276 – 290%	60%																							
291 – 305%	70%																							
306 – 320%	80%																							
321 – 335%	90%																							
336 – 350%	100%																							
Asegurado,	<p>Los pagos de seguro reducirán la obligación del paciente:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #e0f2f7;">Si...</th> <th style="background-color: #e0f2f7;">Entonces...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>El pago del seguro es más de AGB o igual al mismo,</td> <td>Se considerará como pérdida contable la totalidad (100%) de la parte de la factura para la cual es responsable el paciente.</td> </tr> <tr> <td>El pago del seguro es menos que el AGB,</td> <td>El paciente pagaría la diferencia entre el pago del seguro y el AGB.</td> </tr> </tbody> </table>	Si...	Entonces...	El pago del seguro es más de AGB o igual al mismo,	Se considerará como pérdida contable la totalidad (100%) de la parte de la factura para la cual es responsable el paciente.	El pago del seguro es menos que el AGB,	El paciente pagaría la diferencia entre el pago del seguro y el AGB.																	
Si...	Entonces...																							
El pago del seguro es más de AGB o igual al mismo,	Se considerará como pérdida contable la totalidad (100%) de la parte de la factura para la cual es responsable el paciente.																							
El pago del seguro es menos que el AGB,	El paciente pagaría la diferencia entre el pago del seguro y el AGB.																							
351 % - 500 % del FPL,	No asegurado,	El paciente paga el monto del AGB.																						
	Asegurado,	El paciente paga la diferencia entre el pago del seguro y el AGB.																						
Por encima del 500% del FPL,	Incorre responsabilidad económica según la definición de " costos médicos altos ",	El paciente no paga más que el AGB.																						